

S/2018 à S/2018bis – texte coordonné

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité**

Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 78 31

**Service des soins
de santé**

**CONVENTION NATIONALE ENTRE LES AUDICIENS
ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les audiciens et les organismes assureurs du 9 novembre 2017, sous la présidence de Madame N. DE RUDDER, attaché, déléguée à cette fin par Monsieur H. DE RIDDER, Fonctionnaire dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs,

et d'autre part,

les organisations professionnelles des audiciens, regroupées au sein du CEUPA (Comité Exécutif des Unions Professionnelles des Audiciens).

PREAMBULE

La Commission de convention audiciens-OA s'engage à poursuivre les travaux du préambule de la convention précédente pour arriver à plus de transparence du marché, à savoir :

○ Etape 2:

Une liste officielle des appareils auditifs sera élaborée à l'INAMI.

○ Etape 3:

Les listes des appareils auditifs seront organisées par catégorie et chaque appareil auditif recevra un code d'identification unique.

○ Etape 4 :

Après la réalisation de cette catégorisation des appareils auditifs, la possibilité d'un remboursement différentiel sera examinée. Pour rendre cela possible, les prix de vente maximum au patient seront ajoutés aux listes. Le remboursement sera lié à l'indication et au regroupement des appareils de correction auditive dans les différentes catégories de produits.

La mise en place d'une procédure afin de collecter des statistiques sera également examinée pour préparer les stratégies futures.

La Commission de convention audiciens –OA s'engage également à :

- analyser la problématique générale de la publicité dans le cadre de l'article 5, 11°, de la présente convention, afin d'encadrer cette pratique de manière univoque.
- analyser la problématique de la transparence des prix et, si nécessaire, proposer des solutions.

Article 1^{er}. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les audiciens et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. L'intervention de l'assurance est due pour chaque prestation reprise à l'article 31 de la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. L'audicien exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer valablement à la présente convention, y joindre un mandat du chef de cette entreprise l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.

Art. 4. La valeur du facteur de multiplication S est fixée à : ¹

- 2,838332 EUR pour les prestations destinées aux bénéficiaires de moins de 18 ans ;
- 1,838655 EUR pour les prestations destinées aux bénéficiaires à partir de 18 ans et moins de 65 ans ;
- 1,746609 EUR pour les prestations destinées aux bénéficiaires de 65 ans et plus ;
- 1,746609 EUR pour les prestations relatives aux interventions forfaitaires de l'assurance.

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 S peut être adaptée à partir du 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1^{er} 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 conventions 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.

Art. 5. L'audicien adhérent à la présente convention s'engage :

- 1° à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance les articles de la nomenclature des prestations de santé, pour la fourniture desquels il a été agréé, aux prix et conditions fixés par la présente convention, à l'exception des raisons reprises à l'article 5, 2° ;
- 2° à ne pas faire pression sur le bénéficiaire pour l'inciter à choisir un article qui, tout en répondant aux caractéristiques minimales prévues dans la nomenclature, dépasse lesdites caractéristiques, justifiant ainsi une augmentation du prix conventionnel, et à s'abstenir de tout excès dans l'appréciation de ladite augmentation.

Cependant, si le bénéficiaire choisit un produit dont le prix est supérieur à celui fixé par la convention, l'audicien doit en informer clairement le bénéficiaire. L'audicien doit donner au bénéficiaire des informations sur le prix total de la prestation, sur le montant de l'intervention de l'assurance ainsi que sur le montant des éventuels suppléments à sa charge. En cas de différend, la preuve que l'information a été donnée par l'audicien doit être fournie ;

¹ À partir du 1^{er} février 2019

Dans tous les cas, le patient reçoit un document récapitulatif détaillé sur lequel figure le détail de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité, la quote-part personnelle et les suppléments éventuels.

- 3° à ne fournir les articles que sur prescription d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et conformément aux dispositions prévues par la nomenclature des prestations de santé;
- 4° si le bénéficiaire décède avant la délivrance définitive, l'organisme assureur paie à l'audicien, à la demande de celui-ci, une somme de S 53 pour le remboursement d'une partie des frais matériel consentis (embouts individuels adaptés, hauts-parleurs, coquilles, etc.) (via le pseudocode 679932-679943).

Pour ces frais, aucun supplément ne peut être porté en compte au bénéficiaire ou à ses parents proches.

Ce montant peut uniquement être payé sur base d'une prescription médicale pour les tests.

Si le bénéficiaire décède pendant la période d'essai, indépendamment de la décision déjà éventuellement prise par le médecin-conseil, l'audicien doit prévenir les parents proches du bénéficiaire de la possibilité de rapporter l'appareillage en bon état. Si l'appareillage d'essai est rapporté à l'audicien, aucun coût ne peut être porté en compte aux parents proches.

