

Service des soins
de santé

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

CHAPITRE I

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les bandagistes et les organismes assureurs du 13 décembre 2005, sous la présidence de Madame M. Louagie, ingénieur industriel, 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 bandagistes.

PREAMBULE

Suite à l'étude KCE « 56A Matériel orthopédique en Belgique: Health Technology Assessment », dans laquelle ont été examinés l'efficacité et les coûts-efficacité des braces orthopédiques préfabriqués (cou, genou et poignet), la Commission de conventions a entamé l'élaboration d'une initiative concernant la transparence des prix pour le secteur bandagistes-orthopédistes.

La Commission de conventions bandagistes-orthopédistes-organismes assureurs a approuvé le système suivant pour la transparence des prix des prestations préfab :

1. Le prix des prestations actuelles est ventilé en trois parties :
 - a) coût de délivrance
 - b) prix standard
 - c) « marge »
2. La fixation de coût de délivrance, du prix standard et de la « marge » est effectuée par groupe homogène de produits.
 - 2.1. Le coût de délivrance :
 - a. Celui-ci comprend les coûts inhérents à la délivrance par un prestataire agréé et est entre autres fixé sur la base de la main d'œuvre exprimée en minutes et la prestation de services pour ce(s) groupe(s) de produits.
 - b. Il s'agit d'un montant fixe par groupe homogène de produits qui est totalement remboursé, qui est indépendant du coût du produit et qui est lié à la complexité de la prestation de service.
 - c. Par groupe de produits, on détermine ce que comprend au minimum la prestation de service. Les éléments suivants peuvent entre autres en faire partie:
 - accueil du bénéficiaire, rédaction du dossier technique du patient
 - prise des mesures et adaptation
 - devoir d'information du bénéficiaire concernant l'utilisation correcte et l'entretien du produit, délais de garantie, ...
 - 2.2. Le prix standard :
 - a. Celui-ci est calculé sur la base du prix au prestataire hors TVA des produits appartenant au groupe homogène de produits.
 - b. Ce prix standard est le prix maximum qui peut être remboursé pour le produit individuel délivré.
 - c. Les produits sont repris avec leur prix individuel au prestataire hors TVA dans les listes des produits admis au remboursement.
 - d. Une marge de sécurité par groupe de produits peut être fixée. Cela signifie que les produits dont le prix au prestataire (hors TVA) est supérieur au prix standard majoré de la marge de sécurité, n'entrent pas en considération pour être inscrits sur la liste des produits admis au remboursement.
 - e. La différence entre le prix du produit individuel et le prix standard est à charge du patient.
 - 2.3. La « marge »:
 - a. Celle-ci couvre les autres frais (logistique, administration, ...) et les bénéfices.
 - b. Il s'agit d'un montant fixe par groupe homogène de produits.
 - 2.4. La TVA.
3. Les règles générales et le concept du système de transparence des prix seront traduits en un texte de nomenclature pour le 31 décembre 2012 au plus tard.
4. Ce système sera progressivement appliqué par groupe de produits.

Article 1^{er}. Le dispensateur agréé pour les prestations figurant au présent chapitre et dont la compétence a été reconnue pour les prestations figurant au Chapitre II, ne peut adhérer à l'un des chapitres de la convention sans adhérer à l'autre.

Le dispensateur agréé comme bandagiste et comme orthopédiste ne peut adhérer à la présente convention sans adhérer à l'autre convention.

Le chef d'entreprise agréé (bandagiste) qui adhère à la convention s'engage à respecter les conditions de celle-ci pour toutes les fournitures faites au sein de son entreprise.

Conformément à l'article 45 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le bandagiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention, y joindre une autorisation du chef de cette entreprise l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.

Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.

Sans préjudice des dispositions du présent article, l'adhésion à la convention est caduque si le dispensateur agréé y adhérant, travaillant pour une entreprise, quitte cette entreprise.

