Directives de l'INAMI

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES KINÉSITHÉRAPEUTES ET LES O.A.

Ci-après, nous communiquons le texte de la convention nationale entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs conclue le 4 décembre 2007.

…

*

* *

Article premier. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les kinésithérapeutes et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée et à la condition que le kinésithérapeute qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

Art. 3. § 1er. La Commission de convention prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel pour l'année 2008, fixé par le Conseil général à 500 993 milliers d'EUR et fixe les priorités suivant le plan suivant :

PLAN PLURIANNUEL 2008/2009

1. Revalorisation des honoraires et diminution de l'intervention personnelle des bénéficiaires

En vue de poursuivre la politique menée depuis plusieurs années, un montant de 32 938 milliers d'EUR (25 357 initiatives nouvelles + 7 581 masse d'index) est affecté à une revalorisation des honoraires au 1er janvier 2008 portant le facteur de multiplication M aux valeurs figurant au § 2 du présent article de la convention nationale et reprises ci-dessous ainsi qu'à une réduction concomitante du montant de l'intervention personnelle des bénéficiaires par adaptation des dispositions de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour certaines prestations :

a. La somme de 24 442 662 EUR est affectée à la revalorisation des honoraires des grandes séances individuelles de kinésithérapie d'une durée globale de 30 minutes pour les pathologies «courantes», des « listes F » et de la « liste E ». Les honoraires des prestations effectuées en cabinet et des prestations pour les patients hospitalisés sont portés à 19,02 EUR. Les honoraires des prestations effectuées à domicile sont portés à 19,48 EUR.

b. La somme de 8 495 338 EUR est affectée à des diminutions des tickets modérateurs, pour les bénéficiaires des interventions de l'assurance au taux normal, des grandes séances en pathologie courante et « listes F » au cabinet du kinésithérapeute et au domicile du patient.

Les parties à la convention inscriront dans les besoins 2009 et 2010, les montants nécessaires pour une revalorisation des honoraires et la poursuite de la diminution des tickets modérateurs. Les parties s'engagent à inscrire dans les besoins 2009 les montants nécessaires pour parvenir, à partir du 1er janvier 2009, à un honoraire minimum de 19,30 EUR (19,76 EUR à domicile) hors index.

2. Nomenclature

La Commission de convention demandera au Conseil technique de la kinésithérapie d'examiner la possibilité d'introduire une prestation multidisciplinaire à domicile. Après l'examen de cette possibilité par le Conseil technique, une concertation avec les autres secteurs concernés aura lieu. Les moyens nécessaires à leur introduction dans la nomenclature devront être évalués en vue de leur inscription dans les besoins 2009.

3. Promotion de la qualité

La Commission de convention présentera au Comité de l'assurance, avant le 31 octobre 2008, une convention en vue de la mise en place au cours de l'année 2008, dans le cadre de l'article 56 de la loi du 14 juillet 1994, d'un projet pilote dont l'objectif est de développer des outils modèles de promotion de la qualité et d'identifier comme candidats à une généralisation ceux qui paraissent les plus prometteurs au terme d'une stratégie bottom-up qui tient compte des besoins et des capacités du terrain et stimulent sa créativité, son adhésion et son organisation.

D'une part, des associations locales de kinésithérapeutes pourront proposer, développer et documenter des projets selon une méthodologie déterminée dans les quatre domaines suivants, qui soutiennent la qualité: la gestion des connaissances, l'organisation, les outils au service de la qualité, l'informatisation.

D'autre part, un groupe de travail scientifique et représentatif de la profession ainsi que de l'assurance maladie définira le cadre général des projets, assurera la couverture des quatre domaines, le soutien méthodologique, le développement et la mise à disposition des outils nécessaires, la communication et le reporting, leur évaluation et les possibilités d'extension.

Le montant affecté à ce projet est de 500 milliers d'EUR, sur base annuelle, pendant les deux années couvertes par la présente convention.

4. Harmonisation nomenclatures K et M

Dans les trois mois de la publication de l'étude 2006-17 (HSR) 'Coexistence des nomenclatures M et K dans le domaine de la rééducation' sur le site Web du Centre fédéral d'expertise (KCE), une concertation sera organisée entre les partenaires des différents secteurs concernés (CMD, CNMM, CCM) en vue de déterminer les mesures à recommander à l'autorité publique pour optimaliser et harmoniser dans des situations cliniques identiques, la prise en charge des patients en kinésithérapie et en médecine physique en Belgique.

5. Avantages sociaux

Les parties à la convention considèrent que le niveau à atteindre dans les deux années couvertes par la présente convention concernant le montant annuel versé par l'INAMI au titre des avantages sociaux pour les kinésithérapeutes qui adhèrent à la convention doit être porté au niveau de 1 500 EUR.

En conséquence, le Service prévoira une augmentation correspondant à 200 EUR par an hors index, par rapport au montant de 900 EUR pour les avantages sociaux pour l'année 2006, dans la préfiguration du budget des frais d'administration de 2008 et 2009.

6. Financement des organisations professionnelles

La Commission de convention élaborera une proposition d'arrêté royal fixant les conditions et les modalités d'octroi d'une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes. Cette proposition sera transmise au Comité de l'assurance avant le 31 décembre 2007. Le Service des soins de santé soutiendra cette proposition auprès de l'autorité de tutelle et déterminera les besoins nécessaires dans le cadre des frais d'administration de l'Institut.

§ 2. À partir du 1er janvier 2008, la valeur du facteur de multiplication M est fixée à :

- 0,762313 pour les prestations, 560092, 561595, 563076, 563091, 563673, 563695, 560711, 560195, 561610, 563172, 563194, 563776, 563791, 560836, 560291, 560954, 561632, 563275, 563290, 563872, 563894, 560394, 561072, 561654, 563371, 563393, 563975, 563990, 561702, 560416, 561676, 560571, 564211 ;
- 0,684916 pour les prestations, 561433, 560733, 560755, 561455, 560851, 560873, 561470, 560976, 560991, 561492, 561094, 560453, 561540, 561282, 561131, 561190, 561514, 561212, 563415, 563452, 563474, 564012, 564056, 564071, 560615, 561352, 561411, 561573, 563496, 563533, 563555, 564093, 564130, 564152 ;
- 0,733883 pour les prestations 561116 et 561304 ;
- 0,792500 pour les prestations 560011, 560652, 563010, 563614, 560114, 560770, 563113, 563710, 560210, 560895, 563216, 563813, 560313, 563312, 563916, 560501 ;
- 0,712039 pour les prestations 560055, 563054, 563651, 560151, 563150, 563754, 560254, 563253, 563850, 560350, 563356, 563953 ;
- 0,864545 pour les prestations 561013, 561245 ;
- 0,673798 pour toutes les autres prestations.

Conformément à 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, la valeur du facteur de multiplication M peut être adaptée à partir du 1er janvier de chaque année, à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1er dudit arrêté royal, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente. Pour ce faire, la Commission de convention constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

Les honoraires de certaines prestations à domicile : 560313, 560350, 561013, 561116, 563312, 563356, 563916, 563953 et 564211 sont déterminés comme suit :
(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)
+
1 x (valeur du facteur E fixée à 0,464999 EUR au 1er janvier 2007)
La partie des honoraires égale à 1 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Art. 4. § 1er. Le kinésithérapeute s'engage à respecter les taux des honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, sauf pour les prestations numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533 et 564130 pour lesquelles il peut déroger aux taux desdits honoraires sans pour autant dépasser les honoraires prévus pour les séances qui rencontrent les limitations prévues aux §§ 10 et 14 de l'article 7 de la nomenclature (560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571, 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496, 563570, 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 et 564174).

En cas de modification de la nomenclature, la Commission de convention établira la liste des prestations de la nouvelle nomenclature qui correspondent aux prestations de la liste mentionnée dans la phrase précédente. Cette nouvelle liste est approuvée avec le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

§ 2. Il peut également déroger aux taux desdits honoraires en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

- lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures ou après 19 heures ;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire, le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus.

Le dispensateur informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement, tel qu'il est défini au présent article, sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

Cependant, si le kinésithérapeute fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au domicile du bénéficiaire soit après 19 heures et avant 8 heures, soit durant le week-end, soit un jour férié légal, les honoraires ne peuvent être majorés pour ces prestations.

Le week-end commence le vendredi à 24.00 heures et se termine le dimanche à 24.00 heures.

Art. 5. § 1er. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au kinésithérapeute.

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées à l'article 7, § 1er, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V et 6°, V de la nomenclature des prestations de santé, le dispensateur de soins visé à l'article 1er peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l'option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au 1er jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée.

§ 3. Si le dispensateur de soins visé à l'article 1er a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à l'ensemble des prestations effectuées visées à l'article 7, § 1er, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V et 6°, V de la nomenclature des prestations de santé.

