

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

SERVICE DES SOINS DE SANTE

AVENANT A LA CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INAMI ET LE [Pouvoir Organisateur] POUR LE CENTRE DE REFERENCE DE LA MUCOVISCIDOSE [dénomination], A [localité],

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 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 [Pouvoir Organisateur] au nom du centre de référence de la mucoviscidose [dénomination], à [localité], désigné ci-après dans le texte par le terme « centre ».

Article 1 § 1 Le 3^e alinéa de l'article 1, § 5, 7, de la convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI et le [pouvoir organisateur] pour le Centre de référence de la mucoviscidose [dénomination], à [localité], en vigueur depuis le [date], est abrogé.

§ 2 Après le § 5 du même article est inséré un § 5 bis, libellé comme suit :

« **§ 5 bis. A.** Le cadre du personnel thérapeutique du centre comprend toujours les fonctions reprises dans le tableau ci-dessous. Ces fonctions sont exercées pendant le nombre minimum d'heures par semaine qui est spécifié dans ce tableau, pour le minimum de 50 bénéficiaires par an fixé à l'art. 1, § 3 :

	heures/semaine
<i>Fonction médicale</i>	
1. Médecin coordinateur	4 h 45

<i>Fonctions thérapeutiques non-médicales</i>	
2. Psychologue	9 h 15
3. Infirmier/ère A1	18 h 30
4. Kinésithérapeute	17 h 30
5. Diététicien/ne	7 h 00
6. Travailleur/euse social/e	7 h 00
7. A répartir entre fonctions A1	12 h 45
<i>Fonction administrative</i>	
8. Secrétaire	18 h 30

Les nombres minimums d'heures/semaine s'obtiennent en sommant les temps de travail dans le cadre de la convention des personnes qui exercent la fonction considérée.

Par *temps de travail dans le cadre de la convention*, on entend le nombre d'heures durant lequel la ou les personnes qui exercent la fonction considérée sont affectées 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. Il correspond à l'horaire hebdomadaire de ces personnes, dans le cadre de la convention. Le temps de travail déjà financé dans un autre cadre – tel que la nomenclature des soins de santé, la journée d'hospitalisation... – ne peut en aucun cas être compté dans le temps de travail dans le cadre de la convention ; celui-ci est résiduaire par rapport au temps consacré à tous les actes financés par ailleurs.

Le temps à *répartir entre fonctions A1* est un nombre d'heures par semaine qui doit être réparti entre les fonctions reprises aux points 3 à 6. Selon ses besoins, le centre peut affecter ce temps à une seule fonction ou le répartir entre plusieurs fonctions, mais il doit toujours l'affecter en totalité, à un ou plusieurs membres du personnel explicitement désignés, dans le cadre de la présente convention.

Afin de garantir l'expertise des membres de l'équipe, chaque fonction médicale ou thérapeutique est exercée par une ou au maximum 2 personnes.

B. Au-delà de 50 bénéficiaires par an, le nombre d'heures par semaine au cours d'une année civile déterminée est adapté proportionnellement au nombre de bénéficiaires qui suit effectivement un programme de rééducation, tel qu'indiqué par les chiffres de production transmis par le centre. Au minimum, l'adaptation est faite au début d'une année civile, chaque fois que la moyenne des 2 années précédentes diffère d'au moins 10% du nombre de bénéficiaires qui était jusque là pris comme référence. Le centre peut toutefois réaliser des adaptations plus fréquentes et se baser sur une période plus courte, avec un minimum de 12 mois, pour calculer la moyenne du nombre de bénéficiaires. Le centre peut à tout moment expliquer la méthode de calcul qu'il a choisie pour respecter la règle de proportionnalité.

Lorsque le résultat de l'adaptation proportionnelle ne correspond pas à un nombre entier de quart d'heures, le nombre d'heures/semaine peut être arrondi au quart d'heure inférieur.

En aucun cas le nombre d'heures/semaine pour une fonction ne peut être inférieur au nombre mentionné au point A ci-dessus.

L'annexe I (points 1 et 2) donne un exemple d'application des dispositions de ce paragraphe ayant valeur de règle interprétative, ainsi qu'un tableau illustrant la progression du temps de travail dans le cadre de la convention selon le nombre de bénéficiaires (pour des nombres de bénéficiaires choisis par commodité).

Par ailleurs, au-delà de 50 bénéficiaires par an, le nombre maximum de personnes différentes qui peuvent exercer une fonction médicale ou thérapeutique augmente de 1 par tranche de 50 bénéficiaires,

L'annexe I (point 3) reprend un tableau illustrant la progression du nombre de personnes différentes qui peuvent exercer une même fonction dans le cadre de la convention, selon le nombre de bénéficiaires (pour des nombres de bénéficiaires choisis par commodité).

C. Le centre 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, ...) Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ces membres du personnel.

