

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/01 – 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION

**ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
ET «ADMINISTRATIEVE_COORD»,
POUR LE PROJET DE SOUTIEN AUX PERSONNES
AYANT DES BESOINS COMPLEXES DE SOINS ET D'AIDE
«PROJ_NAAM», à «STAD»**

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

Sur proposition des Commissions de conventions infirmiers – organismes assureurs et MRS/MRPA – organismes assureurs,

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part, le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part, le/la «ADMINISTRATIEVE_COORD», pour le projet de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide «PROJ_NAAM», à «ADRESS», «CP» «STAD».

1. PRÉAMBULE

La présente convention détermine les modalités d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût de prestations de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins. L'intervention de l'assurance est accordée pour des prestations qui sont dispensées à des personnes, nommées bénéficiaires de la convention, ayant perdu leur autonomie, en raison d'affections chroniques nécessitant des soins complexes qui ne sont remboursés d'aucune autre manière par l'assurance obligatoire soins de santé, et qui sont nécessaires notamment pour augmenter la qualité de vie de la personne, pour permettre la dispensation en temps opportun de soins adéquats et de bonne qualité, en utilisant au mieux les ressources disponibles, et pour postposer ou éviter, autant que possible, la nécessité d'héberger la personne dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

Cette convention est uniquement conclue avec les institutions / services ayant adhéré à la convention de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide avec le Comité de l'assurance, à laquelle il sera mis fin le 28 février 2021.

Les prestations prévues par cette convention font partie du programme global de soins dispensé au bénéficiaire et à son aidant¹ par l'ensemble du réseau de soins constitué autour d'eux.

Dans la présente convention, le terme « *soin* » désigne tout type de soins, d'aides et de services qui s'adressent aux personnes âgées en perte d'autonomie, sauf en cas de limitation explicite aux soins médicaux. Le terme "Équipe de soins" est défini comme tout prestataire individuel d'aide et de soins participant activement aux soins et à l'aide d'un bénéficiaire.

2. Table des matières

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉAMBULE	1
2. Table des matières	2
3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	3
4. OBJECTIFS DES PRESTATIONS	4
5. NATURE DES PRESTATIONS	4
5.1. Définition des prestations	4
5.2. Dispensation des prestations	7
5.2.1. Dispositions générales – période de dispensation des prestations	7
5.2.2. Nombres de prestations remboursables	8
5.2.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »	10
5.2.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »	11
5.2.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »	12
6. FONCTIONS FINANCÉES PAR LA CONVENTION	12
7. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS	13
7.1. Principes	13
7.2. Montants d'intervention de l'assurance	14
7.3. Nombres maximums de prestations remboursables	15
7.4. Modalités de facturation des prestations	16
7.5. Règles de cumul	16
8. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION	17
8.1. Dossier patient individuel	17
8.2. Informations relatives à l'application de la convention	17
8.2.1. Informations destinées aux bénéficiaires	17
8.2.2. Informations destinées à l'INAMI et aux organismes assureurs	18
8.3. Procédure d'évaluation	19
8.4. Evaluation et monitoring	19
9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GÉNÉRALES	19
10. DISPOSITIONS TRANSITOIRES	20
11. VALIDITÉ DE LA CONVENTION	21

¹ On entend par « aidant », l'« aidant proche » ou l'« aidant informel » du bénéficiaire.

3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Article 1) Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé qui remplit les conditions² suivantes, à la date de début de la période de réalisation des prestations :

1. Il/Elle a au moins atteint l'âge de 60 ans.
2. Il remplit les conditions spécifiques suivantes, selon le type de prestations :
 - 2.1. *Case management*. Les trois conditions suivantes sont remplies :
 - 2.1.1. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 .
 - 2.1.2. L'organisation des soins destinés au bénéficiaire est peu efficace, parce que le bénéficiaire et son aidant ne sont pas en mesure de se représenter eux-mêmes de manière optimale (en raison d'une perte d'autonomie décisionnelle, de la complexité des soins requis, ou de difficultés au sein du réseau de soins) et parce que la fonction de coordination de soins et d'aide (article 11)) n'est temporairement pas remplie.
 - 2.1.3. Le bénéficiaire présente une maladie neurodégénérative et/ou des limitations des aptitudes globales caractérisées par un score AVQ ≥ 3 et/ou un score CPS ≥ 3 .
 - 2.2. *Suivi ergothérapeutique*. Le bénéficiaire remplit les deux conditions suivantes :
 - 2.2.1. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 et/ou un score CPS2 ≥ 2 et/ou un score AVQ ≥ 3
 - 2.2.2. Il remplit au moins une des deux conditions suivantes :
 - 2.2.2.1. Il présente un risque accru de chute, objectivé par au moins une chute durant les 30 derniers jours³.
 - 2.2.2.2. Son domicile ou son lieu de séjour doit être adapté pour augmenter son autonomie et sa sécurité, et il a la capacité et le souhait d'y séjourner pendant au moins 6 mois, à compter du début de la période.
 - 2.3. *Suivi psychologique*. Le bénéficiaire remplit les deux conditions suivantes :
 - 2.3.1. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 et/ou un score ≥ 1.5 dans l'échelle 'Troubles psychiques' et/ou un score positif (≥ 1) dans au moins 1 des 5 derniers items dans l'échelle 'Troubles du comportement' (BelRAI Screener);
 - 2.3.2. Il remplit au moins une des deux conditions suivantes :
 - 2.4.2.1. Lui ou son aidant demande à bénéficier d'un suivi psychologique.
 - 2.4.2.2. Il refuse des soins qui lui sont prescrits et qui sont nécessaires à la préservation de son intégrité physique et/ou mentale.