Cependant, si le dispensateur exerce son activité dans différents liens de contrats qui lui imposent l'un ou l'autre système de paiement ou s'il exerce son activité dans les liens d'un contrat qui lui impose un système de paiement et comme indépendant, il peut appliquer des systèmes de paiement différents pour l'ensemble des prestations de chacun de ses secteurs d'activité. Cette situation est précisée dans les mêmes conditions que celles fixées au § 2.

§ 4. L'option pour le système du tiers payant prévue aux §§ 2 et 3 n'est pas applicable aux prestations effectuées selon les modalités de l'article 4.

§ 5. En outre, le dispensateur de soins visé à l'article 1er, qu'il ait ou non opté pour le système du tiers payant, comme prévu aux §§ 2 et 3 du présent article, peut recourir à ce système de paiement, pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas énumérés à l'article 6, 2e alinéa, 4°, 5° et 6° de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il pourra également recourir à ce système de paiement pour les prestations dispensées aux « patients palliatifs ».

Art. 6. § 1er. Le kinésithérapeute s'engage à attirer l'attention du patient sur les conséquences des limitations prévues à l'article 7, §§ 10, 12, 13 et 14 de la nomenclature des prestations de santé ; en cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

§ 2. Lorsque le dispensateur a opté pour le système du tiers payant conformément à l'article 5, § 2, il envoie les attestations de soins donnés chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. L'envoi des attestations se fait au plus tard le 20 du mois suivant celui au cours duquel un traitement de kinésithérapie a été arrêté ou, lorsque le traitement porte sur une période de plus d'un mois, suivant celui au cours duquel le traitement a atteint 20 séances.

§ 3. Les attestations sont accompagnées d'un état récapitulatif établi en deux exemplaires. Sur cet état sont mentionnés le nom et le numéro d'inscription des bénéficiaires, le montant des honoraires portés en compte à l'organisme assureur ainsi que le montant global à payer par l'organisme assureur. Cet état porte également les indications nécessaires à l'exécution du paiement.

§ 4. L'organisme assureur règle le montant du décompte mensuel avant la fin du mois suivant celui de l'introduction. Le montant du paiement tient compte des adaptations ou rectifications qui ont été apportées le cas échéant et qui sont notifiées au kinésithérapeute sur le double de l'état récapitulatif qui lui est envoyé. La Commission de convention veillera à ce que les organismes assureurs respectent les délais de paiements précités.

§ 5. Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 2, le non-paiement dans le délai prévu au § 4 donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque Centrale européenne à la date d'expiration du délai de paiement.

Les intérêts moratoires sont calculés à partir du 1er jour du troisième mois suivant celui de l'introduction du décompte mensuel visé au § 4.

Art. 7. Les prestations reprises au Chapitre III, section 3, de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu, de la part de l'assurance, à une intervention fixée par l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour certaines prestations.

Art. 8. Sans préjudice des dispositions de l'article 3, § 2, alinéa 3, le kinésithérapeute, qui pour donner des soins à un bénéficiaire se déplace au domicile de ce dernier ne peut lui réclamer des frais de déplacement.

Art. 9. Sans préjudice des dispositions de l'article 37, § 17 de la loi, le kinésithérapeute s'engage à porter en compte la quote-part personnelle au bénéficiaire, dans au moins 70% des prestations attestées par lui. Dans ce cadre, le kinésithérapeute ne peut faire de distinction entre les bénéficiaires, ni sur la base de l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés, ni sur la base du type de prestation.

Si les organismes assureurs, représenté valablement dans ce contexte par le président du Collège intermutualiste national, constate à la fin de la procédure de contrôle visée dans l'article 10, que le kinésithérapeute ne respecte pas cet engagement, la convention est, dans son chef, annulée de plein droit à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette constatation. La date de la poste fait foi de la date de notification.

Art. 10. Les organismes assureurs rassemblent, d'une manière établie par la Commission de convention, du matériel chiffré sur un rapport possible entre la nonperception systématique de l'intervention personnelle et une moyenne importante de prestations par bénéficiaire.

On peut tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du kinésithérapeute.

Les organismes assureurs transmettent ces données de manière anonymisée à la Commission de convention. La Commission de convention détermine ensuite à partir de quel point les kinésithérapeutes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements, notamment ceux repris à l'article 9.

En adhérant à la présente convention, le kinésithérapeute déclare reconnaître l'exactitude de ce matériel chiffré jusqu'à preuve du contraire, à fournir par lui.

Les organismes assureurs feront annuellement rapport à la Commission de convention du résultat de ce contrôle. À l'occasion de ces rapports, les organismes assureurs fournissent toutes les informations mises à disposition au cours de l'année écoulée et qui peuvent être utiles pour mieux maîtriser la problématique de la non-attestation de la quote-part personnelle.

Art 11. § 1er. En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention, le kinésithérapeute est tenu, sur décision de la Commission de convention, de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

§ 2. En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1er, une indemnité forfaitaire de 125 EUR est due à titre de clause pénale, sur décision de la Commission de convention, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, s'il s'agit d'une personne adhérant à la présente convention, soit à cette personne s'il s'agit d'un organisme assureur.

§ 3. En outre, la Commission de convention peut exclure de l'application du tiers payant pendant une période allant d'un mois à un an, un kinésithérapeute qui a commis des irrégularités ou des abus lors de l'application du système du tiers payant.

En cas de récidive dans un délai de cinq ans, cette exclusion peut être définitive.

Art. 12. § 1er. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction.

§ 2. Les mesures de correction sont sélectives et comportent entre autres une diminution des dépenses des prestations ayant contribué le plus au dépassement ou au risque précités. Les mesures comportent pour les prestations concernées une diminution des valeurs du facteur de multiplication M fixées à l'article 3. Ces valeurs sont diminuées au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précités, tel qu'il ressort des rapports établis trimestriellement dans le cadre de l'audit permanent des dépenses en soins de santé visé à l'article 51, § 4 de la loi coordonnée susvisée.

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 au § 1er de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue aux deux premiers alinéas 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 ou cette adhésion.

Art. 13. La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2008. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2009.

Elle peut être dénoncée:

1. - soit en cas de modification de l'objectif budgétaire partiel initial, modification de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, modification de la valeur du facteur de multiplication M, qui ne rencontreraient pas l'approbation de la Commission de convention.

Cette dénonciation doit intervenir dans les 30 jours qui suivent celui de la modification et prend cours le 1er jour du troisième mois suivant la dénonciation;

- soit avant le 1er novembre de chaque année.

Ces dénonciations doivent être faites, par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans le deuxième et troisième cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1er janvier qui suit cette dénonciation.

2. Avant le 1er octobre de chaque année par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par toute personne ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1er janvier qui suit cette dénonciation.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les kinésithérapeutes qui ont adhéré au texte proposé par le Comité de l'assurance sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours suivant la date de l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

En outre, la présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention conclue au sein de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs.

Art. 14. Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes avec un profil de dispensateur pour l'année comptable 2005 augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI à partir de 2006.

Art. 15. Le kinésithérapeute qui adhère à la convention fait précéder son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le 4 décembre 2007.

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 O.A.

Ci-après, nous communiquons le texte de la 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 conclue le 12 décembre 2007.

Cette convention entre en vigueur le 1er janvier 2008, est valable jusqu'au 31 décembre 2009 et n'est pas reconduite tacitement.

La nouvelle convention conserve toutes les dispositions de la convention précédente (MRPA, MRS et CSJ). Un léger changement est le suivant : en cas de séjour de vacances collectif, les institutions doivent toujours 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 ; mais elles peuvent le faire **sur papier libre** et non sur un document établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de convention.

Nous attirons également votre attention sur l'introduction d'un § 4*bis* dans l'article 5, qui prévoit notamment l'octroi d'une **prime informatique unique de 800 EUR**, suite au passage, pendant la seconde moitié de l'année 2008, à une **facturation électronique**, suivant des modalités qui seront déterminées prochainement par l'INAMI.

…

*

* *

PRÉAMBULE

La Commission de conventions a conclu la présente convention aux conditions suivantes.

1. Parcours législatif – demande de délai raisonnable et de traçabilité avec échéancier

La Commission insiste pour que des délais raisonnables soient respectés dans le traitement des propositions de la Commission par les différentes instances et Autorités compétentes. Elle souhaite également que la traçabilité des projets de textes législatifs et de circulaires approuvés par la Commission soit tenue à jour par le Service, avec le cas échéant, les échéances.

En particulier, la Commission insiste pour que le prochain Gouvernement se saisisse sans délai du projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 avril 2003 portant exécution de l'article 37*quater*, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les dispensateurs de soins visés à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12°, de la même loi (arrêté Kappa), projet approuvé le 25 juin 2007 par le Comité de l'assurance.