Le dispensateur qui adhère à la convention est tenu d'informer immédiatement par écrit – et au plus tard endéans un délai de quatorze jours – le Service des Soins de santé de l'Inami de la fin du contrat de travail le liant à une entreprise.

Si ce dispensateur s'établit à son propre compte, l'adhésion à la convention est prolongée s'il en informe le Service des Soins de santé de l'Inami endéans un délai de quatorze jours.

En cas d'entrée en fonction dans une autre entreprise, la personne est soumise au régime du nouvel employeur.

Art. 2. L'intervention de l'assurance est due pour chaque prestation reprise à l'article 27, § 1^{er}, 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.** Au 1^{er} janvier 2017, les valeurs du facteur de multiplication Y sont fixées à :

Y = 2,342925 EUR pour les prestations relatives aux bandages pour hernie ;

Y = 2,379873 EUR pour les prestations relatives aux ceintures abdominales sur mesure ;

Y = 2,539392 EUR pour les prestations relatives aux lombostats en coutil et métal, sur mesure ;

Y = 1,674991 EUR pour les prestations relatives à l'appareillage après mammectomie totale ou partielle ;

Y = 1,674991 EUR	pour les prestations relatives aux bas élastiques thérapeutiques pour la jambe ;
Y = 1,761357 EUR	pour la prestation relative à la semelle orthopédique
Y = 1,676240 EUR	pour les prestations relatives au matériel individuel pour l'administration à domicile de produits mucolytiques en cas de mucoviscidose ;
Y = 1,191293 EUR	pour les prestations relatives aux interventions forfaitaires pour le matériel de stomie et d'incontinence ;
Y = 1,191293 EUR	pour les prestations relatives au matériel pour incontinence ;
Y = 1,302773 EUR	pour les prestations relatives au matériel pour stomie.

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 Y 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. »

Art. 4. Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le dispensateur est tenu d'appliquer le régime du tiers payant pour toutes les prestations et pour tous les bénéficiaires.

Le dispensateur peut choisir d'appliquer ou non le régime du tiers payant si la base de remboursement pour l'ensemble des soins reçus ne dépasse pas 310,00 EUR.

Dans ces circonstances, le dispensateur s'engage à appliquer le régime du tiers payant pour les bénéficiaires appartenant aux catégories sociales reprises à l'article 6, alinéa 2, 5°, 6° et 7°, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi AMI, et ce à leur demande

Art. 5. Le dispensateur adhérant à la présente convention s'engage :

- 1° à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance, aux prix fixés par la présente convention, les articles de la nomenclature des prestations de santé pour la fourniture desquels il a été agréé, à l'exception du matériel pour incontinence et pour stomie des catégories B et C dans les listes limitatives, des prothèses mammaires après mammectomie totale ou partielle (prestations n^{os} 642515, 642530, 642552, 642574, 642596, 642294, 642316, 642331, 642611 et 642375) et des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe dans les listes des produits admis, de la semelle orthopédique et des canules trachéales, et 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 critères minimums de fabrication dont question à l'article 27, § 19, de la nomenclature, dépasse lesdits critères, 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, le bandagiste doit en informer clairement le bénéficiaire. En cas de différend, la preuve que l'information a été donnée par le bandagiste doit être fournie.

- 3° à remettre au bénéficiaire une attestation de fournitures conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

En cas d'application du régime du tiers payant, les attestations de fournitures sur lesquelles figure la déclaration selon laquelle le bénéficiaire a reçu l'article, sont envoyées, accompagnées d'une facture, à l'organisme assureur.

En cas de décès du bénéficiaire ou de force majeure ayant empêché la fourniture soit d'un lombostat, soit d'une ceinture abdominale, la prestation en cause est fournie à l'organisme assureur qui en doit le paiement. Cependant, le bandagiste accepte de reprendre l'article à 50 % de son prix s'il est au stade de l'essayage et à 25 % s'il est achevé.

