**INSTITUT NATIONAL D’ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963

Avenue Galilée 5/01 – 1210 Bruxelles

**Service des soins de santé**

**Centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle**

Avant-propos

Le rapport KCE 289 montre dans le tableau 7 qu'en 2025, le besoin en lits Sp augmentera de 17,4 % par rapport à aujourd'hui, les deux causes principales étant la démographie de la population belge et l'augmentation des maladies chroniques. Créer cette capacité supplémentaire au sein des infrastructures existantes et dans le budget des hôpitaux représente un défi. Le rapport KCE 289 ne tient pas compte des structures résidentielles intermédiaires comme les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle.

Les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle font partie, d’une part, du continuum de soins entre les hôpitaux et le domicile pour les personnes ayant des besoins de rééducation, mais d'autre part, l'admission à partir du domicile peut être une alternative à l'hospitalisation pour les patients ayant des besoins en rééducation fonctionnelle. Dans les deux cas, il s’agit de personnes pour lesquelles les soins de rééducation ne peuvent pas avoir lieu à domicile pour diverses raisons (contexte du patient, hébergement).

Les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle sont repris dans l’avis du conseil fédéral des établissements hospitaliers du 28.9.2023 (CFEH/D/581-2) relatif à la programmation et offre de soins en réadaptation - Lits Sp (partie 1). La capacité en lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle permet de réduire les besoins en lits d'hôpitaux, en particulier les lits Sp, en proposant un trajet de rééducation en post-hospitalisation dans le cadre du retour à domicile ou, par ailleurs, en évitant une hospitalisation par le fait de proposer un trajet de rééducation lorsqu’il n'est temporairement plus possible de rester à domicile en raison d'une perte temporaire d'autonomie.

Les compétences des différentes autorités se rencontrent dans les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle. Afin d'éviter une nouvelle réduction de la capacité en lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle faute de financement, la CIM du 28 juin 2023 a décidé d’entreprendre une première étape dans le financement des lits de convalescence existants en exploitation qui sont complémentaires aux lits Sp pour l'offre de soins liée aux compétences fédérales. Cela facilitera la réforme des lits Sp.

Pour les patients pris en charge dans ces établissements, les dispositions de la nomenclature sont appliquées, comme pour les soins effectués par des praticiens de l’art infirmier ou des kinésithérapeutes. La présente convention constitue une première étape dans le financement complémentaire des soins et sera conclue avec un certain nombre d'établissements qui ont l'expertise (souvent de longue date) pour accueillir des patients ayant des besoins en rééducation qui ne peuvent pas être satisfaits à domicile.

La présente convention prévoit une forme de financement temporaire et provisoire dans l’attente d’éventuelles mesures ultérieures de financement par le gouvernement fédéral ou par les entités fédérées.

Un groupe de travail multidisciplinaire interfédéral sera mis en place pour apporter une réponse cohérente aux besoins croissants en matière de rééducation fonctionnelle, en examinant la place des hôpitaux et services de rééducation fonctionnelle, des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle et des soins à domicile. Dans ce cadre, la convention sera évaluée après trois ans et éventuellement adaptée en fonction des conclusions de ce groupe de travail interfédéral.

Il s'agit d'un financement complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé, à condition que les entités fédérées s'engagent également à prendre en charge la programmation, la reconnaissance, les coûts d'infrastructure et, dans certains cas, les coûts de fonctionnement (entre autres : les coûts salariaux pour le personnel non-médical/de soutien, les consommables, les frais d’énergie) de ces établissements.

Cette approche conjointe devrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'intégration des soins, comme le prévoit le protocole d'accord conclu le 8 novembre 2023 dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

**CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE AVEC LES CENTRES DE CONVALESCENCE ET DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23, § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

il est convenu ce qui suit, entre :
d’une part,

le Comité de l’assurance soins de santé, désigné plus loin dans le texte comme le « Comité de l’assurance »

et, d’autre part,

l’ASBL ………………………………………………………… qui gère le centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle ……………………………………….., désigné plus loin dans le texte comme « l’établissement ».

**OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 1er.** La présente convention définit l’intervention spécifique de l'assurance obligatoire soins de santé en faveur d’un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle, ainsi que le mode de paiement, les relations entre l’établissement et les bénéficiaires de l’intervention, de même que les relations entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs.

La présente convention se rapporte aux bénéficiaires qui sont admis dans l’établissement et qui répondent aux conditions visées à l’article 3, § 1er.

La présente convention constitue une première étape dans l’organisation et le financement de la rééducation fonctionnelle dans les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle pour des prestations de soins qui relèvent de l’assurance obligatoire soins de santé. Cette convention porte exécution de la décision de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 relative au financement des lits de convalescence existants en exploitation, en cofinancement avec les entités fédérées et selon la répartition du nombre de lits qui est prévue dans cet accord.

**OBJECTIF DE LA RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**

**Article 2.** La rééducation fonctionnelle est un processus actif visant un ensemble d'activités multidisciplinaires, ciblées et pertinentes pour atteindre et maintenir un niveau optimal d'indépendance et de fonctionnement pour les personnes présentant des déficiences physiques ou fonctionnelles qui entraînent des limitations d'activité et/ou de participation, en interaction avec des facteurs personnels et environnementaux, avec un espoir raisonnable d'amélioration fonctionnelle et/ou d'amélioration de la qualité de vie.

Le programme de rééducation à court terme dans l’établissement vise, en fonction du processus de rétablissement, à améliorer autant que possible l'état fonctionnel, à regagner en indépendance en augmentant l'autonomie physique et le bien-être, afin de parvenir à une (ré)intégration sociale maximale et, si possible, professionnelle au domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile.

La rééducation dans l’établissement est le trajet de suivi après la rééducation fonctionnelle pendant l’hospitalisation et soutient la procédure de sortie après l’hospitalisation en offrant au bénéficiaire tel que visé à l’article 3 un soutien approprié dans la phase post-aiguë . La rééducation dans l’établissement est également destinée aux patients à domicile ou dans un environnement de substitution au domicile, lorsqu'un besoin temporairement accru de rééducation apparaît en raison, entre autres, de l'aggravation d'une maladie chronique et qui, pour des raisons contextuelles, ne peut être satisfait à domicile ; l'admission dans un établissement permet ainsi d'éviter une hospitalisation.

Il s'agit d’offrir un environnement sûr avec une offre adaptée aux personnes ayant des besoins en rééducation[[1]](#footnote-1) et un potentiel de rééducation[[2]](#footnote-2) en tenant compte de la capacité de rééducation[[3]](#footnote-3) ; pour certains, il s'agit d'une étape nécessaire sur le chemin du retour à la maison.

**BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION**

**Article 3, § 1er** Les bénéficiaires sont les personnes suivantes :

1. qui ont atteint l'âge de 18 ans à la date d'admission dans l'établissement et,
2. qui répondent à l'une des situations suivantes
	1. qui ont subi une intervention chirurgicale ayant nécessité une hospitalisation ;
	2. qui souffrent ou ont souffert d'une affection grave ayant nécessité une hospitalisation, à l'exclusion de l'admission dans un service hospitalier psychiatrique (24/24, jour/nuit) ;
	3. qui, en raison de l’aggravation d'une maladie chronique ou pour toute autre raison, souffrent d'une perte d'autonomie temporaire importante qui les empêche temporairement de fonctionner de manière indépendante dans leur environnement naturel à domicile ou dans l’environnement de substitution au domicile et qui ont un besoin de rééducation temporairement accru. Le besoin et le potentiel de rééducation de ces bénéficiaires sont similaires à ceux des personnes hospitalisées, en particulier les personnes hospitalisées dans un lit Sp, mais en raison de comorbidités, de l'âge ou de facteurs environnementaux, entre autres, ils ont une capacité de rééducation réduite. D'une part, l'hospitalisation est souvent moins appropriée parce que les patients ne peuvent pas faire face à une rééducation intensive à l'hôpital et, d'autre part, la rééducation monodisciplinaire à domicile est insuffisante ou moins adaptée au besoin accru de rééducation de ces patients.
3. et pour lesquelles il est établi qu’en raison de l’autonomie limitée du bénéficiaire lui-même, de l’absence d’un contexte capable de compenser cette autonomie limitée au domicile ou dans l’environnement de substitution au domicile, ou en raison de soins de rééducation qui ne peuvent être dispensés dans le cadre d’une thérapie à domicile, le traitement de rééducation peut avoir lieu dans un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle. L’absence d’un contexte susceptible de compenser cette autonomie limitée, ou la constatation que les soins de rééducation ne peuvent être effectués à domicile, est confirmée, pour la situation visée en b) iii, par le médecin référent (de préférence le médecin généraliste ou une pratique de médecine générale, gestionnaire du DMG).

Le fait qu'un bénéficiaire ne soit pas encore en mesure de reprendre son activité professionnelle en raison de son état de santé ne suffit pas à démontrer que ce bénéficiaire ne peut pas encore fonctionner de manière autonome.

**§ 2.** Les bénéficiaires ne peuvent pas suivre simultanément, pour la même affection, un programme de rééducation dans un autre établissement qui a conclu une convention avec le Comité de l’assurance.

**§ 3**. L’établissement s’engage à proposer une rééducation à tous les bénéficiaires de l’assurance, quel que soit l’organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié. L’établissement s’engage aussi à garantir le traitement égalitaire des bénéficiaires, en tenant compte de leurs besoins, quel que soit l’organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié.

**§ 4.** Outre les bénéficiaires qui suivent un trajet de rééducation dans l'établissement, d'autres personnes telles que les aidants proches, les accompagnateurs ou les partenaires sans problèmes médicaux peuvent également y séjourner. Toutefois, les dispositions de la présente convention ne s'appliquent pas à ces autres personnes et l’intervention prévue dans la convention ne peut pas être utilisée pour l'accueil et la prise en charge éventuelle de ces autres personnes.

**Article 4.** Le bénéficiaire doit être référé par un médecin qui ne fait pas partie de l’équipe de rééducation fonctionnelle de l’établissement. Le renvoi doit être fait pendant ou dès que possible après la fin du séjour à l'hôpital ou après qu’ait été établie l'incapacité de fonctionner de manière autonome dans l'environnement naturel à domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile en raison d'un besoin temporaire de rééducation multidisciplinaire.

Le renvoi doit avoir lieu au moyen d’un formulaire de renvoi dont le modèle est défini par le Collège des médecins-directeurs.

Le renvoi est conservé dans le dossier médico-thérapeutique informatisé de l’établissement.

**LE TRAJET DE RÉÉDUCATION - plan de soins et de traitement**

**Article 5, § 1er.** La traduction de l'objectif de rééducation en fonction des besoins de chaque bénéficiaire constitue le trajet de rééducation individuel. Chaque trajet de rééducation individuel (plan de soins et de traitement) part du besoin concret auquel l'équipe de rééducation de l’établissement de convalescence et de rééducation fonctionnelle doit pouvoir répondre avec le bénéficiaire.

L'objectif de rééducation, dans les cas visés à l'article 3, § 1er, b), i) et ii), est convenu avec le bénéficiaire par le médecin spécialiste traitant à la sortie de l'hôpital. Cet objectif de rééducation est repris dans le formulaire de renvoi visé à l’article 4.

L'objectif de rééducation, dans les cas visés à l'article 3, § 1er, b), iii, est convenu avec le bénéficiaire par le médecin traitant (de préférence le médecin généraliste gestionnaire du DMG). Cet objectif de rééducation est repris dans le formulaire de renvoi visé à l’article 4.

L'équipe multidisciplinaire de l'établissement de convalescence et de rééducation fonctionnelle, sous la direction du médecin de l'établissement, détermine avec le patient le trajet de rééducation en mettant en balance les objectifs de vie du patient, le besoin de rééducation sur la base de l'objectif de rééducation défini par le médecin référent en accord avec le bénéficiaire, la présence d'un potentiel de rééducation et le degré de capacité à la rééducation.

**§ 2.** Le trajet de rééducation individuel se compose, d'une part, d'un certain nombre d'interventions de l'équipe de rééducation multidisciplinaire au profit du bénéficiaire basées sur un fonctionnement interdisciplinaire et intégral et, d'autre part, d'une série d'engagements de la part du bénéficiaire lui-même et, le cas échéant, également de la part de son entourage proche.

**§ 3**. Ce trajet de rééducation individuel (plan de soins et d’accompagnement) est partagé avec le bénéficiaire et/ou son entourage proche.

**§ 4.** Dans le cadre du trajet de rééducation individuel (plan de soins et d’accompagnement), la continuité des soins est primordiale dès le départ et la sortie doit être préparée dès l'admission. Un engagement doit être pris vis-à-vis du bénéficiaire et/ou de son entourage proche selon lequel, si la rééducation multidisciplinaire n'aboutit pas au résultat escompté, l'établissement proposera l’accompagnement nécessaire à une poursuite adaptée de ce trajet à l'issue de la rééducation.

**Article 6, § 1er.** Chaque trajet de rééducation individuel est intensif et couvre une période de maximum 90 jours consécutifs ; toutefois, le nombre maximum de jours éventuellement stipulé dans la réglementation de l’entité fédérée ne peut pas être dépassé.