- 5° à prendre toutes les dispositions nécessaires pour limiter à 25 jours ouvrables au maximum le délai entre la demande d'essai et la fourniture de l'appareillage d'essai, sauf cas de force majeure à justifier;
- 6° à donner au bénéficiaire, au moment de la livraison, toutes les indications relatives à l'utilisation et à l'entretien de l'appareillage fourni;
- 7° à délivrer, conformément au règlement en vigueur, une attestation de fournitures d'appareils de correction auditive, dont le modèle a été établi par le Comité de l'assurance soins de santé;
- 8° à ne faire usage de l'agrément qui lui a été accordé que pour la fourniture des articles dont il effectue l'application ou dont l'application se fait sous sa surveillance effective;
- 9° à respecter le processus de fourniture fixé pour les appareils auditifs par la nomenclature des prestations de santé, notamment en ne procédant aux essais et à la fourniture de ceux-ci qu'au(x) siège(s) de l'entreprise communiqué(s) au Service des soins de santé et en ne se rendant au domicile du bénéficiaire ou à sa résidence que sur demande médicale.
- 10° à recevoir à tout moment la visite des personnes revêtues, dans le cadre de l'assurance, du pouvoir de contrôle ainsi que des personnes déléguées par la Commission de convention, aux fins d'enquêtes visant le respect des dispositions de ladite convention.

Art. 5bis. L'audicien adhérent à la présente convention s'engage à souscrire aux dispositions suivantes en matière de publicité et de réductions

§ 1^{er}. Il est interdit à l'audicien d'octroyer directement ou indirectement des réductions ou un quelconque avantage à toute personne intervenant dans la prescription ou dans la fourniture d'articles qu'il délivre.

Des réductions ou avantages peuvent être octroyés au bénéficiaire à la suite de l'acquisition d'un dispositif ou d'une prestation remboursé(e) par l'assurance maladie. Dans ce cas, la nature et l'importance de cette réduction ou de cet avantage ainsi que le montant effectivement facturé sont clairement mentionnés sur l'attestation de délivrance destinée au patient et à l'organisme assureur.

Si la réduction a été octroyée sur la quote-part propre au patient (supplément et/ou ticket modérateur), cette réduction est au profit du bénéficiaire.

Dans tous les cas s'applique le principe selon lequel le remboursement des prestations de soins ne peut pas dépasser le montant du coût effectif pour l'assuré.

§ 2. La publicité est autorisée à condition qu'elle ne soit pas contraire à l'article 127, § 2, de la loi SSI : « Est interdite, dans tous les cas, la publicité qui mentionne la gratuité des prestations de santé ou qui fait référence à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de ces prestations. ».

La publicité est également autorisée pour les réductions. Il doit apparaître clairement quelles sont les modalités de la réduction afin de pouvoir appliquer l'octroi des avantages prévus au § 1er.

§ 3. Chaque banc de la Commission de conventions, signale, à la Commission de conventions, toute infraction aux dispositions susmentionnées de l'article 5bis, § 1er et § 2, qui, elle, en avertira les instances de contrôle compétentes.

Art. 6. L'organisme assureur adhérent à la convention, s'engage :

- 1° à rembourser aux bénéficiaires les articles de la nomenclature des prestations de santé, à concurrence du prix fixé dans la présente convention, sur lequel a été retenue l'intervention personnelle fixée pour certaines prestations en exécution de l'article 37, § 5, de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à condition qu'ils aient été fournis à ce prix, qu'ils répondent aux conditions de fourniture prévues dans la nomenclature et qu'ils figurent sur une attestation de fournitures d'appareillage de correction auditive, dont le modèle a été établi par le Comité de l'assurance soins de santé;
- 2° à accorder son intervention à concurrence des conditions prévues à l'article 5, 1°, pour les articles visés à l'article 5, 2°,
- 3° à garantir le libre choix absolu du fournisseur, par le bénéficiaire.

Art. 7. La Commission de conventions est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 8. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 31 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

En application de l'article 51, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dès qu'un dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel est constaté, les parties s'engagent à appliquer les mesures de corrections qui se rapportent par priorité à une augmentation disproportionnée des prestations analogues.

Plus précisément, la Commission de convention appliquera les mesures de corrections les plus adéquates parmi les suivantes :

- non-indexation de la valeur du facteur de multiplication S;
- augmentation du ticket modérateur et/ou adaptation des modalités d'octroi des appareils de correction auditive, après consultation du Collège des médecins-directeurs.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

Art. 9. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2019 et est tacitement reconduite d'année en année.

Elle peut être cependant dénoncée avant cette date par lettre recommandée, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Cette dénonciation peut être faite :

- 1° soit par les trois quarts au moins 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;
- 2° soit par chacune des personnes 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 1^{er} janvier qui suit la dénonciation.

Sans préjudice des dispositions de l'article 3, la présente convention est caduque si la personne y adhérant, audicien au service d'une entreprise, quitte cette entreprise.

Elle est reconduite sans condition si cette personne s'installe à son propre compte, mais en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, elle est reconduite après avoir fait parvenir au Service des soins de santé un mandat du chef de cette entreprise l'autorisant à prendre les engagements prévus dans la convention.

Fait à Bruxelles, le 9 novembre 2017

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles des audiciens,