2. Évaluation du système de financement

Une évaluation du système de financement appliqué depuis janvier 2004 a été prévue.

La Commission demande à être en possession au cours du deuxième trimestre 2008 des données permettant de la réaliser.

3. Logopédie

Les prestations de logopédie sont couvertes 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.

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

4. MR - Kinésithérapie

Sur base d'une étude financée en exécution de l'article 56 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission fera une proposition afin que les prestations de kinésithérapie soient couvertes au sein d'une équipe pluridisciplinaire par l'intervention pour soins et assistance dans la vie journalière en maison de repos.

La mise en œuvre de la proposition sera conditionnée par l'existence de moyens suffisants pour son financement.

5. Norme pour les résidents A et soins palliatifs

La Commission s'engage à analyser dans les mois de mai-juin 2008 l'affectation du budget 2008 et, en fonction de cette évaluation, de formuler des propositions dans les domaines suivants :

a) Norme pour les résidents A

Les normes pour les résidents A paraissent structurellement insuffisantes par rapport aux soins directs et indirects que requièrent ces résidents.

b) Renforcement de la norme pour les patients déments

Un groupe de travail de démence a déjà commencé ses travaux en 1995. La conclusion n° 8 de l'étude Qualidem est la suivante:

"*Les soins aux personnes démentes nécessitent plus de temps. Ils sont plus coûteux et imposent des charges plus lourdes que les soins aux personnes non démentes tant pour les aidants familiaux que pour les prestataires professionnels*".

Le même rapport indique également que: "*le besoin de surveillance est plus grand chez les sujets institutionnalisés que chez ceux résidant à domicile. […] Le besoin de surveillance est significativement plus important dans le groupe des sujets déments que dans les groupes de contrôle*".

La présence de patients déments implique une charge de travail spécifique.

c) Soins palliatifs

À l'heure actuelle, seule la formation en soins palliatifs fait l'objet d'une intervention de l'INAMI. Il existe un écart important entre les moyens prévus pour les soins à domicile et ceux en MR ou MRS. Les discriminations au niveau du patient doivent disparaître.

6. Maladies nosocomiales

Des recommandations ont été formulées pour prévenir les maladies nosocomiales en maison de repos. Un groupe de travail fédéral est chargé de formuler des propositions pour une politique de prise en charge efficace des problèmes liés aux maladies nosocomiales et de l'hygiène en général dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

Un montant de 2,5 millions d'EUR a déjà été prévu dans le budget 2008.

Sur base de ces recommandations, la Commission fera une proposition afin d'assurer la couverture financière des procédures et du matériel pour répondre à la problématique de manière plus complète.

7. Nouvel instrument d'évaluation

L'État fédéral, les Communautés et Régions ont l'intention d'instaurer un outil d'évaluation uniforme. Le protocole n° 3 prévoit que maximum 1 % du nombre total des équivalents MRS pourrait être reconverti au plus tôt à partir du 1er octobre 2007 dans un budget pour une rémunération spécifique de l'évaluation[1].

Une équipe de recherche "Interface" a conclu en faveur de l'outil RAI. Une étude de faisabilité a été commandée.

Sans préjuger de celle-ci, la Commission constate le caractère fort détaillé de l'outil.

Elle demande dès lors d'être associée à l'étude de faisabilité en tant que partenaire à part entière.

8. Protocole n° 3

La Commission de conventions doit être associée à la concrétisation des éléments du protocole n° 3 qui touchent à l'organisation et au financement des formes de prise en charge alternatives.

9. MyCareNet et suppression des documents sur papier

La Commission examinera pendant la durée de cette convention la possibilité pour les établissements de passer à un échange de données électronique dans le cadre de MyCareNet et de supprimer la facture sur papier. La Commission examinera aussi la possibilité de passer vers un système de facturation mensuelle, avec des garanties pour la trésorerie des établissements.

OBJET

Article premier. 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.

---

[1] Protocole n° 3, point 11, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Art. 2. § 1er. 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.

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 § 1er. 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 § 1er 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.

B. Centres de soins de jour

Art. 3. § 1er. 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 § 1er, 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 § 1er dans un centre de soins de jour.

DISPOSITIONS COMMUNES

Art. 4. § 1er. 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 153*bis*, § 1er, 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 153*bis*, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

Art. 5. § 1er. 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. À 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.* À partir du 1er janvier 2009, l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière ne sera honorée que si la facturation papier va de pair avec la fourniture des 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 ».

Pendant une période d'essai allant du 1er juillet 2008 au 31 décembre 2008, les organismes assureurs recevront et testeront des CD-roms. Dans le courant du mois de novembre 2008, la Commission évaluera les résultats de cette nouvelle méthode de facturation. Compte tenu des résultats de cette évaluation, la Commission pourra, si l'une des deux parties le demande, postposer la date du 1er janvier 2009 dont il est question dans l'alinéa précédent.

Le Collège National Intermutualiste communiquera à l'INAMI l'identité des institutions qui ont introduit une facturation magnétique auprès de tous les organismes assureurs, suivant des exigences qui seront précisées par la commission pour le 31 mars 2008. Ces institutions continueront à transmettre leurs données de facturation sur support magnétique ou électronique, et recevront une prime informatique unique de 800 EUR, suivant des modalités à déterminer par l'INAMI.

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

§ 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 1er du troisième mois, une somme égale à la moitié du montant de cette note provisoire.

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.

Art. 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.

Art. 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.

Le coût du matériel d'incontinence est soit compris dans le prix de la journée d'hébergement, soit porté en compte séparément au bénéficiaire. Toutefois, les institutions qui ont obtenu l'inclusion de ces coûts dans leur prix de la journée d'hébergement ne peuvent changer de système sans l'accord du Service public fédéral Économie, PME et Classes moyennes. L'option choisie est mentionnée dans la formule d'adhésion.

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.

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

Art. 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 EUR par infraction.

La Commission décide de l'application des clauses pénales.

Art. 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.

Art. 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, § 1er, 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.

Art. 11. La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2008.

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2009 et n'est pas reconduite tacitement.

Art. 12. Par dérogation aux dispositions de l'article 11, cette convention peut être dénoncée avant le 1er novembre 2008 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 1er janvier 2009.

Art. 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 12 décembre 2007.

…

Circulaire O.A. n° 2008/66 - 10/308 du 5 février 2008.

AVENANT À LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET LES O.A.

Ci-après, nous communiquons le texte de l'avenant à la convention nationale du 18 juin 2007 entre les représentants des établissements hospitaliers et les organismes assureurs [(*)], qui entre en vigueur le 1er juillet 2007.

…

*

* *

Article 1er. Les prestations mentionnées ci-après sont supprimées dans les parties "Groupe 2" et "Groupe 7" de la liste nominative des prestations qui figure à l'annexe I à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 18 juin 2007.

354071	354082	Sympathectomie chimique, sous anesthésie générale, avec utilisation d'un produit de contraste sous scopie, par côté	Groupe 2
354093	354104	Alcoolisation du ganglion cœliaque sous anesthésie générale, avec utilisation d'un produit de contraste sous scopie, pour les deux côtés ensemble	Groupe 2
350630	350641	Électrocoagulation ou thermocoagulation du ganglion de Gasser	Groupe 7
354034	354045	Rhizolyse partielle au moyen de courants à haute fréquence	Groupe 7

Art. 2. Les dispositions de l'article 4, § 4, b) sont remplacées par les dispositions suivantes :

« b) lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC mentionnés ci-après, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable:
- o L01
- o V03AF
- o L03AX03 ».

Art. 3. Cet avenant entre en vigueur le 1er juillet 2007.

Fait à Bruxelles, le 28 novembre 2007.

…

Circulaire O.A. n° 2008/74 - 10/309 du 12 février 2008.

(*) Voir le texte de la Convention nationale publié dans le B.I. n° 2007/3

DEUXIÈME AVENANT À LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET LES O.A.

Ci-après, nous communiquons le texte du deuxième avenant à la convention nationale du 18 juin 2007 entre les représentants des établissements hospitaliers et les organismes assureurs [(*)], qui entre en vigueur le 1er janvier 2008.

Depuis le 1er juillet 2007, la convention fixe le montant du forfait 3 « douleurs chroniques » à 72 EUR. Ce forfait avait cependant un caractère provisoire : en effet, faute de budget, le forfait ne pouvait avoir immédiatement la valeur du coût réel des prestations sous-jacentes.
Le budget 2008 prévoit un montant de 3 465 000 EUR pour augmenter le forfait 3 « douleurs chroniques ». En attendant les résultats d'une enquête réexaminant le coût, pour l'hôpital, de l'ensemble des 22 prestations donnant lieu à un forfait « douleurs chroniques », la Commission de convention a décidé de relever déjà le montant du troisième forfait à 85 EUR.