En aucun cas un bénéficiaire ne peut séjourner dans l'établissement plus de 90 jours par année civile.

**§ 2.** Chaque trajet de rééducation individuel comporte, outre les prestations prévues par la nomenclature des soins de santé, une rééducation quotidienne (hors week-ends et jours fériés légaux) d'au moins une heure. Ce nombre d'heures peut être composé d'au moins 30 minutes de kinésithérapie individuelle combinées à une séance collective d'exercices sous la supervision d'un kinésithérapeute pour un maximum de 8 personnes, à une séance individuelle ou collective avec un ergothérapeute pour un groupe de 8 personnes au maximum, ou à des séances avec d'autres disciplines de l'équipe multidisciplinaire.

**§ 3.** Chaque bénéficiaire peut utiliser les salles d'exercice de sa propre initiative et sans obligation, si cela est médicalement justifié dans le cadre du trajet de rééducation et donc prévu dans le plan de soins et de traitement, pendant les heures de bureau et sans supervision.

**§ 4.** Pour chaque bénéficiaire, la nomenclature applicable aux soins ambulatoires, dont la nomenclature des médecins, des praticiens de l’art infirmier, des kinésithérapeutes et des logopèdes, peut être utilisée le cas échéant.

En ce qui concerne les prestations de soins infirmiers, seules les prestations énumérées à l'article 8, § 1er, 3° (« prestations effectuées au cours d’une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l’art infirmier, soit dans une maison de convalescence ») de la nomenclature des prestations de santé peuvent être portées en compte. Les prestations visées à l'article 8, § 1er, 1°, 2°, 3°bis et 4° de cette nomenclature ne peuvent pas être portées en compte.

**§ 5**. Pour chaque bénéficiaire, le trajet de rééducation, y compris les prestations dispensées en complément de celles remboursées dans le cadre de la présente convention, est conservé dans le dossier médico-thérapeutique informatisé, qui peut être consulté par tout membre de l'équipe multidisciplinaire.

**Article 7, § 1er**. À la fin du trajet de rééducation, l’établissement transmettra le bilan final de la rééducation fonctionnelle moyennant l’accord du bénéficiaire au médecin référent, le cas échéant, et au médecin généraliste. Ce bilan doit contenir un résumé de la rééducation effectuée, mentionner les résultats acquis et fournir aux médecins concernés les éléments nécessaires pour maintenir et faire perdurer ces résultats.

**§ 2.** Ce bilan final doit être expliqué par les principaux prestataires de soins impliqués dans l'équipe multidisciplinaire de rééducation, dont un médecin, au bénéficiaire et/ou à son entourage proche.

**NATURE ET MONTANT DE L’INTERVENTION**

**Article 8, § 1er.** L'intervention définie dans le cadre de la présente convention s'ajoute à l'intervention pour les prestations qui sont portées en compte sur la base de la nomenclature des prestations de santé. L’intervention concerne notamment une partie des frais suivants :

1. L’établissement du trajet de rééducation fonctionnelle - plan de soins et de traitement ;
2. Les prestations de kinésithérapie, en complément à ce qui est prévu dans la nomenclature des prestations de santé ;
3. Les prestations d’ergothérapie ;
4. Les prestations de diététique ;
5. D’autres prestations de soins de santé de l’équipe de rééducation qui ne sont pas prévues dans la nomenclature des prestations de santé ;
6. La permanence pour les soins infirmiers ;
7. La coordination des soins de santé.

**§ 2.** L’intervention par bénéficiaire telle que visée au § 3 est portée en compte à l'organisme assureur comme suit :

1. Par bénéficiaire, un seul « mini-forfait de rééducation » tel que visé dans la présente convention peut faire l'objet d'un remboursement sur une base journalière.
2. Le mini-forfait de rééducation s’élève à 26,75 EUR par jour pour chaque jour où le bénéficiaire séjourne dans l’établissement (indice pivot 125,60 - base 2013)[[4]](#footnote-4).

**§ 3**. L'intervention n'est remboursable que pour les bénéficiaires qui sont admis dans l'établissement et y séjournent 24 heures/24 et qui ont bénéficié des interventions de rééducation visées à l'article 5, § 2, et à l'article 6, § 2.

**§ 4.** Comme cette institution relève de la compétence des entités fédérées, elle ne fait pas partie du secteur fédéral des soins de santé et les accords sociaux relatifs au secteur fédéral de la santé ne s'appliquent donc pas.

**QUOTE-PART PERSONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE**

**Article 9, § 1er.** Vu que l’intervention telle que visée à l'article 8 n’est pas une intervention dans le coût d’une admission et se limite au remboursement des prestations de soins des dispensateurs de soins et d’aide, les dispositions de l’arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l’assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ne s’appliquent pas. Pour les prestations qui sont couvertes par cette intervention, aucune quote-part personnelle n’est due par le bénéficiaire.

**§ 2.** La présente convention n’exclut pas que des interventions personnelles (tickets modérateurs) soient demandées pendant le séjour du bénéficiaire, pour autant qu'elles soient prévues dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

**INDEXATION DE L’INTERVENTION**

**Article 10**. L’intervention par admission telle que visée à l'article 8, § 2, b) est liée à l'indice pivot 125,60 (base 2013) des prix à la consommation et est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

**SUPPLÉMENTS ET RÈGLES DE CUMUL**

**Article 11**, **§ 1er.** L’établissement s’engage à ne réclamer aucun supplément aux bénéficiaires pour les prestations telles que visées à l'article 8, § 1er, ni pour les prestations de la nomenclature qu'il fournit par ses propres moyens ou par l'intermédiaire de prestataires de soins externes, en sus des honoraires fixés dans le cadre d’accords ou conventions prévus au chapitre V de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**§ 2.** Les consultations au sens de l’article 2, § 1er de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations techniques de santé au sens de l’article 3, § 1er de l’annexe à l’arrêté royal susmentionné, les prestations techniques spéciales de santé au sens de l’article 10 et suivants de l’annexe à l’arrêté royal susmentionné, ainsi que les prestations de kinésithérapie au sens de l’article 7, § 1er de l’annexe à l’arrêté royal susmentionné, les prestations de soins infirmiers au sens de l’article 8, § 1er, 3° de l’annexe à l’arrêté royal susmentionné et les prestations de logopédie au sens de l’article 36 de l’annexe à l’arrêté royal susmentionné peuvent être portées en compte à l’assurance obligatoire soins de santé le cas échéant et tenant compte des autres dispositions de la présente convention. Les prestations visées à l'article 22 de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné constituent une exception : elles ne peuvent jamais être portées en compte pendant le trajet de rééducation du bénéficiaire dans l’établissement, indépendamment de qui les dispense ou quand.