Si des membres de l'équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire sort du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

D. Le centre tient à jour un relevé complet des membres de l'équipe qu'il emploie réellement. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre de l'équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention. Il indique également l'affectation réelle du temps à *répartir entre thérapeutes A1*. 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 du centre 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 défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année au Service des soins de santé de l'INAMI, avec la comptabilité du centre.

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 considéré. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre doit avoir l'occasion d'expliquer les raisons du non-respect du cadre.

Le centre s'engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant de l'intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

E. Le centre s'engage à rémunérer les membres de son personnel au moins selon la même échelle salariale que celle du personnel de l'hôpital dont il fait partie.

Il ne peut percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention. »

Article 2 § 1 Les dispositions de l'article 9, § 1, de la même convention sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le prix de la prestation mentionnée à l'article 8 de la présente convention est établi sur base de l'annexe II. Il est fixé à :

	total	indexable	non-indexable
Prestation annuelle	3.121,06 EUR	2.969,14 EUR	151,92 EUR »

§ 2 Les dispositions de l'article 9, § 3, de la même convention sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La partie indexable du montant visé au § 1 du présent article 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. »

Article 3 Les dispositions de l'art. 15 bis de la même convention, insérée par l'avenant du 01.01.2006 sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« **§ 1** Dans le cadre de la plateforme *e-health* et de l'association *e-care*, l'ISP et les centres de référence de la mucoviscidose qui ont conclu une convention avec le Comité de l'assurance collaborent à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l'exploitation scientifique d'un *registre de la mucoviscidose*, visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des patients atteints de mucoviscidose, en Belgique. Ce registre comporte également certaines données enregistrées de manière systématique et uniforme par les centres de référence, en ce qui concerne les programmes de rééducation qu'ils réalisent.

L'Institut scientifique de Santé publique analyse les données du registre et rédige en concertation avec les centres, à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, un rapport annuel reprenant les résultats des analyses de ces données.

Ce registre et le rapport qui en est tiré doivent permettre :

- l'enregistrement et le suivi de données épidémiologiques, démographiques, cliniques (diagnostic, complications, traitement, interventions chirurgicales...), et biologiques.

- la détection rapide de pathologies émergentes (pathologies infectieuses, pathologies liées au traitement...)
- l'évaluation des complications pour les patients pris en charge par les centres de référence,
- l'évaluation et l'amélioration constante de la qualité des soins par peer review et feed-back aux centres,
- des études de cohortes par des médecins et chercheurs qualifiés.

Ce registre est établi et exploité dans le respect du secret médical et de la vie privée, conformément aux dispositions du § 5.

§ 2 Le groupe d'expert visé au § 4 conçoit et met en œuvre le registre de la mucoviscidose. Il définit

- les données qui composent le registre,
- la forme de leur enregistrement et les modalités de leur transmission,
- les modalités de l'étude systématique qui en est faite annuellement,
- la forme du rapport public établi annuellement sur base de cette étude (voir § 3).

§ 3 Chaque centre transmet ses données en respectant scrupuleusement la forme et les modalités fixées par le groupe d'experts. L'ISP collecte les données transmises. Il réalise annuellement une étude scientifique, selon les modalités définies par le groupe d'experts, portant notamment sur

- a) l'évolution des données démographiques et épidémiologiques,
- b) l'évolution des facteurs cliniques et biologiques,
- c) l'émergence éventuelle de certaines pathologies,
- d) l'évolution des complications pour la population des patients pris en charge par les centres de référence conventionnés.

Sur base de cette étude, il établit annuellement :

1. Un rapport public, comprenant des statistiques globales (où ni les patients, ni les centres ne sont identifiables), ainsi qu'une analyse de ces statistiques. Ce rapport doit permettre aux centres de référence, aux instances de l'INAMI et à toute personne concernée par la matière, d'avoir une vision d'ensemble du secteur, notamment sur les points a) à d) ci-dessus, et de prendre des décisions appropriées.
2. Un profil de chaque centre de référence qui est envoyé uniquement au centre décrit par ce profil, afin de lui permettre de comparer sa population et ses résultats à la population et aux résultats globaux, repris dans le rapport annuel public.

§ 4 La gestion ce registre est assurée par une instance de gestion, nommée *Groupe d'experts*. Celle-ci est présidée par un membre de l'Institut scientifique de Santé publique ; elle est composée comme suit :

- 2 représentants de l'Institut scientifique de Santé publique ;
- 1 ou 2 représentants de chaque centre conventionné, selon le choix de chacun des centres ;
- 2 membres du Collège des médecins-directeurs ;
- 2 représentants de l'Association belge de la mucoviscidose ;
- 1 expert de E-health ou de la Smals impliqué dans l'élaboration technique

du registre.

Chaque représentant de l'ISP et des centres a une voix délibérative, les autres membres ont une voix consultative.

Les membres du groupe d'experts ne sont pas rémunérés. Ils ne sont pas directement ou indirectement attachés aux entreprises actives sur le plan du diagnostic ou du traitement de la mucoviscidose, ou aux fondations créées par ces entreprises. Ils s'engagent à déclarer tout conflit d'intérêt qu'ils rencontreraient dans l'exercice de leur mission.

