

PSY 2003

Institut national d'assurance
maladie-invalidité

Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 73.94
psy@inami.fgov.be



Service des soins
de santé

CONVENTION ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES PSYCHIATRIQUES ET LES ORGANISMES ASSUREURS. TEXTE COORDONNE au 9 novembre 2012

1. Premier avenant (27 mai 2008) entre en vigueur le 01/07/2008 :

A partir du 1^{er} juillet 2008, une indemnisation est prévue pour le transport de patients admis dans un hôpital psychiatrique et qui doivent subir, dans un hôpital général ou dans un service collectif d'autodialyse, soit un traitement chimiothérapique ou un traitement par radiations soit une hémodialyse chronique ou une dialyse péritonéale.

Pour la facturation de cette indemnité via support électronique, le code 761946 doit être mentionné dans le record-type 30 zone 4, le montant en zone 19 et le nombre de kilomètres en zone 22.

Sur la note d'hospitalisation ces données sont reprises dans la rubrique « frais de séjour ».

2. Deuxième avenant du 9 novembre 2012 en vigueur le 1/1/2013

Le texte de la convention nationale du 23 juin 2003 entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs concernant la prise en charge du coût de la postcure de ré-éducation fonctionnelle était ambigu et posait donc des problèmes d'interprétation.

La Commission de conventions a abouti le 9 novembre 2012 à un consensus concernant cette problématique et a conclu un avenant stipulant qu'à partir du 1er janvier 2013, la durée maximum peut être de 3 heures par jour de postcure.

PREAMBULE

1. Le montant forfaitaire de 0,8 euros stipulé dans l'article 4, § 3, deuxième alinéa représentant l'intervention personnelle à charge du patient dans les coûts de sa consommation de médicaments doit être suivi de manière continue par un groupe de travail de la Commission de conventions à créer à cet effet. Ce groupe de travail examinera également le problème de la continuité dans la délivrance de médicaments aux bénéficiaires qui sont soit partiellement hospitalisés ou absents de l'établissement où ils séjournent normalement au cours d'une période d'hospitalisation.
2. La Commission de convention a pris connaissance des objectifs de le "Protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées dans les articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de développement de soins de santé mentaux intégrés".

Elle estime que les services hospitaliers psychiatriques et les hôpitaux psychiatriques seront à l'avenir concernés par l'exécution du protocole d'accord précité et plus particulièrement par les expériences concernant le groupe cible "enfants et jeunes".

Dans le cadre de la participation à ces expériences, les établissements devront pouvoir déroger aux dispositions prévues dans cette convention. Concernant l'élaboration expérimentale du programme de soins "groupe cible enfants et jeunes" les lacunes existantes dans l'offre de soins doivent être comblées.

La Commission de conventions propose plus spécifiquement que des moyens financiers complémentaires seront prévus pour :

- les équipes de liaison multidisciplinaires ;
- le module postcure.

Ces propositions se rattachent à la revalorisation des honoraires médicaux pour les missions de soins précitées.

Article premier.

La présente convention définit les rapports entre les établissements et services psychiatriques, les organismes assureurs et les bénéficiaires tels qu'ils sont prévus dans l'article 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 2.

§ 1^{er}. Le paiement du montant par admission dans une section psychiatrique d'un hôpital général, tel qu'il est fixé par le Ministre compétent, est dû pour toute première journée d'hospitalisation qui comporte au moins une nuit, à savoir une admission qui commence avant minuit et qui se termine après 8 heures le lendemain. Ce montant par admission n'est pas dû pour une admission dans un hôpital psychiatrique.

Le paiement du montant par journée d'entretien, tel qu'il est fixé par le Ministre compétent, est dû pour chaque journée d'hospitalisation qui comporte au moins une nuit, à savoir une journée qui commence avant minuit et qui se termine après 8 heures le lendemain.

Le jour d'admission et le jour de départ sont comptés ensemble comme un jour d'hospitalisation, sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réunies: admission d'un bénéficiaire avant 12 heures le jour de son admission et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de son départ.

Cependant, lorsqu'un bénéficiaire décède le jour de son admission, le paiement d'une journée d'hospitalisation est dû tant en ce qui concerne le montant par admission que le montant par journée d'entretien dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux et le montant par journée d'entretien dans les hôpitaux psychiatriques.

§ 2. L'admission dans un service agréé d'hospitalisation de jour requiert la prise en charge du malade pour traitement, sous surveillance directe du service, pendant une durée de sept à huit heures minimum de jour.

L'admission dans un service agréé d'hospitalisation de nuit requiert la prise en charge du malade pour traitement, sous surveillance directe du service, au moins de 19 heures à 6 heures.