**§ 3.** Dans le cadre de la présente convention, les dispositions de l'article 4, § 9bis de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs s'appliquent également.

**§ 4.** L'établissement se réserve le droit de réclamer aux bénéficiaires, par le biais d’un supplément, les prestations dispensées par le personnel non financé par la présente convention, ni par les prestations de nomenclature telles que mentionnées à l'article 9, § 2 et à l'article 11, § 2 de la présente convention, ni par le financement des entités fédérées.

Les coûts du séjour, des repas et des boissons qui sont consommés dans l’établissement peuvent être facturés au bénéficiaire dans le respect du principe d’égalité.

**§ 5.** L'établissement s'engage à informer le bénéficiaire de manière transparente, préalablement à son admission, du coût du séjour, des factures qui seront probablement portées en compte à l'assurance maladie obligatoire selon la nomenclature et selon la présente convention, des suppléments à prévoir ainsi que des coûts du logement, des repas et des boissons.

**L’ÉTABLISSEMENT**

**Article 12, § 1er**. L'établissement figure sur la liste des établissements qui disposent chacun d'au moins 30 lits de convalescence et de rééducation fonctionnelle[[5]](#footnote-5) situés sur le même site, et qui remplissent les conditions prévues par chaque entité fédérée pour ces établissements conformément aux accords conclus dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023[[6]](#footnote-6), qui a été transmise par l’entité fédérée compétente à l’INAMI. Cette liste précise également pour chaque établissement le nombre de lits et le montant que l'entité fédérée met à disposition pour les coûts d'infrastructure et éventuellement pour les coûts de fonctionnement.

**§ 2.** L’établissement se compose de … lits. Ce nombre de lits correspond au nombre qui figure sur la liste des établissements telle que visée au § 1er.

**§ 3.** L'établissement propose les soins dans les conditions visées par la présente convention, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

**§ 4.** L'établissement dispose d'un poste de soins infirmiers, des salles nécessaires pour offrir une rééducation multidisciplinaire de qualité, telles qu'une salle d'exercice de kinésithérapie spacieuse dotée d'équipements d'exercice variés, au moins deux cabines de traitement individuelles pour les kinésithérapeutes, une salle dotée d'un équipement matériel suffisant pour des exercices d'ergothérapie, des salles de consultation pour les médecins, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens, les logopèdes, le psychologue et le travailleur social, ainsi que les locaux nécessaires pour la concertation multidisciplinaire.

**§ 5**. L'établissement reçoit un financement de l’entité fédérée pour les coûts d'infrastructure et éventuellement pour les coûts de fonctionnement, tel que convenu dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023.

**PERSONNEL**

**Article 13, § 1er.** Afin de pouvoir bénéficier du financement prévu dans cette convention, et afin de pouvoir assurer les soins et la continuité pour le groupe cible visé, l’établissement dispose d’une équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire, ainsi que d’une équipe de praticiens de l’art infirmier et d’aides-soignants. À cet effet, les deux premières unités de 30 lits doivent disposer d'une équipe de base. Pour les lits supplémentaires, une réglementation spécifique s'applique pour le nombre de membres du personnel soignant supplémentaires.

**§ 2.** Pour les deux premières unités de 30 lits, l’équipe de base se compose de 12,25 équivalents temps plein (ETP) par 30 lits et est constituée comme suit :

1. L’équipe de rééducation fonctionnelle
* 0,25 ETP médecin
* 2 ETP kinésithérapeute/ergothérapeute/logopède
* 0,25 ETP diététicien
* 1,25 ETP assistant social/travailleur social/infirmier social et psychologue, dont au moins 0,25 ETP bachelier ou master en psychologie
1. L’équipe infirmière/d’aides-soignants
* 0,5 ETP praticien de l’art infirmier en chef
* 4,5 ETP praticien de l’art infirmier
* 3,5 ETP aide-soignant

**§ 3.** A partir de la troisième unité de 30 lits, 7 ETP membres du personnel sont ajoutés à l’équipe de base, comme suit: 4 ETP praticien de l’art infirmier en chef ou praticien de l’art infirmier en chef adjoint/ praticiens de l’art infirmier / aides-soignants, 0,25 ETP médecin, 1,5 ETP kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou logopèdes, 0,25 ETP diététicien, 1 ETP bachelier ou master en psychologie/assistant social/master en pédagogie/travailleur social/infirmier social.

**§ 4.** Les conditions de financement prévues aux §§ 2 et 3 sont appliquées proportionnellement, au sein de chaque tranche de 30 lits, au nombre de lits reconnus.

**§ 5**. À tout moment, au moins un praticien de l’art infirmier doit être présent, et ce, tant en journée que pendant la nuit. Par tranche entamée de 60 lits, au moins un praticien de l’art infirmier ou un aide-soignant doit être présent pendant la nuit.

**§ 6.** L'établissement doit être en mesure de démontrer à tout moment les effectifs en personnel réels. Ce récapitulatif doit pouvoir être présenté lors de toute demande de l’INAMI ou du Collège des médecins-directeurs.

**Article 14.** Afin d'assurer la qualité de la rééducation fonctionnelle, l'établissement s'engage à toujours remplir complètement l'effectif du personnel dont l'établissement doit disposer conformément à l'article 13, § 1er.

**Article 15, § 1er**. L'établissement s'engage à rémunérer les médecins selon le barème applicable aux médecins-conseils des organismes assureurs.

**§ 2**. Si une fonction prévue à l'article 13 est remplie par un dispensateur de soins indépendant dans le cadre d'une convention d'entreprise, ses prestations sont remboursées par le biais de la nomenclature. Au maximum 15 % de l’équipe totale peut être employé comme travailleur indépendant.

**CAPACITÉ**

**Article 16**, **§ 1er.**  L'établissement ne peut jamais accueillir en même temps plus de bénéficiaires que le nombre de lits dont il dispose conformément à l'article 12, § 2.

**§ 2.** Le prix forfaitaire fixé à l'article 8 a été calculé en tenant compte d'un taux d'occupation de 70 % du nombre de lits par les bénéficiaires de la présente convention. Ce taux d'occupation de 70 % a été prévu parce qu'il tient compte de la possibilité, mentionnée à l'article 3, § 4, que, outre les bénéficiaires, d'autres personnes telles que des aidants proches, des accompagnants ou des partenaires sans problématique médicale, puissent séjourner dans l'établissement avec le bénéficiaire et occuper une partie des lits mentionnés à l'article 12, § 2, sans qu'une intervention ne puisse être facturée aux organismes assureurs pour ce séjour.