Le fonctionnement de ce groupe d'experts et ses relations avec l'Institut scientifique de Santé publique sont définis dans un document signé par toutes les parties endéans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention. Ce document précise les responsabilités de l'ISP en tant que « responsable du traitement », comme spécifié au § 5.

§ 5 Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans le registre de la mucoviscidose se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée. Les données transmises et/ou utilisées à des fins d'analyse statistique sont toujours anonymisées préalablement à leur transmission et analyse.

L'ISP assume le rôle de « responsable du traitement », au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Il prend toutes les mesures utiles en vue du respect de cette loi.

§ 6 La conception, la mise à jour et l'étude scientifique du registre sont financés par l'INAMI qui verse à l'ISP le montant annuel fixé par la convention conclue à cet effet entre l'INAMI et l'ISP.

D'autre part, le montant du forfait fixé à l'article 2, § 1, comprend un montant de 26,96 EUR destiné à couvrir les frais occasionnés par le recueil et la transmission de données par le centre.

§ 7 Si le Service des soins de santé est informé, par le biais d'une lettre recommandée émanant de l'Institut scientifique de Santé publique, que le centre ne transmet pas les données prévues, ou ne les transmet pas de la manière convenue, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention sont suspendus d'office, jusqu'à ce que le centre se conforme à ses obligations. »

Article 4 § 1 Le présent avenant fait partie intégrante de la convention, signée le [date], entre le Comité de l'assurance soins de sante de l'INAMI et le [pouvoir organisateur] pour le Centre de référence de la mucoviscidose [dénomination], à [localité].

§ 2 Le présent avenant, fait en deux exemplaires et dûment signé par les deux parties est conclu pour une durée indéterminée. Il produit ses effets à partir du 01.04.2011.

MESURES TRANSITOIRES

Article 5 Pour toute prestation remboursable qui est en cours de réalisation à la date d'entrée en vigueur du présent avenant et qui n'a pas encore été facturée à l'organisme assureur du bénéficiaire,

- si la date de fin de cette prestation se situe avant le 01.10.2011, le prix dû reste le prix qui était d'application le jour précédant l'entrée en vigueur de l'avenant,
- si la date de fin de cette prestation se situe le 01.10.2011 ou à une date ultérieure, le prix dû est le prix prévu à l'article 2, § 1, du présent avenant.

Pour #####

(date et signature)

Le gestionnaire,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé
de l'I.N.A.M.I.,

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER
Directeur général.

1. Exemple d'application de dispositions de l'article 1, § 5 bis, B, de la convention

Cet exemple vise à illustrer l'application des dispositions considérées. Il a valeur de règle interprétative de ces dispositions.

Au cours de l'année 2007, 50 bénéficiaires suivent un programme dans le cadre de la convention. Au cours de l'année 2008, les bénéficiaires sont 54. La moyenne de 2007 et 2008 $((50 + 54)/2 = 52)$ dépasse de moins de 10% le nombre pris comme référence (50), le cadre du personnel ne doit donc pas être adapté. En 2009, les bénéficiaires sont 60. La moyenne de 2008 et 2009 $((54 + 60)/2 = 57)$ dépasse de 14% le nombre pris comme référence (50). Au début de l'année 2010, le nombre d'heures est adapté en multipliant par 1,14 le nombre d'heures appliqué jusque-là.

2. Progression du temps de travail dans le cadre de la convention selon le nombre de bénéficiaires

Le tableau ci-dessous illustre la progression du temps de travail dans le cadre de la convention selon le nombre de bénéficiaires, pour des nombres de bénéficiaires choisis par commodité. La progression effective du temps de travail dépend du nombre réel de bénéficiaires ; elle doit être calculée conformément aux dispositions de l'article 1, § 5 bis, B.

		nombre de bénéficiaires						
		50	75	100	125	150	175	200
h./sem.		4 h 45	7 h 00	9 h 30	11 h 45	14 h 15	16 h 30	19 h 00
		7 h 00	10 h 30	14 h 00	17 h 30	21 h 00	24 h 30	28 h 00
		9 h 15	13 h 45	18 h 30	23 h 00	27 h 45	32 h 15	37 h 00
		12 h 45	19 h 00	25 h 30	31 h 45	38 h 15	44 h 30	51 h 00
		17 h 30	26 h 15	35 h 00	43 h 45	52 h 30	61 h 15	70 h 00

3. Progression du nombre de thérapeutes selon le nombre de bénéficiaires

Le tableau ci-dessous illustre la progression du nombre de personnes différentes qui peuvent exercer une même fonction thérapeutique, médicale ou non-médicale, dans le cadre de la convention, selon le nombre de bénéficiaires.

		nombre de bénéficiaires			
		50	100	150	200
Nombre maximal de thérapeutes par fonction		2	3	4	5