En cas de désaccord entre les parties sur la situation de force majeure invoquée dans le cadre du précédent alinéa, le dossier est soumis à l'arbitrage d'un fonctionnaire désigné par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

- 4° en cas de non-conformité de l'article fourni à la prescription médicale ou aux critères de fabrication, à y remédier sans augmentation de prix.

Toutefois, cette clause n'est pas d'application lorsqu'il est établi qu'une modification anatomique importante est intervenue entre le moment de la commande et celui de la fourniture.

- 5° à mentionner le numéro sous lequel il a été agréé lorsqu'elle se prévaut de cet agrément dans sa publicité ou ses documents commerciaux ;

- 6° à n'accorder aucun avantage aux bénéficiaires, aux organismes assureurs ou à leurs préposés, aux hôpitaux ou à leurs préposés, aux institutions ou à leurs préposés ou à toute autre personne intervenant dans la prescription, dans le conseil ou dans la fourniture des articles qu'il livre ;

- 7° à recevoir, à tout moment la visite des personnes revêtues dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, 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. S'il s'agit d'une enquête menée par des délégués de la Commission de convention, cette visite doit être annoncée.

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 par la présente convention, à condition qu'ils répondent aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé, sur lequel a été retenue l'intervention personnelle fixée pour certaines prestations en exécution de l'article 37, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° à accorder son intervention à concurrence des prix prévus à l'article 5, 1°, pour les articles visés à l'article 5, 2° ;
- 3° à remettre, à la demande du dispensateur adhérent à la présente convention dans les quinze jours de l'introduction de la demande, lorsque la fourniture se fait dans les conditions prévues à l'article 4, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire de l'engagement de paiement sera annexé à la facture du dispensateur.

L'engagement de paiement porte sur l'assurabilité du bénéficiaire et, le cas échéant, garantit que le délai de renouvellement par rapport à la fourniture précédente est écoulé.

- 4° à payer dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur de soins ait facturé, conformément aux dispositions du quatrième alinéa, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l'état récapitulatif. L'organisme assureur est – sauf preuve du contraire – censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur de soins, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur de soins a envoyé la facture.

A l'intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la commission de convention qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

En cas de retard de paiement, le dispensateur peut – moyennant une mise en demeure écrite – porter en compte des intérêts moratoires, à partir de l'échéance de la facture, à un taux correspondant au taux légal fixé en exécution de la loi du 30 juin 1970 modifiant le taux des intérêts légaux. Ces intérêts moratoires ne sont pas dus si le retard de paiement est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du cinquième alinéa de ce point, suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l'organisme assureur, jusqu'à la date à laquelle le dispensateur réagit par écrit. Le cachet de la poste fait foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l'organisme assureur que de la date de la réaction émanant du dispensateur.

Pour l'application du présent article, on entend par «facturation», la confirmation écrite d'une créance en argent, qui, dans le cadre de l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur, résulte d'une prestation de soins avec intervention de l'assurance soins de santé obligatoire accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui-ci. Une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

- un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle annexé à la présente convention ;
- les attestations de fourniture pour chacun des montants mentionnés sur l'état récapitulatif ;
- le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif : les doubles des engagements de paiement transmis par l'organisme assureur en application des dispositions du point 3° du présent article.

L'organisme assureur a le droit de contester, dans le délai déterminé par l'article 174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée, la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d'une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le double de l'état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l'organisme assureur n'accepte pas cette facturation.

Le dispensateur dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l'organisme assureur, l'organisme assureur peut, en application des dispositions de l'article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur n'a pas pu convaincre l'organisme assureur de son motif, l'organisme assureur informe par écrit le dispensateur de l'application de la compensation des lignes protestées des facturations précédentes.

Art. 7. Les articles confectionnés sur mesure doivent toujours être portés en compte à la mutualité par un dispensateur agréé de l'entreprise qui effectue les phases les plus importantes de la confection (prise des mesures, correction et construction).