Par conséquent, la capacité de facturation annuelle de l'établissement correspond donc au nombre de lits mentionné à l'article 12, § 2, multiplié par 365 jours X 70 % = ####. L'établissement s'engage à ne jamais facturer le mini-forfait de rééducation fonctionnelle défini à l'article 8, § 2 pour les journées de rééducation fonctionnelle qui dépassent cette capacité de facturation et ce, ni aux organismes assureurs, ni aux bénéficiaires, ni à d'autres instances.

Si, en application des dispositions de l'article 27 § 4, la présente convention ne s'applique que pendant une partie de l'année au cours d’une année civile donnée, la capacité de facturation annuelle mentionnée doit être réduite proportionnellement, en tenant compte de la durée pendant laquelle la convention peut être appliquée au cours de l'année en question.

**DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES**

**Article 17, § 1er.** La rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé favorablement sur la prise en charge de la rééducation fonctionnelle de ce bénéficiaire.

Seules les journées de rééducation, telles que visées dans la présente convention, qui sont réalisées au cours de la période de rééducation fonctionnelle accordée par le médecin-conseil susvisé sont prises en considération pour le remboursement.

**§ 2.** Une demande de prise en charge de la rééducation fonctionnelle par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'établissement s'engage à transmettre avec le bénéficiaire la demande de prise en charge au médecin-conseil de l'organisme assureur.

En cas d'accord du médecin-conseil, l’intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectivement réalisées qui répondent à toutes les dispositions de la présente convention, et ce à partir de la date fixée par le médecin-conseil et au plus tôt à partir de 30 jours avant la date de réception de la demande de prise en charge par le médecin-conseil. Un accord donné est valable jusqu’à la date de fin qui y est précisée.

**§ 3.** Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire le coût des prestations réalisées et pour lesquelles l'assurance n'intervient pas en raison de l'introduction tardive de la demande visée au § 2.

**§ 4.** L’arrêté royal visé au § 2 prévoit entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge conformément à un modèle approuvé par le Comité de l’assurance. Le formulaire de renvoi visé à l’article 4 sert de rapport médical et doit être joint en annexe à ce formulaire de demande.

L'établissement s'engage à ne pas introduire de demandes qui ne répondent pas aux conditions de la présente convention.

**Article 18.** Pour chaque patient, l'établissement tient un dossier médico-thérapeutique informatisé qui donne une vue d'ensemble de tout le parcours de rééducation et doit pouvoir être consulté à tout moment par chaque discipline. Ce dossier doit comporter, pour chaque bénéficiaire, les éléments suivants: l'identification du bénéficiaire, les antécédents, le référent, la lettre de renvoi visée à l'article 4, le trajet de rééducation visé à l'article 5, les objectifs de rééducation, toutes les interventions de rééducation, les décisions des réunions d'équipe, toutes les décisions et tous les accords spécifiques pris avec le bénéficiaire et le bilan final visé à l'article 7.

**Article 19,** **§ 1er**. L'établissement s'engage à facturer l'intervention directement aux organismes assureurs au moyen d'un fichier de facturation électronique (facturation électronique obligatoire via MyCareNet).

À titre d'information, tous les montants facturés par l'établissement au bénéficiaire pour les services qui ne font pas partie de la rééducation fonctionnelle doivent également être mentionnés sur la facture.

Une copie de cette facturation doit être remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

**§ 2.** Une période de rééducation fonctionnelle autorisée par le médecin-conseil pour un bénéficiaire donné est caduque pour le reste de cette période,

* + si l’équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire décide de mettre fin au trajet de rééducation fonctionnelle ;
	+ si le bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle ambulatoire dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle relevant de la compétence des entités fédérées ;
	+ lors de l’admission du bénéficiaire dans un établissement hospitalier (hôpital)
	+ lors de l’admission du bénéficiaire dans un établissement tel que visé à l’article 34, 6°, 11°, 12° et 18° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
	+ si, pour un bénéficiaire pendant son séjour dans l'établissement, sont facturées séparément des prestations de la nomenclature des prestations de santé qui ne peuvent pas être facturées selon les dispositions de l’article 11 de la présente convention.

**Article 20.** L'établissement s'engage à tenir une comptabilité faisant apparaître l'ensemble des recettes et des dépenses résultant des activités de l'établissement, en considérant ces activités comme un poste de coûts distinct permettant de déterminer le coût desdites activités.

Dans le but d'évaluer et de poursuivre le suivi de ce système de prise en charge, le Service des soins de santé peut demander à tout moment un récapitulatif de ces données comptables et des données montrant l’occupation effective du personnel. Ces données peuvent être partagées avec les administrations concernées auprès des entités fédérées.

**RAPPORT ANNUEL**

**Article 21, § 1er.** Un rapport annuel relatif à l’année écoulée est transmis au Service des soins de santé de l’INAMI par l’établissement au plus tard le 31 mars de l’année qui suit l’année auquel il se rapporte.

**§ 2.** Le rapport annuel dont question au § 1er du présent article comporte au minimum les éléments suivants :

* Une description des bénéficiaires
	+ L’âge, le sexe, l’organisme assureur
	+ Le diagnostic principal et les comorbidités
	+ Séjour suite à : une intervention chirurgicale pendant une hospitalisation / une affection grave ayant nécessité une hospitalisation / une perte d’autonomie temporaire importante
	+ Les référents (médecin généraliste, médecin spécialiste)
	+ Le délai après hospitalisation, la durée de l’hospitalisation précédente ou patient en provenance du domicile
	+ L’échelle de Katz - éventuellement données BelRAI
	+ La durée du séjour
	+ Séjourne seul ou avec d’autres personnes (aidants proches, partenaire, partenaire malade, famille)
	+ Situations spécifiques : nutrition par sonde, stomie, interdiction de s’appuyer, hospitalisation à domicile
* Caractéristiques du trajet de rééducation fonctionnelle
	+ Quelles sont les disciplines concernées
	+ Auto-exercices ou non
	+ Prestations de nomenclature (lesquelles, combien)
	+ Objectifs atteints en matière de rééducation fonctionnelle ?
	+ Réhospitalisation ? Rechute ?
	+ Retour au domicile, au centre de soins résidentiels (MRPA/MRS), autres ?
* Caractéristiques de l’établissement
	+ Coût par journée pour le bénéficiaire : ticket modérateur nomenclature, coût du séjour, repas, boissons, autres coûts
	+ Taux d'occupation par jour
	+ Données liste d’attente : nombre, délai d’attente jusqu’à l’admission

**§ 3**. Les différents établissements qui concluent la présente convention s'engagent à enregistrer les données quantitatives du rapport annuel exactement de la même manière afin que les données des différents établissements puissent ensuite être agrégées et comparées.

Le Collège des médecins-directeurs peut toujours imposer un modèle de rapport annuel.