§ 3. Par dérogation au § 1^{er}, un prix par paramètre d'activité tel que visé à l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qui est fixé par le Ministre compétent est dû en cas de placement familial psychiatrique (indice Tf) comme prévu à l'arrêté royal du 10 avril 1991, article 1^{er}, § 1^{er}.

§ 4. Par dérogation au § 1^{er}, même si la durée de l'hospitalisation est inférieure au nombre d'heures fixé pour toute admission partielle, pour toute admission dans le Service 37 (A) d'un établissement psychiatrique, soit d'urgence pour des raisons psychiatriques, soit pour l'administration d'anti-dépressifs par perfusion, une intervention égale à 50 % du prix par paramètre d'activité tel que prévu dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Un rapport motivé destiné au médecin-conseil justifie cette admission.

Article 3.

§ 1^{er}. Lorsque pour certains bénéficiaires qui ont séjourné dans un établissement psychiatrique, il s'avère nécessaire d'organiser une postcure de rééducation fonctionnelle, un montant forfaitaire journalier de 27 EUR (indice pivot : 111,67 – base 1996 = 100) est dû par journée effective de postcure de rééducation fonctionnelle qui débute dans le mois qui suit une période d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique d'une durée d'au moins deux semaines.

Par journée de postcure effective, il y a lieu d'entendre un traitement de rééducation fonctionnelle ininterrompu d'au moins trois heures dans les locaux de l'établissement psychiatrique; cette durée de traitement peut cependant être suspendue pour la prise d'un repas.

La postcure peut s'étendre sur une période de trois mois au maximum. La demande doit en être faite au moyen d'un document dont le modèle est déterminé par la Commission de convention qui doit être adressé au médecin-conseil de l'organisme assureur avant le début de la postcure.

Pour autant que les mêmes conditions soient remplies, une seule prolongation de trois mois au maximum peut être accordée.

A la fin de la postcure, l'établissement est tenu de transmettre au médecin-conseil de l'organisme assureur un rapport médical sur les résultats obtenus.

Modifié par 2^{eme} avenant du 9/11/2012 en vigueur le 1/1/2013

§ 2. Toutefois, à titre expérimental, le médecin-conseil peut déroger aux conditions prévues au § 1, 2^{ème} et 3^{ème} alinéas, pour une postcure de rééducation. A cet effet, l'établissement psychiatrique doit introduire, auprès du médecin-conseil, une demande dans laquelle le médecin traitant motive sur la base du programme thérapeutique proposé les raisons pour lesquelles il y a lieu d'organiser une forme spécifique de postcure pour un patient individuel ou pour un groupe de patients. Dans le cas précité, la postcure est remboursée à raison d'une intervention de 9 EUR (indice pivot : 111,67 – base 1996 = 100) par patient et par heure de postcure prestée et ce pour un maximum de 3 heures par jour de postcure.

Article 4.

§ 1. Les montants prévus dans l'article 2 sont dus pour les bénéficiaires admis en chambre commune.

§ 2. Lorsque le bénéficiaire a exigé d'être hospitalisé dans une chambre à deux lits ou dans une chambre à un lit, sans que son état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent, un supplément peut être porté en compte pour chaque journée d'hospitalisation facturable dans les conditions citées à l'article 2.

Ce supplément ne peut être porté en compte que dans les conditions prévues à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 3. L'établissement psychiatrique porte en compte les spécialités pharmaceutiques conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés.

Toutefois, par dérogation à l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le montant forfaitaire de 0,62 EUR, majoré conventionnellement de 0,18 EUR, soit 0,80 EUR, qui doit être pris en charge par le patient, couvre tant l'intervention personnelle dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables que le coût des spécialités pharmaceutiques non remboursables.

Ce montant est valable pour la durée de la convention. Cependant, il peut être revu sur la base des propositions formulées par un groupe de travail constitué dans ce but au sein de la Commission de convention.

Dans le cadre d'une hospitalisation dans un service de jour et de nuit (A, T, K – 37, 41, 34), dans le cadre des services psychiatriques "Placement familial" (TF, TP – 44, 45) ou dans le cadre de la Psychogériatrie SP, ce montant est dû pour chaque jour civil à partir du jour de l'admission jusque et y compris le jour de sortie.

En cas d'absence au cours d'une période d'hospitalisation, l'établissement est tenu d'assurer, dans les limites imposées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, la continuité de la fourniture de produits pharmaceutiques au bénéficiaire.

L'établissement psychiatrique est cependant tenu de mentionner pour mémoire sur la facture individuelle, la nature, la quantité et le montant des spécialités pharmaceutiques non remboursables qui ont effectivement été administrées.