Art. 8. Le coût des prestations couvre les frais de déplacement du bandagiste dans un rayon de dix kilomètres à compter de son atelier agréé le plus proche. Au-delà des dix kilomètres, un défraiement maximum de 0,37 EUR par kilomètre peut être porté en compte au bénéficiaire.

Art. 9. § 1. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 27, § 1^{er}, 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, les parties appliquent des mécanismes de correction, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé

§ 2. Ces mécanismes des correction se rapportent par priorité à une augmentation disproportionnée des prestations analogues. Cette augmentation est appréciée sur la base des volumes et des dépenses fixés s'y rapportant.

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.

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 § 1^{er} 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 à ce paragraphe 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. 10. § 1^{er}. A titre de clause pénale, le dispensateur adhérent à la présente convention est tenu de verser, sur décision de la Commission de convention, à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en cas de dépassement des prix prévus à la présente convention, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement avec un minimum de 125 EUR. Un supplément de prix connu au préalable du patient et accepté par lui n'est pas considéré comme un dépassement de prix susceptible de déclencher l'application de la clause pénale.

§ 2. En cas d'infraction à la convention autre que celle prévue au § 1^{er}, les parties contractantes à la présente convention sont tenues de verser, à titre de clauses pénales, sur décision de la Commission de convention, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit du dispensateur adhérent à la présente convention, soit à ce dispensateur s'il s'agit d'un organisme assureur, une indemnité forfaitaire correspondant à 10% du remboursement de la prestation en cause, au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné, avec un minimum de 25 EUR.

§ 3. Constituent une seule infraction les atteintes aux prestations de la nomenclature qui forment ensemble un tout. On prendra alors pour référence la prestation dont le remboursement est le plus élevé. Si ces atteintes ne concernent qu'un accessoire, le § 2 est d'application.

Art. 11. Des groupes de travail ad hoc peuvent être instaurés au sein de la Commission de convention.

Art. 12. La présente convention porte ses effets au plus tôt le 1^{er} janvier 2006. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2007 et est tacitement reconductible d'année en année.

Elle peut cependant être dénoncée avant le 1^{er} novembre de chaque année par lettre recommandée à la poste, 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 à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation;

- 2) soit par tout dispensateur ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de ce seul dispensateur à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

Fait à Bruxelles, le 13 décembre 2005

Pour les organismes assureurs,

N. BEUN
J.-P. BRONCKAERS
R. DE PAEPE
M. DURINCK
R. POUILLIE
R. VANSTECHELMAN
E. WILMET

Pour les organisations professionnelles des
bandagistes,

X. BERTEELE
L. COENEN
G. CUYT
B. DUCHESNE
B. RAES
D. VANDEVEN

FORMULAIRE D'ADHESION

Le(la) soussigné(e) (nom, prénoms)
ayant sa résidence principale (rue, n°, boîte)
..... (n° postal, commune)
..... (province ou Région de Bruxelles-Capitale)
chef d'entreprise, agréé(e) par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sous le n°
..... (1)
technicien(ne) au service d'une entreprise, agréé(e) par l'Institut national d'assurance
maladie-invalidité sous le n° (1)
exerçant son activité dans la firme
..... (raison sociale)
à(aux) l'adresse(s) suivante(s) (2) :
.....
.....
.....

(adresse(s) de l'entreprise où le signataire exerce son activité)
déclare avoir pris connaissance de la présente convention et y adhérer sans restriction.

Fait à , le

Le(la) bandagiste,
(signature)

Le soussigné, chef d'entreprise, autorise le(la) bandagiste ci-dessus à prendre les engagements prévus dans la convention.

Il/elle déclare avoir pris connaissance de cette convention et confirme que tous les dispensateurs agréés de l'entreprise ont adhéré à cette convention.

Fait à , le

(signature)

(1) Barrer la mention inutile.
(2) Inutile si l'adresse où s'exerce la profession est la même que celle du domicile.