En application de l'article 4, § 11 de la convention (indexation + augmentation de l'ancienneté du personnel), le montant du forfait 3 « douleur chronique » est de **86,71 EUR** à partir du 1er janvier 2008.

…

*

* *

Article premier Les dispositions de l'article 4, § 8, alinéa 2, point 3 de la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 18 juin 2007 sont remplacées par les dispositions suivantes :

- "Forfait 3 douleur chronique : 85 EUR : dans le cas d'une prestation mentionnée dans la catégorie "Forfait 3 maladie chronique" de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II de la présente convention."

Art. 2. Le présent avenant entrera en vigueur le 1er janvier 2008.

Fait à Bruxelles le 17 janvier 2008.

…

Circulaire O.A. n° 2008/129 - 10/311 du 17 mars 2008.

(*) Voir le texte de la Convention nationale publié dans le B.I. n° 2007/3

MINEURS ÉTRANGERS NON ACCOMPAGNÉS

Par l'ajout d'un « 22° » à l'article 32, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé a créé une nouvelle catégorie de titulaire bénéficiant du droit aux prestations de santé : les *mineurs étrangers non accompagnés.*

Cette disposition est entrée en vigueur le 1er janvier 2007. Toutefois, l'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 qui exécute la disposition, n'est entré en vigueur qu'en date du 1er janvier 2008. C'est donc à partir de cette date au plus tôt qu'une inscription en qualité de titulaire MENA est possible.

A. Définition du MENA

La qualité de titulaire MENA visée à l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, peut être octroyée aux personnes de moins de dix-huit ans visées par l'article 5 du Titre XIII - Chapitre VI de la loi programme (I) du 24 décembre 2002 relatif à la tutelle des mineurs étrangers non accompagnés (dénommé ci-après loi Tutelle), qui remplissent les deux autres conditions ajoutées par l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.
L'ensemble des conditions reprises ci-dessous sous les points I et II, doivent donc être remplies pour qu'une inscription en qualité de MENA puisse être envisagée.

I. Conditions énoncées par la loi Tutelle

§ 1er. Avoir moins de dix-huit ans

Le jeune est considéré comme mineur jusqu'à 18 ans, même si sa loi nationale prévoit que l'âge de la majorité est atteint plus tôt ou plus tard. S'il existe des doutes concernant l'âge de l'intéressé, il est procédé à un test médical réalisé sous le contrôle du Service des Tutelles afin de vérifier si la personne est âgée ou moins de dix-huit ans (art. 7, § 1er, de la loi Tutelle).

§ 2. Être ressortissant d'un pays *non membre* de l'Espace économique européen

Ne peuvent donc avoir la qualité de titulaire MENA, les mineurs **européens** non accompagnés en situation de vulnérabilité visés par la circulaire du 2 août 2007 des SPF Justice et Intérieur, pour lesquels il existe une prise en charge temporaire spécifique, et qui relèvent de la compétence du Service SMEV du SPF Justice et pas du Service des Tutelles.

§ 3. Ne pas être accompagné par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi applicable conformément à l'article 35 de la loi du 16 juillet 2004 portant le Code du droit international privé

L'autorité parentale ou la tutelle sont régies par le droit de l'état sur le territoire duquel l'enfant a sa résidence habituelle au moment des faits donnant lieu à la détermination de l'autorité parentale ou à l'ouverture de la tutelle.

Le mineur accompagné par un oncle, un grand frère, des grands parents, etc… sera considéré comme non accompagné sauf si ceux-ci ont été désignés légalement comme tuteur. Il appartient au Service des Tutelles de déterminer si la tutelle décidée à l'étranger est reconnue en Belgique.
Un mineur peut être considéré comme non accompagné lors de son entrée sur le territoire, mais également lors de son séjour en Belgique (lorsque ses parents ou son tuteur avec qui il est arrivé sur le territoire, ont disparu ou sont retournés dans leur pays).

§ 4. Avoir introduit une demande d'asile ou ne pas satisfaire aux conditions d'accès au territoire et de séjour

1. Avoir introduit une demande d'asile

Les MENA demandeurs d'asile (DAMANA) sont des mineurs qui ont introduit une demande d'asile conformément aux articles 48 à 57/36 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, et dont la demande est en cours de traitement.

Eu égard à la date d'introduction de la demande d'asile, plusieurs situations sont envisageables :

a) Le DAMANA dont la demande a été déclarée recevable avant le 1er juin 2007

Les dispositions relatives au demandeur d'asile dont la demande a été déclarée recevable avant le 1er juin 2007 (date d'entrée en vigueur des modifications apportées à la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers qui instaurent notamment une nouvelle procédure de demande d'asile au cours de laquelle la phase de recevabilité est supprimée), inscrit dans le registre d'attente du lieu où il a établi sa résidence principale, lui permettent de s'inscrire en qualité de titulaire résident, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

Cette procédure est applicable au MENA demandeur d'asile dont la demande a été déclarée recevable avant le 1er juin 2007 : il bénéficiera du droit aux soins de santé sur base de l'article 32, alinéa 1er, 15°, s'il présente les documents requis tels que prévus par la circulaire O.A. n° 2007/438 (*).
De même, il bénéficiera du droit aux soins de santé sur base de l'article 32, alinéa 1er, 15°, au moment où il est reconnu comme réfugié, puisqu'il disposera d'un CIRE séjour illimité.

b) Le DAMANA en attente d'une décision de recevabilité pour une demande d'asile introduite avant le 1er juin 2007

Les dossiers pour lesquels il n'y a pas eu de décision de recevabilité sont traités selon la nouvelle procédure de demande d'asile.
Dès l'introduction de sa demande, le DAMANA a droit à l'aide matérielle telle qu'instaurée par la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers. Cette aide lui est octroyée dans le centre d'accueil désigné (structure d'accueil communautaire qui dépend de Fedasil).
À partir du 1er janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la disposition relative à l'insertion de l'article 32, alinéa 1er, 22°, son tuteur peut entamer les démarches en vue de l'inscription du MENA auprès de l'organisme assureur de son choix, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

(*) Publiée dans le B.I. n° 2008/1.

c) Le DAMANA qui a introduit une demande d'asile après le 1er juin 2007

Comme précisé au point b) ci-dessus, dès l'introduction de sa demande, le DAMANA bénéficie de l'aide matérielle dans le centre d'accueil désigné.
À partir du 1er janvier 2008, son tuteur peut entamer les démarches en vue de l'inscription auprès de l'organisme assureur de son choix, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

d) Le DAMANA débouté de sa demande d'asile

Le DAMANA débouté de sa demande d'asile se trouve dans une situation similaire à celle du MENA qui n'a pas demandé l'asile et qui séjourne illégalement sur le territoire (voyez infra, pt 2).
Il se voit appliquer une procédure d'examen de séjour particulière instaurée par la circulaire du 15 septembre 2005 du SPF Intérieur relative au séjour des mineurs étrangers non accompagnés, *pour autant que le tuteur en introduise la demande, et qu'il n'existe pas une autre procédure pendante en application de la loi du 15 décembre 1980*, comme l'introduction d'une demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9*bis*. En effet, le tuteur qui introduit au nom du MENA, une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9*bis* de la loi du 15 décembre 1980 ne peut demander le bénéfice des dispositions de la circulaire du 15 septembre 2005 pour le MENA aussi longtemps que la demande n'est pas rejetée.

La procédure d'examen du séjour instaurée par la circulaire du 15 septembre 2005 du SPF Intérieur est la suivante.
Dans l'attente d'une solution durable pour le MENA, le Bureau Mineurs peut soit délivrer une déclaration d'arrivée valable trois mois, qui peut être prorogée de trois mois lorsqu'une solution durable n'est pas encore trouvée, soit proroger mensuellement l'ordre de reconduire qui a été délivré à son tuteur, lors d'une décision négative prise dans le cadre d'une autre procédure.
Après six mois, ce Bureau Mineurs peut donner instruction pour faire délivrer un titre de séjour temporaire, à savoir un Certificat d'Inscription au Registre des étrangers, portant la mention « séjour temporaire » sur présentation du passeport national du MENA. Il peut être dérogé à l'exigence du passeport national dans des cas exceptionnels.
À l'issue de la validité du titre de séjour temporaire, ce Bureau Mineurs pourra décider de le proroger sur base de certains critères.
À l'issue de trois ans de séjour sous le couvert d'un CIRE temporaire, le MENA peut être autorisé à séjourner sur le territoire pour une durée illimitée, pour autant qu'une autre solution durable n'ait pas été trouvée.