§4 inséré par 1^{er} avenant du 27/05/2008 en vigueur au 01/07/2008.

§4. Pour des bénéficiaires admis dans un hôpital psychiatrique qui doivent, dans un hôpital général ou un service collectif d'autodialyse :

1° soit suivre un traitement (traitement chimiothérapique, traitement par radiations) comme prévu à l'article 1^{er}, 1° et 2°, de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

2° soit subir une hémodialyse chronique ou une dialyse péritonéale comme prévu à l'article 1^{er} et article 4, §1^{er}, de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71 bis §§ 1^{er} et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

l'établissement hospitalier peut porter en compte à l'organisme assureur, pour les frais de voyage aller-retour, une indemnité à raison de 0,25 EUR par km sur la base de la distance réelle entre l'hôpital psychiatrique et le service spécialisé de l'hôpital où il suit son traitement, avec un maximum de deux fois trente kilomètres, en sus de l'intervention prévue au budget des moyens financiers visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux."

Article 5.

§ 1. Peuvent être octroyés aux bénéficiaires hospitalisés dans un service psychiatrique des séjours en camps de vacances collectifs, organisés et dirigés par les établissements et sous la responsabilité de ceux-ci. Dans ce cas, l'établissement porte en compte à l'organisme assureur le remboursement égal au prix par paramètre d'activité tel que visé à l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, diminué de l'intervention personnelle à porter en compte à charge du bénéficiaire.

Un camp de vacances collectif ne peut durer plus de deux semaines ni avoir lieu à la fin de l'hospitalisation.

§ 2. Des absences à visée thérapeutique d'une durée maximale de 14 jours consécutifs peuvent être octroyées aux bénéficiaires hospitalisés. Ces journées d'absence ne peuvent pas se situer en fin d'admission et ne sont pas portées en compte par l'établissement à l'organisme assureur du bénéficiaire ni au bénéficiaire lui-même.

§ 3. Les établissements doivent tenir à jour un fichier dans lequel sont repris, par patient, tous les jours d'absence au cours d'une période d'hospitalisation.

Article 6.

Sous réserve des dispositions de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, tant le budget des moyens financiers prévu dans l'article 87 de la même loi que les montants prévus dans l'article 4 couvrent de manière forfaitaire tous les frais résultant du séjour du bénéficiaire dans l'établissement et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'hôpital.

Dans ces montants ne sont pas compris les frais des spécialités pharmaceutiques, ni les honoraires des dispensateurs de soins relatifs aux prestations de santé énumérées ci-après :

- a) les soins courants et les prestations techniques de diagnostic et de traitement donnés par les médecins généralistes et les médecins spécialistes;
- b) les prestations d'obstétrique faites par une accoucheuse comme fixées à l'article 9, a) de la nomenclature des prestations de santé;
- c) la fourniture de lunettes et autres prothèses de l'oeil, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques et autres prothèses et d'implants; prestations visées aux chapitres VI et IX de la nomenclature des prestations de santé et les biens de consommation médicaux, les produits de soins et les petits instruments qui figurent sur la liste visée à l'article 13,4° de l'arrêté royal du 25 avril 2002 susmentionné;
- d) tous les soins et autres prestations relatifs à la rééducation fonctionnelle et la réadaptation professionnelle, dispensés dans le cadre d'une convention conclue avec le Comité de l'assurance;
- e) les soins dentaires effectués par un spécialiste en stomatologie (DR) ou par d'autres praticiens comme mentionné à l'article 4, § 1 et les prestations qui y sont liées comme stipulé à l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé.
- f) les prestations telles que visées au chapitre III, section 3 de la nomenclature des soins de santé, pour autant qu'elles ne font pas partie du traitement psychiatrique, et sont prescrites par le médecin spécialiste traitant autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie.

Article 7

§ 1^{er}. L'établissement s'engage à ne pas facturer au patient d'autres frais que :

- a) les frais prévus à l'article 4, §§ 2 et 3;
- b) les frais prévus à l'article 6;

- c) les produits et services n'ayant pas d'indication médicale stricte, qui sont demandés par le patient ou son représentant et qui ne sont pas davantage couverts par le prix de la journée d'entretien. Lors de l'hospitalisation, la liste de ces produits et services, qui comporte également les tarifs à facturer pour ces derniers, est portée à la connaissance du patient ou de son représentant.

Pour la fourniture de produits et services et les tarifs à facturer pour ceux-ci, qui ne figurent pas sur ladite liste, l'accord préalable écrit du patient ou de son représentant est exigé.

La facturation de ces produits et services au patient est faite exclusivement au moyen de la facture sous la rubrique «frais divers».