**§ 4.** La date à laquelle le premier rapport annuel de l’établissement est attendu dépend de la date d’entrée en vigueur de la présente convention pour l’établissement concerné. Il est attendu un premier rapport annuel pour la première année calendrier complète écoulée pendant laquelle la convention a été en vigueur.

Si la présente convention est entrée en vigueur au cours d’une année (un autre jour que le 1er janvier de l’année d’entrée en vigueur (=année X)), le premier rapport annuel attendu doit couvrir l’année complète qui suit l’année d’entrée en vigueur de la convention (année X+1) ainsi que la partie de l’année d’entrée en vigueur de la convention (partie de l’année X durant laquelle la convention est entrée en vigueur).

*Par exemple, si cette convention est entrée en vigueur le 1er juin 2025, le premier rapport annuel est attendu pour le 31 mars 2027 et doit couvrir l’année 2026 et la période du 01-06-2025 jusqu’au 31-12-2025 inclus.*

**§ 5.** Tous les rapports annuels élaborés par l’établissement respectent les obligations légales relatives à la protection de la vie privée. Ils ne contiennent que des données globalisées qui ne permettent pas d’identifier les bénéficiaires.

**EVALUATION GLOBALE**

**Article 22, § 1er.** Comme précisé au préambule de la présente convention, un rapport général d’activités est attendu par le groupe de travail multidisciplinaire interfédéral dans le cadre d’une évaluation de la présente convention.

Ce rapport d’activités doit comprendre les données agrégées issues des rapports annuels visés à l’article 21 § 1, de tous les établissements, ainsi qu’une comparaison de ces données entre les établissements. Il est élaboré par l’ensemble des établissements et transmis au groupe de travail multidisciplinaire interfédéral par l’intermédiaire du Service des soins de santé de l’INAMI. La date à laquelle ce rapport est attendu sera communiquée aux établissements ainsi que la période sur laquelle il doit porter.

Le rapport général d’activités sera également soumis au Comité de l’assurance.

**§ 2.** Le groupe de travail multidisciplinaire interfédéral évaluera l'offre de soins par le biais de séjours de convalescence et de rééducation fonctionnelle et cherchera une réponse cohérente aux besoins croissants en matière de rééducation fonctionnelle, en examinant la place des hôpitaux de rééducation fonctionnelle, des unités de rééducation fonctionnelle, des centres de séjours de convalescence et de rééducation fonctionnelle et des soins à domicile.

**INFORMATIONS**

**Article 23.** Afin de garantir la qualité de la rééducation fonctionnelle, l'établissement s'engage à informer chaque membre du personnel et chaque bénéficiaire de toutes les dispositions de la présente convention qui sont pertinentes pour qu'il puisse exercer ses fonctions dans l'établissement conformément aux dispositions de la présente convention.

**Article 24.** L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, toute information demandée en vue du contrôle du respect de la présente convention sur le plan thérapeutique et sur le plan financier ou en vue de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle. L’établissement s’engage également à permettre à tous les représentants de l’INAMI ou des organismes assureurs d’effectuer les visites qu’ils jugent utiles.

 **CONSEIL D’ACCORD**

**Article 25, § 1er.** Un Conseil d’accord est institué dans le cadre de la présente convention.

Le Conseil d’accord est un organe fonctionnel composé, d’une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l’INAMI et, d’autre part, d’un représentant de chaque centre de convalescence et rééducation fonctionnelle avec lequel la présente convention est conclue, mandaté par le pouvoir organisateur de l’établissement. Le Conseil d’accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs peut décider d’inviter d’autres organisations ou instances au Conseil d’accord si cela s’avère utile pour la discussion de certains sujets ou la réalisation de certaines missions.

**§ 2.** Le Conseil d’accord est convoqué sur décision motivée du Président. Le Président convoque en tout cas le Conseil d’accord à la demande du Comité de l’assurance.

**§ 3.** Le Conseil d’accord a les missions suivantes :

* le suivi permanent de l’application des conventions et notamment :
	+ l’application du trajet de rééducation, visé aux articles 5 à 7 inclus ;
	+ le fonctionnement des centres ;
	+ la collaboration entre les centres et les acteurs des autres lignes de soins qui sont concernés par les soins et la rééducation des bénéficiaires, entre autres les hôpitaux et médecins généralistes.
* l'évaluation des conventions sur la base des rapports annuels et/ou du rapport général d’activités visés aux articles 21 et 22 ;
* la formulation de propositions d’adaptations à la convention.

**§ 4.** Si le représentant d’un centre est absent à plusieurs reprises des réunions du Conseil d’accord, ces absences seront constatées par le Président du Conseil d’accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l’établissement auquel le centre est lié.

Si le représentant du centre reste absent, après cette constatation, cette absence sera communiquée au Comité de l’assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis visé à l’article 27, § 5.

**MESURES TRANSITOIRES**

**Article 26, § 1.** Lors du démarrage de cette convention avec un établissement, l’équipe de base doit être complète, comme stipulé à l'article 13 § 2. Une période transitoire de deux ans est prévue pour le développement ultérieur de l'équipe conformément à l'article 13, § 3, étant donné que le financement par la présente convention ne prévoit que 2,5 ETP pour 30 lits et que les normes de toutes les régions ne sont pas encore connues.

**§ 2.** Une période transitoire de deux ans est prévue pour permettre aux établissements de se conformer au dossier médico-thérapeutique informatisé et à la facturation électronique à l’organisme assureur.

**§ 3.** Les établissements pour lesquels la présente convention est entrée en vigueur avant le [premier jour du mois qui suit la date d’approbation par le Comité de l’assurance des dispositions adaptées relatives à l’évaluation de cette convention (=Y)] doivent également inclure la période entre la date d’entrée en vigueur de la convention et le [Y] dans leur rapport annuel, visé à l’article 21. Pour cette période, les données reprises dans le rapport annuel comportent au minimum les éléments suivants :

* Une description des bénéficiaires :
	+ L’âge, le sexe
	+ Le diagnostic principal et les comorbidités
	+ Séjour suite à : une intervention chirurgicale pendant une hospitalisation / une affection grave ayant nécessité une hospitalisation / une perte d’autonomie temporaire importante
	+ Les référents (médecin généraliste, médecin spécialiste)
	+ La durée du séjour
* Caractéristiques du trajet de rééducation fonctionnelle
	+ Quelles sont les disciplines concernées
	+ Prestations de nomenclature (lesquelles, combien)
	+ Réhospitalisation ? Rechute ?
	+ Retour au domicile, au centre de soins résidentiels (MRPA/MRS), autres ?