Dans le cadre de cette procédure, le DAMANA débouté qui est porteur d'un CIRE temporaire peut donc être inscrit auprès de l'organisme assureur de son choix en qualité de titulaire résident (art. 32, alinéa 1er, 15°) s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

Si une inscription en qualité de résident s'avère impossible, il sera inscrit sur base de l'article 32, alinéa 1er, 22°, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

2. Ne pas satisfaire aux conditions d'accès au territoire et de séjour

Il s'agit des mineurs qui relèvent du champ d'application de la circulaire du 15 septembre 2005 du SPF Intérieur relative au séjour des mineurs étrangers non accompagnés. Il s'agit donc de MENA qui n'ont pas revendiqué la qualité de réfugié, et qui se trouvent illégalement sur le territoire, ou qui ont été autorisés à entrer sur le territoire lors de leur arrivée à une frontière extérieure Schengen, alors même qu'ils ne remplissaient pas les conditions d'entrée énumérées aux articles 2 et 3 de la loi du 15 décembre 1980.

Sera considéré comme ayant satisfait aux conditions de séjour, le mineur qui entre sur le territoire belge avec un passeport valide avec visa (ou sans visa lorsque celui-ci n'est pas exigé).

Sera notamment considéré comme étant en séjour illégal :

- L'enfant qui ne dispose pas d'un passeport valide ou d'un titre de voyage en tenant lieu ;
- L'enfant qui est dépourvu de visa ou d'autorisation tenant lieu de visa ;
- L'enfant qui n'est pas soumis à l'obligation de visa et qui demeure plus de trois mois dans le Royaume ;
- L'enfant soumis à l'obligation de visa et qui réside au-delà du délai fixé ;
- L'enfant détenteur d'une déclaration d'arrivée et dont le délai de validité est expiré;
- L'enfant faisant l'objet d'une procédure de tutelle ou d'adoption dont la procédure est clôturée négativement ;
- Le mineur dont le tuteur a introduit en son nom une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9*bis* ou 9*ter*, qui n'est pas en possession d'un document de séjour valable.

Dans ces cas, le MENA relevant du champ d'application de la circulaire du 15 septembre 2005 du SPF Intérieur, pourra être inscrit auprès d'un Organisme assureur sous la même qualité que celle explicitée ci-dessus à propos du MENA demandeur d'asile débouté (pt I., § 4, 1, d) :

- S'il est en possession d'un CIRE temporaire, il pourra être inscrit en qualité de titulaire résident, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.
- Si une inscription en qualité de résident s'avère impossible, il pourra être inscrit en qualité de titulaire MENA, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

3. Situation particulière du MENA victime de la traite des êtres humains

Le MENA victime de la traite des êtres humains ne bénéficie pas des dispositions de la circulaire du 15 septembre 2005, mais se voit appliquer des dispositions spécifiques énoncées dans la circulaire du 21 juin 2007 du SPF Intérieur.
C'est ainsi qu'une *attestation d'immatriculation modèle A* (A.I.A.) peut lui être délivrée par l'administration communale sur base des instructions de la Cellule Traite des êtres humains de l'Office des Étrangers. Sa durée de validité est de 3 mois, prorogeable une seule fois.
L'administration communale peut, par la suite, délivrer au MENA victime de la traite des être humains un CIRE – séjour temporaire, d'une durée de six mois. Ce document peut être prorogé ou renouvelé (art. 61/4 Loi du 15.12.1980). Il peut également délivrer un CIRE séjour illimité (art. 61/5 Loi du 15.12.1980).

Sur base du CIRE, il pourra être inscrit en qualité de titulaire résident, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

S'il ne bénéficie pas ou plus du statut de victime de la traite des êtres humains, le tuteur du MENA peut demander que le MENA soit considéré comme ne satisfaisant pas aux conditions d'accès au territoire et de séjour, et bénéficier des dispositions de la circulaire du 15 septembre 2005 du SPF Intérieur (voyez *supra*, point 2).

4. Situation du mineur étranger dans le cadre d'une procédure de tutelle ou d'adoption

Il est à noter que la tutelle dont il est question au présent paragraphe, est celle visée aux articles 389 à 420 du Code Civil, qui s'ouvre lorsque le père et la mère sont décédés, inconnus, ou dans l'impossibilité d'exercer leur autorité parentale, et qui reconnait au tuteur qui est désigné par le juge de Paix, des pouvoirs sur la personne de l'enfant (sa garde et son éducation) et sur les biens de celui-ci (gestion du patrimoine de l'enfant).

Ce n'est que lorsque la procédure d'adoption ou de tutelle est clôturée négativement que le mineur devient MENA. Le tuteur désigné par le Service Tutelle peut alors demander que le MENA bénéficie des dispositions de la circulaire du 15 septembre 2005.
Dans ce cas, la qualité sous laquelle il pourra être inscrit est la même que celle explicitée ci-dessus (point I., § 4, 1, d) :

- S'il est en possession d'un CIRE temporaire, il pourra être inscrit en qualité de titulaire résident s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.
- Si une inscription en qualité de titulaire « résident » s'avère impossible, il pourra être inscrit en qualité de titulaire MENA, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

II. Conditions supplémentaires exigées par l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi SSI

§ 1er. Obligation de présentation à une institution de soutien préventif - Obligation scolaire

Il y a lieu de distinguer selon que l'enfant est ou pas en âge d'obligation scolaire, la période d'obligation scolaire s'étendant sur douze années, commençant avec l'année scolaire qui prend cours dans l'année civile pendant laquelle l'enfant atteint l'âge de 6 ans, et se terminant l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de dix-huit ans.
La notion d'obligation scolaire est définie par la loi du 29 juin 1983 concernant l'obligation scolaire.

- *S'il s'agit d'un enfant qui n'est pas soumis à l'obligation scolaire*

Il doit avoir été présenté à une institution de soutien préventif aux familles agréée par une autorité belge (O.N.E., Kind en Gezin, Dienst für kind und Familie).
Il s'agit :
- des structures agréées par l'ONE (consultation pour enfant de 0 à 6 ans accomplis, maison de l'enfance, antenne médico-sociale ou consultation périodique), telles que visées par l'arrêté du 9 juin 2004 du Gouvernement de la Communauté française,
- des bureaux de consultation et des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles agrées par « Kind en Gezin », tels que visés par les arrêtés du 1er mars 2002 du Gouvernement flamand
- et de leurs équivalents en Communauté germanophone agréés par le « Dienst für Kind und Familie ».

Les CPAS ne disposent d'aucune compétence en la matière.
L'accomplissement de cette obligation est attesté sur base de la remise du formulaire dont le modèle est déterminé par le Service du Contrôle administratif.

Il est à noter que pour l'enfant qui, bien que n'étant pas soumis à l'obligation scolaire, est inscrit dans un établissement d'enseignement maternel, le formulaire peut être complété par l'établissement auprès duquel l'enfant est inscrit.

- *S'il s'agit d'un enfant en âge d'obligation scolaire*

  Il doit :

  - ou avoir fréquenté régulièrement (1) depuis trois mois consécutifs l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire dans un établissement d'enseignement agréé par une autorité belge (2).

    - (1) La définition de la fréquentation régulière est celle utilisée dans le cadre de la réglementation relative à l'enseignement applicable dans chacune des communautés concernées.
      Elle se base sur le registre des fréquentations des élèves et tient compte des absences considérées comme justifiées (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 23.11.1998 et arrêté du Gouvernement flamand du 21.3.2003).

    - (2) Les sites WEB des Communautés consacrés à l'enseignement contiennent les annuaires reprenant la liste des établissements d'enseignement fondamental et secondaire.

      L'accomplissement de cette obligation est attesté sur base de la remise d'une attestation de fréquentation régulière des cours selon le modèle établi par le Service du Contrôle administratif, complété par l'établissement auprès duquel l'enfant est inscrit.

      Cela suppose donc que l'enfant soit déjà inscrit auprès d'un établissement scolaire et qu'il ait fréquenté régulièrement les cours pendant trois mois consécutifs au moins.
      Dès lors que l'établissement scolaire considère que pour le mois en question, il y a fréquentation régulière selon la réglementation qui lui est applicable, il n'appartient pas à l'organisme assureur de contrôler le nombre de jours durant lesquels le MENA a effectivement été présent à l'école. La réglementation n'impose pas que chaque jour du mois soit couvert par l'attestation émise : une fréquentation scolaire régulière pour un mois déterminé n'impose pas, en effet, que le mois soit couvert dans sa totalité. Ainsi, si l'inscription a lieu au cours du mois et que l'école remplit l'attestation de fréquentation pour ce mois, ce mois est bien pris en considération.

    - Les mois de vacances scolaires de juillet et d'août ne peuvent être pris en considération dans le cas où un enfant serait inscrit pour la première fois lors de la rentrée scolaire de septembre.

      Exemple 1
      Un jeune est identifié comme MENA le 10 mai 2008, par le Service des Tutelles, et est inscrit pour la première fois lors de la rentrée scolaire de septembre. Il comptera trois mois consécutifs de fréquentation régulière à la fin du mois de novembre.