§ 2. Pour tout le matériel médical et paramédical, il convient de se référer à la législation et à la réglementation existantes du Service public fédéral Santé publique, Sécurité alimentaire et Environnement et/ou de l'INAMI.

Dans les limites de sa compétence, l'établissement s'engage à instaurer la plus grande transparence vis-à-vis du patient en ce qui concerne ces produits. A cet effet, la liste visée au § 1^{er}, c), comportera un alinéa qui incite le patient à s'informer le plus complètement possible sur ces produits.

Article 8.

§ 1^{er}. En cas de transfert du bénéficiaire vers un autre service de l'hôpital, et sans préjudice des dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'établissement adresse dans les trois jours ouvrables à l'organisme assureur une notification de changement de service conforme au modèle établi par le Comité de gestion du Service des soins de santé, sur la proposition de la Commission de convention.

§ 2. . Est en vigueur, pour l'application de ce régime du tiers payant, la réglementation telle que prévue à l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 34^{quater}, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Pour autant que la facture trimestrielle soit introduite au plus tard le 20 du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elle se rapporte, l'organisme assureur verse à l'établissement, moyennant introduction par ce dernier au plus tard le 15 du deuxième mois du trimestre précité d'une facture provisoire qui sert de note d'échéance, une somme égale à la moitié du montant de la facture trimestrielle susvisée. L'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 1^{er} du troisième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi versée est déduite du montant porté en compte sur la facture immédiatement postérieure.

§ 3. La mise au travail du patient en cours d'hospitalisation doit être notifiée à l'organisme assureur à l'aide du document réglementaire établi par le Comité de gestion du Service des soins de santé.

§ 4. L'admission d'un bénéficiaire venant d'un autre service psychiatrique du même établissement est considérée comme une continuation de l'hospitalisation.

§ 5. Pour l'application de la réglementation relative au régime du tiers payant visée au § 2, les bénéficiaires visés à l'article 3 sont considérés comme des patients hospitalisés dans l'établissement.

Article 9.

L'établissement s'engage à fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des frais afférents à l'hospitalisation et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière.

Article 10.

L'établissement s'engage à permettre aux médecins-conseils des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

Article 11.

§ 1^{er}. En cas de dépassement des prix et montants prévus à la présente convention nationale, l'établissement hospitalier qui y a adhéré est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement avec un minimum de 125 EUR.

§ 2. En cas d'infractions autres que celles prévues au § 1^{er}, l'établissement hospitalier ou l'organisme assureur est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 EUR par infraction.

§ 3. Les sanctions prévues aux §§ 1^{er} et 2 de cet article sont prononcées par la Commission de convention.

Article 12.

L'objectif budgétaire pour les prestations visées à l'article 2, § 4 et à l'article 3 est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Dès qu'un dépassement significatif ou un risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire est constaté, en application de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mesures de correction suivantes sont appliquées :

- par priorité, des mesures sélectives, telles que notamment la révision des dispositions prévues à l'article 2, § 4 et à l'article 3 de la présente convention;
- à défaut de la possibilité de mesures sélectives, ou en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction linéaire immédiate et automatique des interventions prévues à l'article 2, § 4 et à l'article 3. Cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement. La somme des pourcentages de réduction appliqués au cours d'une même année civile ne peut dépasser 5 % des montants susmentionnés.

L'application des mesures de correction visées à l'alinéa 2 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.

Article 13.

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} juillet 2003.

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2005.

Elle est tacitement reconductible d'année en année, sauf dénonciation avant le 1^{er} novembre au moyen d'une lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, faite par au moins trois quarts des membres d'un des deux groupes représentés au sein de la Commission de convention chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers ; il en résulte que la convention expire à partir du 1^{er} janvier suivant cette dénonciation.

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

L'adhésion à la convention peut également être dénoncée par chaque établissement séparément avant le 1^{er} novembre par lettre recommandée ; dans ce cas, l'établissement en question n'adhère plus à la convention à partir du 1^{er} janvier suivant sa dénonciation.

Article 14.

Par dérogation aux dispositions de l'article 13, l'adhésion à la présente convention d'un établissement hospitalier nouvellement agréé ou d'un établissement hospitalier qui fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion, entre en vigueur à partir du premier jour du mois qui suit celui de la notification au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion à la présente convention par l'établissement concerné, excepté lorsque l'adhésion s'effectue dans les 30 jours suivant la réception de la présente convention par l'établissement hospitalier. Dans ce cas, l'adhésion entre en vigueur à partir de la date d'agrément, de la date de reprise ou de la date de fusion.

Fait à Bruxelles, le 23 juin 2003.

Pour les associations d'établissements
hospitaliers,

Pour les organismes assureurs,