**ENTRÉE EN VIGUEUR - DURÉE**

**Article 27, § 1er.** Si la liste visée à l'article 12 a été mise à la disposition de l’INAMI par l’entité fédérée au plus tard le 30 juin 2024 et si l’établissement y figure, la convention peut entrer en vigueur à partir du 1er janvier 2024 à condition :

* qu’à partir du 1er janvier 2024 et jusqu'à la date de fin de la présente convention, l'établissement perçoive de l’entité fédérée dont l'établissement dépend, un financement pour l'infrastructure et éventuellement pour les frais de fonctionnement, comme convenu dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023,
* qu’à partir du 1er janvier 2024, l'établissement dispose du personnel visé à l'article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire de l'article 26 § 1er), et
* que le centre ait introduit sa candidature au plus tard 1 an après la réception par l’INAMI de la liste visée à l’article 12.

Si la liste visée à l'article 12 a été mise à la disposition de l’INAMI par l’entité fédérée après le 30 juin 2024 et au plus tard le 28 février 2025 et si l’établissement y figure, la convention peut entrer en vigueur à partir du 1er juillet 2024 à condition :

* qu’à partir du 1er juillet 2024 et jusqu'à la date de fin de la présente convention, l'établissement perçoive de l’entité fédérée dont l'établissement dépend, un financement pour l'infrastructure et éventuellement pour les frais de fonctionnement, comme convenu dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023,
* qu’à partir du 1er juillet 2024, l'établissement dispose du personnel visé à l'article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire de l'article 26 § 1er), et
* que le centre ait introduit sa candidature au plus tard 1 an après la réception par l’INAMI de la liste visée à l’article 12.

Si un centre n’introduit sa demande de conclusion de la convention qu’au-delà de la période de 1 an qui suit la réception de la liste de l’entité fédérée concernée par l’INAMI, la convention avec ce centre ne peut entrer en vigueur de manière rétroactive qu’au cours de la période de 6 mois qui précède la date à laquelle le centre a introduit une demande auprès de l’INAMI.

Si la liste de l’entité fédérée est transmise ultérieurement, la convention peut prendre effet au plus tôt le 1er jour du mois suivant la communication, par l’entité fédérée à l’INAMI, de la liste dans laquelle figure l'établissement, à condition que l'établissement perçoive de l’entité fédérée, au plus tard à cette date, le financement prévu pour l'infrastructure et éventuellement les frais de fonctionnement, et dispose, à cette date, du personnel visé à l'article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire prévue à l'article 26, § 1er).

Si l'établissement est mentionné sur la liste d'une entité fédérée, perçoit de cette entité fédérée le financement visé ci-dessus pour les frais d'infrastructure et éventuellement les frais de fonctionnement, mais ne dispose pas du personnel visé à l'article 13 aux dates précitées (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire visée à l'article 26, § 1er), la convention peut entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle l'établissement dispose de ce personnel. Si cette date ne correspond pas au premier jour d'un mois donné, la convention ne peut entrer en vigueur que le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la condition relative au personnel est remplie.

**§ 2.** Après avoir reçu d'une entité fédérée la liste visée à l'article 12, l’INAMI prend contact, par écrit, avec les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle mentionnés sur cette liste afin de :

* les informer du texte de la convention avec les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle approuvée par le Comité de l’assurance ;
* leur demander s'ils souhaitent conclure cette convention avec le Comité de l’assurance et, si oui, à partir de quand ;
* leur demander si, à la date d'entrée en vigueur souhaitée, ils disposent du personnel prévu par la convention :
* si un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle estime qu'il remplit les conditions de la convention en matière de personnel à la date d’entrée en vigueur souhaitée, il doit également transmettre les données demandées en matière de personnel afin de pouvoir vérifier que le centre remplit bien à cette date les dispositions de la présente convention en matière de personnel requis;
* si un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle ne remplit pas encore les conditions relatives au personnel, il doit indiquer quand il compte remplir ces conditions et transmettre les données demandées sur le personnel au moment où il pense les remplir.

**§ 3.** Dans le cas où la liste transmise par l’entité fédérée à l'INAMI contient plus de lits que le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023[[7]](#footnote-7), le montant du mini-forfait de rééducation mentionné à l'article 8, § 2, est réduit proportionnellement afin que les dépenses entraînées par la présente convention pour l’assurance soins de santé, pour les établissements mentionnés dans la liste de l’entité fédérée, n'excèdent pas les dépenses pour l’assurance soins de santé que cette convention entraînerait si le nombre de lits de l'entité fédérée correspondait au nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique le 28 juin 2023.

Le nouveau montant du mini-forfait de rééducation est alors obtenu en appliquant la formule suivante :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nouveau montant = | [Nombre de lits initial] | X [Prix selon les articles 8 et 10] |
| [Nombre de lits réel] |

où :

* le « nombre de lits initial » correspond au nombre de lits mentionné pour l’entité fédérée concernée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023
* le « nombre de lits réel » correspond au nombre total de lits mentionné dans la liste transmise par l’entité fédérée
* le « prix selon les articles 8 et 10 » correspond au montant du mini-forfait de rééducation mentionné à l'article 8 § 2 et adapté (indexé) selon les dispositions de l'article 10.

En raison de cette réduction proportionnelle du mini-forfait de rééducation, le financement réel est inférieur aux 2,5 ETP pour 30 lits visés à l'article 8, § 2 (note de bas de page) et à l'article 26, § 1er.

Dans le cas où, dans les 2 mois, un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle répond, par lettre recommandée, aux questions de l’INAMI visées au § 2 du présent article, qu'il ne souhaite pas conclure la convention avec les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle que le Comité de l'assurance a approuvée, le nombre de lits de ce centre ne sera plus pris en compte pour l'application des dispositions du présent § 3 et le nombre de lits réel sera diminué de ce nombre de lits. Si un tel centre souhaite encore conclure la convention ultérieurement, il ne pourra le faire que si le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 n'a pas encore été dépassé. Si la conclusion d'une convention supplémentaire avec ce centre conduit à un dépassement de ce nombre de lits, la réduction proportionnelle du présent § 3 ne s'applique que pour les lits de ce centre.

Les dispositions du présent § 3 ne s'appliquent pas si la liste transmise par l’entité fédérée à l’INAMI contient moins de lits que le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, ou si le nombre de lits venait à être inférieur au nombre prévu pour l’entité fédérée en raison du fait que certains centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle ne souhaitent pas conclure la convention. Le montant mentionné à l'article 8, § 2, qui est adapté (indexé) conformément aux dispositions de l'article 10, ne peut jamais être augmenté proportionnellement.