    - Toutefois, les mois de juillet et d'août sont pris en considération pour déterminer le moment de l'ouverture du droit aux soins de santé lorsque l'enfant justifie d'une fréquentation régulière pour les mois de mai et de juin, ou pour le seul mois de juin, **et** d'une inscription pour la rentrée scolaire.

Exemple 2

Un jeune est identifié comme MENA le 9 avril 2008, par le Service des Tutelles, et est inscrit dans un établissement scolaire le 4 mai. Il comptera deux mois consécutifs de fréquentation régulière à la fin du mois de juin.

Si le 10 septembre, son tuteur introduit une demande d'inscription en qualité de titulaire MENA auprès d'un l'organisme assureur, et remet une attestation de fréquentation pour les mois de mai et de juin, et remet plus tardivement une attestation prouvant l'inscription dans un établissement scolaire pour le mois de septembre, le droit aux soins de santé du MENA s'ouvrira le 1er juillet 2008 (1er jour du trimestre au cours duquel la demande a été faite), car le mois de juillet sera pris en considération puisque le MENA a été régulièrement inscrit lors de la rentrée de septembre, et l'on considérera que la condition des trois mois consécutifs de fréquentation régulière est remplie.

- Les absences injustifiées qui ne permettent pas à l'établissement scolaire d'attester la fréquentation régulière durant le(s) mois concerné(s) interrompent le calcul des trois mois consécutifs.

Exemple 3

Un enfant est inscrit le 21 janvier 2008 dans un établissement scolaire. Il fréquente régulièrement les cours durant le mois de février. Entre le 6 mars et le 2 avril, il est en rupture scolaire. Le 3 avril, il reprend les cours et les poursuit dorénavant assidûment. Fin juin, il comptera trois mois consécutifs de fréquentation scolaire régulière. Son droit aux soins de santé s'ouvrira le 1er juillet si, toutes les autres conditions réglementaires étant réunies, le tuteur a demandé l'inscription du Mena au cours du 3ème trimestre.

- Lorsqu'un enfant est amené à fréquenter successivement pendant trois mois consécutifs, plusieurs établissements scolaires, chacun des établissements doit compléter, en ce qui le concerne, une attestation en indiquant la période durant laquelle l'enfant a été inscrit et a fréquenté régulièrement les cours.

Exemple 4

Un enfant est inscrit le 4 juin 2008, dans un établissement scolaire X. Il fréquente régulièrement les cours durant tout le mois de juin.

À la rentrée scolaire de septembre, il est inscrit dans une école Y. À ce moment, il comptera 3 mois consécutifs de fréquentation régulière.

Si le 10 septembre son tuteur introduit une demande d'inscription en qualité de titulaire MENA auprès d'un l'organisme assureur, et remet une attestation de fréquentation de l'école X pour le mois de juin, et remet plus tardivement une attestation de l'école Y prouvant l'inscription dans cet établissement pour le mois de septembre, le droit aux soins de santé du MENA s'ouvrira le 1er juillet 2008, car les mois de juillet et d'août seront pris en considération puisque le MENA a été régulièrement inscrit lors de la rentrée de septembre et l'on considérera qu'il compte les trois mois consécutifs de fréquentation régulière dès la rentée scolaire de septembre.

- ou être exempté de l'obligation scolaire dans le cadre de l'enseignement spécialisé
  - par la Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs
  - ou la Commission consultative de l'enseignement spécialisé
  - ou la Sonderschulausschuss.

L'accomplissement de cette obligation est attesté sur base de la remise de l'avis de la Commission compétente.

Il est à noter que la remise de l'attestation correspondant à la situation du mineur concerné (attestation de présentation à une institution de soutien préventif aux familles, attestation(s) de fréquentation scolaire régulière trois mois consécutifs, ou avis de la Commission compétente dans le cas de l'exemption de l'obligation scolaire dans le cadre de l'enseignement spécialisé) conditionne l'inscription en qualité de titulaire MENA.
Il s'agit, en effet, d'une condition dont la réalisation permet une inscription, les autres conditions réglementaires étant supposées réunies. Elle ne conditionne pas le **maintien du droit aux soins de santé. Elle ne doit donc pas être renouvelée**.

§ 2. Ne pas être bénéficiaire du droit aux soins de santé en vertu d'une autre disposition de l'article 32, alinéa 1er, 1° à 21°, de la loi SSI ou en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé

Cette disposition a notamment pour conséquence que le MENA qui a introduit une demande d'asile déclarée recevable avant le 1er juin 2007 et qui dispose d'une annexe 25 ou 26 et une attestation d'immatriculation du modèle A, bénéficie du droit aux soins de santé en qualité de titulaire résident sur base de l'article 32, alinéa 1er, 15°, de la loi SSI, toutes autres conditions réglementaires étant réunies par ailleurs (Voyez pt I., § 4, 1, a).

Le MENA qui tombe sous le champ d'application de la circulaire du 15 septembre 2005 relative au séjour des mineurs étrangers non accompagnés, et qui dispose d'un CIRE temporaire bénéficie également du droit aux soins de santé en qualité de titulaire résident sur base de l'article 32, alinéa 1er, 15°. (Voyez pt I., § 4, 1, d, 2, 3 et 4), toutes autres conditions réglementaires étant réunies.

Lorsque le MENA peut se prévaloir de la qualité de personne à charge sur base de l'article 123, 3, f), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il bénéficiera d'un droit aux soins de santé dérivé du droit du titulaire à charge duquel il peut être inscrit.

Il est à noter que selon l'article 128*sexies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les interventions des CPAS dans les frais de soins de santé ne sont pas considérées comme un régime d'assurance soins de santé. Il en est de même pour la prise en charge matérielle de Fedasil et des structures d'accueil communautaire qui en dépendent.

B. Compétence du Service du contrôle administratif dans la détermination des moyens de preuve

Selon l'article 128*sexies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il appartient au Service du contrôle administratif de déterminer les moyens de preuve de la qualité de MENA selon la loi Tutelle, ainsi que les moyens de preuve des situations qui permettent d'acquérir la qualité de titulaire MENA.

La qualité de MENA selon la loi Tutelle sera attestée par la remise de la *copie de la décision de désignation* par le Service des Tutelles de la Direction générale de la Législation et des Libertés et Droits Fondamentaux du Service public fédéral Justice, *du tuteur* du MENA dont l'inscription est demandée (Voyez annexe 3). En effet ce document atteste dans son considérant, que les conditions pour l'ouverture de la tutelle énumérées à l'article 5 du chapitre 6 titre XII « tutelle des mineurs non accompagnés » de la loi-programme du 24 décembre 2002, modifié par la loi-programme du 22 décembre 2003, sont réunies dans le chef du mineur concerné, ayant déclaré être né à telle date.

Il appartient également au Service du contrôle administratif de préciser les structures d'accueil communautaire dont la prise en charge ne doit pas être considérée comme un régime d'assurance soins de santé (voyez annexe 4).
À titre informatif, la liste des structures du réseau d'accueil de Fédasil est reprise en annexe 4 (Modification insérée le 27.06.2008).

C. Caractéristiques liées à la qualité de titulaire MENA

La reconnaissance de la qualité de titulaire MENA emporte l'application de plusieurs dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

§ 1. Inscription

Les modalités d'inscription auprès d'un organisme assureur visées à l'article 252, alinéa 1er, lui sont applicables :
Le tuteur du MENA remettra à la mutualité de son choix une demande d'inscription conforme au modèle annexé à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La réglementation actuelle prévoit que l'inscription du titulaire MENA porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité est acquise, à savoir lorsque le mineur non accompagné est identifié comme MENA par le service Tutelle du SPF Justice et qu'il réunit les 2 conditions supplémentaires énoncées par l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Toutefois, la proposition a été faite par le Service pour que l'inscription n'ait d'effet qu'à partir du premier jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription a été faite (art. 252, al. 6). Cette proposition sortirait ses effets le 1er janvier 2008.

<u>Exemple 5</u>
Un jeune est identifié comme MENA le 17 mars 2008, par le Service des Tutelles et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.
Son tuteur demande son inscription le 16 juillet 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1er juillet 2008.

Par ailleurs, l'inscription au cours du premier semestre 2008 du mineur non accompagné identifié comme MENA par le service Tutelle du SPF Justice, qui réunit au cours du premier trimestre 2008 les 2 conditions supplémentaires énoncées par l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, porte ses effets le 1er janvier 2008 (Modification insérée le 27.06.2008).

Exemple 5*bis*
Un jeune est identifié comme MENA le 30 septembre 2007, par le Service des Tutelles et a fréquenté régulièrement les cours depuis le 1er septembre 2007.
Son tuteur demande son inscription le 20 mai 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1er janvier 2008.

§ 2. Ouverture du droit

Les dispositions de l'article 129, alinéa 1er, relatives à l'ouverture sont applicables au titulaire MENA. Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'effet de l'inscription. Le droit est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert.

Exemple 6
Un jeune âgé de 15 ans est identifié comme MENA le 20 juillet 2008, par le Service des Tutelles, et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.
Son tuteur demande son inscription le 19 septembre 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1er juillet 2008, et est octroyé jusqu'au 31 décembre 2009.

§ 3. Perte de la qualité de MENA

Selon l'article 24 de la loi Tutelle, la tutelle spécifique sur les mineurs non accompagnés cesse de plein droit :

1° lorsque le mineur est confié à la personne qui exerce l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi applicable conformément à l'article 35 de la loi du 16 juillet 2004 portant le code de droit international privé ;
2° lorsqu'il atteint l'âge de 18 ans ;
3° en cas de décès, d'émancipation, d'adoption, de mariage ou d'obtention de la nationalité belge ou de la nationalité d'un état membre de l'Espace économique européen ;
4° au moment de l'éloignement du mineur du territoire ;
5° lorsque le mineur a disparu de son lieu d'accueil et que son mineur est sans nouvelle de lui depuis 4 mois ;
6° lorsqu'il lui a été délivré un titre de séjour à durée illimité (et donc lorsqu'il est reconnu réfugié).

- Pour les situations visées aux 1°, 2° et 3°, lorsqu'il y a perte de la qualité de MENA, il y a lieu de d'inscrire le jeune sous la nouvelle qualité acquise (titulaire autre que titulaire MENA, ou personne à charge). La modification de la qualité intervient le jour où la nouvelle qualité est acquise.
- Pour les situations visées au 4° et au 5°, le droit aux soins de santé sera prolongé conformément aux règles de maintien de droit (voyez infra, point C, § 4).
- Pour la situation visée au 6°, il y a lieu d'inscrire le jeune sous la qualité de titulaire résident.

En toutes circonstances, la qualité de MENA se perd lorsque la personne concernée cesse d'être mineur, càd qu'elle atteint l'âge de 18 ans.
La décision de désignation en qualité de tuteur par le Service des Tutelles du SPF Justice mentionne la date de naissance du MENA pour lequel le tuteur est désigné comme tel.
Le MENA qui atteint l'âge de 18 ans tombe sous l'application de la loi du 15 décembre 1980 et est tenu d'introduire une procédure conformant à ces dispositions.

Exemple 7
Une jeune fille âgée de 17 ans est identifiée comme MENA le 31 mai 2008, par le Service des Tutelles, et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.
Son tuteur demande son inscription le 27 juin 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1er avril 2008, et est octroyé jusqu'au 31 décembre 2009. Elle se marie le 15 octobre 2008 à un belge, travailleur salarié. Elle acquiert la qualité de conjoint personne à charge à la date du mariage pour autant que les conditions réglementaires prévues soient remplies et perd à cette date la qualité de titulaire MENA.

§ 4. Maintien de droit

Les dispositions de l'article 131, § 1er, relatives au maintien du droit aux prestations de santé sont applicables au titulaire MENA.
Le maintien de droit n'est pas soumis au renouvellement des attestations visées au point II., §1er, de la présente circulaire.
L'octroi ultérieur du droit est soumis à la condition que la qualité existât encore au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou au courant de l'année civile suivante. En effet, la condition relative au paiement des cotisations n'est pas d'application puisqu'aucune cotisation n'est due (Voyez *infra* § 5).

Exemple 8
Un jeune né le 10 mai 1991, est identifié comme MENA par le Service des Tutelles le 29 juillet 2008, et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.
Son tuteur demande son inscription le 10 septembre 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1er juillet 2008, et est octroyé jusqu'au 31 décembre 2009. Le 1er janvier 2010, étant donné qu'il était toujours mineur le dernier trimestre de 2008, le droit peut être prolongé.
Le 1er janvier 2011, étant donné qu'il est devenu majeur le 10 mai 2009, son droit ne pourra pas être prolongé en qualité de titulaire MENA.

La période au cours de laquelle l'intéressé a la qualité de titulaire MENA est assimilée à une période couverte par des cotisations suffisantes (art. 290).

Exemple 9
Le 4 mai 2009, un jeune inscrit en qualité de titulaire MENA atteint l'âge de 18 ans. Il dispose d'un CIRE et répond aux conditions pour faire valoir la qualité de titulaire résident.
Le 1er novembre 2009, il est engagé dans le cadre d'un contrat de travail.
Le 1er janvier 2011 sera examiné la question de savoir si le droit aux soins de santé peut être prolongé sur la base des éléments de l'année de référence 2009.
Il apparait qu'il est satisfait à la condition de qualité au dernier trimestre 2009. Le jeune est salarié; il est aussi résident. S'il opte pour la qualité de titulaire salarié, le calcul du complément de cotisation éventuel tiendra compte de la période du 1er janvier au 4 mai 2009 comme étant une période censée être couverte par des cotisations suffisantes.

§ 5. Autres caractéristiques

- Le titulaire MENA peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle (art. 136).

- Le titulaire MENA ne bénéficie pas de l'intervention majorée de l'assurance.
  En effet, l'article 32, alinéa 2, qui réserve au Roi la fixation des conditions selon lesquelles les MENA pourraient être considérés comme bénéficiaires du droit à l'intervention majorée de l'assurance, n'a reçu aucune mesure d'exécution en ce qui les concerne. Cependant, si le titulaire MENA est reconnu handicapé et satisfait aux conditions réglementairement prévues à l'article 37, § 19, 5°, de la loi SSI et à l'article 3, alinéa 1er, f), de l'arrêté royal du 1er avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, il pourra bénéficier de l'intervention majorée.

  Ce point fait actuellement l'objet d'une proposition d'exécution.

- Il ne bénéficie pas du statut OMNIO.
  En effet, le MENA n'est pas inscrit au registre national, et il ne peut se prévaloir d'une adresse de référence qui lui aurait permis de bénéficier du statut OMNIO.

- Il ne peut avoir de personne inscrite à sa charge.
  En effet, le titulaire MENA n'est pas mentionné dans la liste des titulaires visées à l'article 32, alinéa 1er, 17°, de la loi SSI. Ce point fait actuellement l'objet d'un examen.

D. Situation particulière de la MENA jeune mère

Lorsqu'une MENA, demandeuse d'asile ou ne satisfaisant pas aux conditions d'accès au territoire et de séjour, accouche en Belgique, sa situation diffère selon que son enfant, en vertu de l'article 10 du Code de la nationalité, reçoit ou non la nationalité Belge.

L'enfant ne pourra pas être inscrit en qualité de MENA, ni en qualité de personne à charge de sa mère. Il pourra être inscrit en qualité de titulaire résident, s'il réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

- Si l'enfant reçoit la nationalité belge :
  La mère pourra être inscrite comme personne à charge de son enfant si elle réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet. À cet égard, il est à noter qu'il lui sera difficile, voire impossible de prouver qu'elle a la même résidence principale que celle de son enfant. Dans ce cas, elle restera titulaire MENA, si elle était déjà inscrite en cette qualité.

- Si l'enfant ne reçoit pas la nationalité belge :
  La mère pourra être inscrite en qualité de titulaire MENA, si elle réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet.

[Un projet de loi prévoit toutefois la possibilité pour ces enfants d'être inscrits en qualité de personne à charge du titulaire MENA. Il est prévu que cette modification légale ait une entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1er janvier 2008]. [Inséré le 4.7.2008]

E. Éntrée en vigueur des dispositions

Comme il a déjà été mentionné ci-dessus, la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, qui insère la nouvelle qualité de titulaire MENA, est entrée en vigueur le 1er janvier 2007.
Toutefois, l'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 qui exécute la disposition, n'est entré en vigueur qu'en date du 1er janvier 2008.

Cela a pour conséquence qu'il ne peut y avoir d'inscription en cette qualité qu'à dater du 1er janvier 2008 au plus tôt et que la présente circulaire est d'application à partir de cette même date.

Il est à noter que l'accomplissement de la présentation à une institution de soutien préventif aux familles agréée par une autorité belge, de la fréquentation scolaire régulière trois mois consécutifs, ou l'avis de la commission compétente dans le cas de l'exemption de l'obligation scolaire dans le cadre de l'enseignement spécialisé peut être antérieur au 1er janvier 2008.

Exemple 10
Un enfant de moins de six ans, identifié comme MENA le 1er octobre 2007 par le service des Tutelles, est présenté à une consultation de l'ONE le 12 décembre 2007. S'il ne bénéficie pas du droit aux soins de santé en vertu d'une autre disposition de l'article 32, alinéa 1er, 1° à 21°, de la loi SSI, il réunit toutes les conditions pour qu'une inscription en qualité de titulaire MENA soit possible à partir du 1er janvier 2008.