**§ 4.** Compte tenu des dispositions de la présente convention, et en particulier :

* l’établissement figure sur la liste telle que visée à l’article 12 ;
* l'établissement perçoit, au plus tard à partir de la date d’entrée en vigueur de la convention et jusqu’à la date de fin de la présente convention, un financement de l’entité fédérée dont il dépend pour les infrastructures et éventuellement les frais de fonctionnement, comme convenu lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 ;
* l’établissement dispose du personnel visé à l’article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire visée à l’article 26 § 1er),
* les dispositions du § 1er,
* [SI D’APPLICATION] l'application des dispositions du § 3, étant donné que dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, pour l’entité fédérée qui a inscrit l'établissement sur sa liste, seul un total de ### lits est prévu pour tous les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle de cette entité fédérée, alors que le « nombre réel de lits » spécifié dans la liste transmise par l’entité fédérée s'élève au total à #### lits (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle qui figurent sur la liste de l’entité fédérée mais ne souhaitent pas conclure la convention avec le Comité de l'assurance),
* [SI D’APPLICATION] le constat que pour l'entité fédérée qui a inscrit l'établissement sur sa liste, les dispositions du § 3 ne s'appliquent pas,

la présente convention entre en vigueur le ######.

[SI D’APPLICATION] et, par dérogation aux dispositions de l'article 8 § 2, le montant du mini-forfait de rééducation s’élève à ### € par jour pour chaque jour durant lequel le bénéficiaire séjourne dans l'établissement (indice pivot 125,60 - base 2013). Ce montant est adapté conformément aux dispositions de l'article 10.

**§ 5.** La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2029 inclus. Toutefois, elle peut toujours être dénoncée par une des deux parties, par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

**§ 6.** La présente convention prend fin de plein droit au moment où l’entité fédérée à laquelle appartient l’établissement décide de supprimer cet établissement de la liste visée à l’article 12, ou si l’entité fédérée ne respecte plus ses engagements financiers.

**§ 7.** Si, pour une entité fédérée donnée, des conventions ont déjà été conclues avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle, conformément à la liste visée à l'article 12 que cette entité fédérée a transmise, et que la liste transmise par cette entité fédérée (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle qui ne souhaitent pas conclure la convention) atteint ou dépasse le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, le Comité de l'assurance n'est en aucun cas tenu de conclure des conventions supplémentaires avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle pour cette entité fédérée si cette dernière devait ultérieurement transmettre une nouvelle liste sur laquelle figurent des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires. Le Comité de l’assurance n’y est pas tenu, en raison, d'une part, du cadre budgétaire prévu au sein de l'assurance soins de santé pour la conclusion de conventions avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle et, d'autre part, des dispositions du § 5 du présent article, selon lesquelles la présente convention reste d'application jusqu'au 31 décembre 2029 (sauf si la présente convention est dénoncée en application du § 5 du présent article ou si les dispositions du § 6 du présent article sont d'application), à la suite de quoi les dispositions du § 3 du présent article ne peuvent pas être appliquées. Même si l’entité fédérée devait ultérieurement transmettre une nouvelle liste dans laquelle le nombre de lits de certains centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention était adapté, le Comité de l'assurance ne serait pas obligé, au moins en partie pour les mêmes raisons, de tenir compte de ce nombre de lits adapté.

Si, pour une entité fédérée donnée, aucune convention n'a encore été conclue avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle et que cette entité fédérée transmet une liste, telle que visée à l'article 12, qui n'atteint pas le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires qui figurent sur une nouvelle liste transmise ultérieurement par l’entité fédérée peuvent entrer en ligne de compte pour la conclusion de la présente convention pour autant que le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 ne soit pas dépassé. Si ce nombre devait néanmoins être dépassé, cela n'affecterait pas les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle avec lesquels des conventions ont déjà été conclues antérieurement (conformément à la liste transmise précédemment par l’entité fédérée) mais la procédure prévue au § 3 du présent article pourra être appliquée aux centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires repris dans la liste envoyée ultérieurement. Le nouveau montant du mini-forfait de rééducation pour ces centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires est alors obtenu en appliquant la formule suivante :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nouveau montant = | [Nombre de lits restants] | X [Prix selon les articles 8 et 10] |
| [Nombre réel de lits supplémentaires] |

où :

* le « nombre de lits restants » correspond au nombre de lits prévu pour l’entité fédérée en question compte tenu des accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, moins le nombre de lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle de cette entité fédérée mentionnés sur la (les) liste(s) fournie(s) antérieurement par l’entité fédérée (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle qui ne souhaitent pas conclure la convention)
* le « nombre réel de lits supplémentaires » correspond au nombre de lits supplémentaires des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires mentionnés sur la liste transmise ultérieurement par l’entité fédérée (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires qui ne souhaitent pas conclure la convention)
* le « prix selon les articles 8 et 10 » correspond au montant du mini-forfait de rééducation mentionné à l'article 8 § 2 et adapté (indexé) selon les dispositions de l'article 10.

Fait à Bruxelles le ##### et signé électroniquement par :

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle, | Pour le Comité de l'assurance soins de santé,Le Fonctionnaire Dirigeant,Mickaël DAUBIEDirecteur général des Soins de santé |

1. Besoin en rééducation: degré de déclin dans le développement, l'indépendance et la fonctionnalité d'une personne en raison d'un problème physique. [↑](#footnote-ref-1)
2. Potentiel de rééducation: la mesure dans laquelle le niveau de développement, d’indépendance et de fonctionnement chez la personne peut s’améliorer par le biais d’une approche multidisciplinaire active. [↑](#footnote-ref-2)
3. Capacité de rééducation : la mesure dans laquelle une personne est en mesure, physiquement et psychiquement, de suivre un programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire actif. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ce forfait couvre le coût de 2,5 ETP par 30 lits. [↑](#footnote-ref-4)
5. À l'exception de l'établissement relevant de la compétence de la Communauté germanophone où un maximum de 10 lits est couvert par l'application de la présente convention à condition que, pour assurer une continuité minimale des soins, ces lits soient intégrés dans un établissement de soins d'au moins 30 lits sur le même site. Cet établissement de soins dispose au minimum de l’équipe de base telle que visée à l’article 13 § 2. [↑](#footnote-ref-5)
6. Au sein d'un nombre maximum de lits par entité fédérée (Flandre : 730, Bruxelles : 130, Wallonie : 382, Communauté germanophone : 10) et dans le cadre de l'ancrage du principe de cofinancement, selon lequel les moyens mis à disposition le sont simultanément et pour la même durée par le gouvernement fédéral et les entités fédérées. [↑](#footnote-ref-6)
7. Flandre : 730 lits, Bruxelles : 130 lits, Wallonie : 382 lits, Communauté germanophone : 10 lits. [↑](#footnote-ref-7)