Exemple 11
Un mineur de 15 ans identifié comme MENA par le service des Tutelles le 23 juin 2007, est inscrit dans un établissement scolaire le 1er septembre 2007 et fréquente régulièrement les cours. Il comptera 3 mois consécutifs de fréquentation régulière à la fin du mois de novembre 2007. S'il ne bénéficie pas du droit aux soins de santé en vertu d'une autre disposition de l'article 32, alinéa 1er, 1° à 21°, de la loi SSI, il réunit toutes les conditions pour une inscription en qualité de titulaire MENA à partir du 1er janvier 2008.

Les circulaires 2008/198 et 2008/276 sont abrogées (*).

Circulaire O.A. n° 2008/281 – 2281/3 du 7 juillet 2008 (sans les annexes).

(*) Non publiées dans le B.I.

ALLOCATION DE STAGE, ALLOCATION DE FORMATION ET ALLOCATION D'ÉTABLISSEMENT VISÉES AUX ARTICLES 36*TER*, 36*QUATER* ET 36*SEXIES* DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 25 NOVEMBRE 1991 PORTANT RÈGLEMENTATION DU CHÔMAGE, INSÉRÉS PAR L'ARRÊTÉ ROYAL DU 13 MARS 2006 (entré en vigueur le 1.4.2006)
NOTION DE CHÔMAGE CONTRÔLE AU SENS DE L'ARTICLE 246 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

A. Notion de chômage contrôlé

Par chômage contrôlé au sens de l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il y a lieu d'entendre toute journée de chômage pour laquelle le travailleur a rempli ses obligations en matière de contrôle des chômeurs ou en a été dispensé régulièrement et pour laquelle, en application de la réglementation chômage, une allocation de chômage a été payée (ou le droit à ladite allocation a été refusé pour un des motifs visés par cette disposition).

B. Allocation en cas de formation professionnelle individuelle en entreprise et allocation de stage d'insertion en entreprise

Un jeune qui effectue une formation professionnelle individuelle ou un stage d'insertion dans une entreprise et bénéficie, selon le cas, d'une allocation de formation ou d'une allocation de stage (situations visées aux art. 36*ter* et 36*quater* de l'A.R. du 25.11.1991) possède la qualité de chômeur contrôlé au sens de l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Ces mesures, entrées en vigueur le 1er avril 2006, s'adressent aux chômeurs non indemnisés et principalement aux jeunes sortant de l'école qui se trouvent en stage d'attente. Elles peuvent également être invoquées par les demandeurs d'emploi dont le droit aux allocations a été refusé (pour cause de chômage volontaire, chômage de longue durée, ...).

L'allocation de formation, octroyée aux chômeurs n'ayant pas droit à une allocation de chômage ou d'attente, qui suivent une formation individuelle dans une entreprise remplace le plan « activa formation jeune » prévu à l'article 52 de la loi-programme du 8 avril 2003.

Une allocation de stage peut être octroyée au jeune sortant de l'école qui accomplit un stage d'insertion de deux mois dans une entreprise, pendant le stage d'attente. Une allocation de stage peut également être octroyée aux chômeurs complets non indemnisés ayant suivi au moins 400 heures de formation professionnelle dans les 9 mois précédant le stage d'insertion qui débute dans les 4 mois suivant la fin de la formation professionnelle.

Au début de la formation ou du stage, les personnes susvisées doivent être inscrites comme demandeuses d'emploi inoccupées auprès du service de l'emploi compétent.

Le montant de l'allocation de formation ou de stage correspond au montant de l'allocation d'attente et est déterminé en fonction de l'âge et de la situation familiale du travailleur.

Les chômeurs susvisés peuvent être considérés comme ayant la qualité de chômeur contrôlé car ils bénéficient d'une allocation (de formation ou de stage, selon le cas) qui est assimilée à une allocation d'attente (art. 36*ter*, § 2 et 36*quater*, § 2) et sont dispensés des obligations en matière de contrôle, comme le sont les demandeurs d'emploi qui suivent une formation professionnelle (art. 91 de l'A.R. du 25.11.1991).

C. Allocation d'établissement

Le jeune demandeur d'emploi qui bénéficie d'allocations d'établissement pendant la durée de la période au cours de laquelle il se prépare en vue de s'établir comme indépendant (art. 36*sexies* de l'A.R. du 25.11.1991) a également la qualité de chômeur contrôlé au sens de l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Il doit en effet apporter la preuve qu'il bénéficie d'un accompagnement de la part du Fonds de Participation. Ceci ressort d'une convention d'appui qu'il conclut avec le Fonds de Participation ou avec un Point d'appui pour starters.

Il doit en outre satisfaire à la plupart des conditions d'octroi des allocations de chômage. Pendant la période préparatoire, le jeune demandeur d'emploi ne doit ainsi pas rester inscrit comme demandeur d'emploi mais doit par contre rester en possession d'une carte de contrôle. Il ne doit pas y mentionner les activités préparatoires autorisées*. S'il exerce d'autres activités ou s'il démarre déjà l'activité indépendante pendant la période de 6 mois, il doit par contre noircir les cases correspondantes de sa carte de contrôle et n'a plus droit aux allocations.

L'allocation d'établissement est enfin assimilée à une allocation d'attente.

L'allocation d'établissement n'est accordée que pour une période maximale de 6 mois (calculée de date à date, à partir du début de la période préparatoire) à un jeune demandeur d'emploi (moins de 30 ans à la date à laquelle débute la période préparatoire) non indemnisé (en stage d'attente par exemple).

D. Message électronique L 500 ou volet à compléter par les organismes de paiement des allocations de chômage de la feuille de renseignements indemnités

Le message électronique L 500 (volet chômage de la feuille de renseignements indemnités) doit être complété par l'organisme de paiement des allocations de chômage pour le demandeur d'emploi qui bénéficie d'allocations de formation, de stage ou d'établissement, afin de permettre à son organisme assureur de vérifier si les conditions d'assurance sont remplies et, le cas échéant, de procéder au calcul des indemnités.

Étant entendu que le demandeur d'emploi qui bénéficie d'une allocation de stage, de formation ou d'établissement a, pour rappel, la qualité de chômeur contrôlé au sens de l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la période couverte par une telle allocation doit en effet être prise en considération afin de vérifier si les conditions de stage et de maintien de droit sont remplies.

Le demandeur d'emploi qui bénéficie d'allocations de formation, de stage ou d'établissement pourrait en outre prétendre, après la période d'alignement des indemnités sur les allocations de chômage, au paiement d'indemnités calculées sur base du salaire CNP 218 (conformément à l'article 30, § 2, du règlement des indemnités), pour autant que les conditions d'assurance soient remplies.

---

* Faire des études de marché, acheter ou louer un commerce ou des bureaux, chercher des associés fournisseurs et bailleurs de fonds, créer une société, engager du personnel (qu'on ne peut toutefois pas encore occuper), acquérir des biens de production, entreprendre des démarches en rapport avec le registre de commerce, la TVA et la sécurité sociale.

Nous vous rappelons à cet égard qu'une dispense de stage pour le droit aux indemnités peut être accordée aux jeunes travailleurs qui ont terminé les études ouvrant le droit à la dispense de stage et acquièrent la qualité de titulaire dans le délai requis après la fin de leurs études (art. 205, § 1er, 3°, de l'A.R. du 3.7.1996).

E. Demi-allocation journalière en cas de formation professionnelle individuelle ou de stage d'insertion en entreprise à temps partiel

Les indemnités du demandeur d'emploi qui bénéficie de demi-allocations, en cas de formation professionnelle ou de stage d'insertion en entreprise à temps partiel, doivent être calculées, après la période d'alignement des indemnités sur les allocations de chômage, conformément à l'article 30, § 3, a), du Règlement des indemnités, sur base de la rémunération perdue suivante :

$$\text{Salaire CNP 218} \quad X \quad \frac{\text{Nombre de demi-allocations par semaine}}{12}$$

En cas de stage d'insertion ou de formation à temps partiel, est en effet accordé, par semaine, un nombre de demi-allocations journalières qui correspond au résultat obtenu en multipliant la fraction de formation par 12. Le résultat est arrondi soit à l'unité supérieure soit à l'unité inférieure selon qu'il atteint ou non 0,50.

Le régime hebdomadaire d'indemnisation est fixé comme suit : il est accordé une demi-allocation par jour à partir du lundi, sauf pour le dimanche ; si le nombre total de demi-jours indemnisables est supérieur à six, les demi-allocations excédentaires sont à nouveau accordées à partir du lundi de la même semaine.

Dans cette hypothèse, le message électronique L 500 (groupes 11 et 14) ou le volet chômage de la feuille de renseignements indemnités (rubrique 13.3.) doit donc être complété comme pour un travailleur à temps partiel volontaire indemnisé par demi-journées (en application de l'art. 103 de l'A.R. portant réglementation du chômage).

Circulaire O.A. n° 2008/150 - 2210/4 – 4043/1 du 3 avril 2008.