² Dans l'énoncé de ces conditions, les acronymes renvoient aux échelles suivantes du BelRAI Screener et du BelRAI HC :

- AIVQ : échelle G1 – Performance et capacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.
- AVQ : échelle G2 – Performance pour les activités de la vie quotidienne.
- CPS [cognitive performance scale] : module 3, échelles M3.1 à M3.4 – Troubles cognitifs.
- CPS2 [cognitive performance scale2]
- Troubles du comportement
- Troubles psychiques

³ Voir le BelRAI HC, section J, question 2, pour la définition de cet item.

4. OBJECTIFS DES PRESTATIONS

Article 2) Les prestations dispensées à un bénéficiaire en application de la présente convention visent les objectifs suivants :

1. Augmenter ou stabiliser son autonomie, ou en ralentir la perte.
2. Augmenter ou stabiliser sa qualité de vie et celle de son aidant, ou en ralentir la perte.
3. Garantir la dispensation en temps opportun de tous les soins utiles.
4. Eviter les recours inadéquat aux soins de santé (soins infirmiers, médecine de garde, urgences ou hospitalisations évitables...)
5. Prévenir les situations de crise.

Elles permettent ainsi à certains bénéficiaires de vivre plus longtemps à domicile ou au domicile d'un proche, hors d'un milieu institutionnel tel qu'un établissement de soins de santé ou une maison de repos...

Pour un bénéficiaire dont l'institutionnalisation définitive devient nécessaire au cours d'une période de dispensation des prestations, celles-ci peuvent avoir pour objectif de préparer cette institutionnalisation, en concertation avec l'aidant du bénéficiaire et les intervenants du réseau.

5. NATURE DES PRESTATIONS

5.1. Définition des prestations

Article 3) Les prestations prévues par la présente convention sont réparties, selon leur type

- en *module initial*,
- *case management*,
- *ergothérapie*, et
- *suivi psychologique*.

Pour le case management, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant), et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Pour l'ergothérapie et le suivi psychologique, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant)
- en *sessions de groupe* (actes réalisés en présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants), et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Tableau 1 : Prestations de la convention

Module initial			
	En présence du bénéficiaire et/ou de son aidant	En présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants	En l'absence du bénéficiaire et de son aidant
Case management	Séance de case management		Support du case management
Ergothérapie	Séance d'ergothérapie	Session de groupe ergothérapie	Support de l'ergothérapie
Suivi psychologique	Séance de suivi psychologique	Session de groupe suivi psychologique	Support du suivi psychologique

Article 4) Le module initial est facturable, si la personne répond aux conditions de remboursement de l'intervention case management, de l'ergothérapie et / ou du suivi psychologique décrites à l'article 1 et si les actions suivantes ont été menées.

Actions au sein du module initial :

- Le recueil de l'information pertinente auprès du bénéficiaire, de son aidant, de ses dispensateurs de soins, des éventuels coordinateur de soins et référent hospitalier..., en ce compris les preuves qu'il répond à la définition des bénéficiaires pour les prestations souhaitées, ainsi que l'information issue du dossier patient et des outils informatiques appropriés, tels que les formulaires et échelles de toutes les sections du BelRAI HC, et l'information contenue dans le ou les plans de soins préalablement établis.
- Les actes préparatoires à la réalisation des prestations prévues par la convention, en faveur d'un bénéficiaire répondant aux conditions de l'article 1).
- L'explication et le remplissage du formulaire de consentement éclairé, par lequel le bénéficiaire et son aidant donnent leur accord pour l'utilisation de leurs données personnelles anonymisées, dans la procédure d'évaluation visée au point 8.3. Les prestations prévues par la présente convention ne peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance que si le bénéficiaire et le cas échéant son aidant donnent leur accord et complètent le formulaire de consentement éclairé.

Article 5) Les activités réalisées en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant sont nommées *séances de case management*, *séances d'ergothérapie*, et *séances de suivi psychologique*.

Elles sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes, avec un minimum de 2 unités et un maximum de 4 unités au cours de la même journée, de sorte qu'une séance dure une heure, une heure et demie, ou deux heures, et compte pour 2, 3 ou 4 unités de facturation.

Chaque séance exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 15), face à un seul bénéficiaire et/ou à son aidant. La séance n'est jamais dispensée sous la forme de séances de groupe, à plusieurs bénéficiaires ou aux proches de plusieurs bénéficiaires simultanément.

La séance se déroule au domicile du bénéficiaire ou au domicile de l'aidant ou d'un proche. Par exception, une seule séance d'ergothérapie, une seule séance de suivi psy-

chologique et deux séances de case management par période (article 9)) peuvent se dérouler dans l'hôpital où le bénéficiaire est hospitalisé, si les conditions prévues à l'article 26, point 4, sont remplies.

Les activités réalisées en présence simultanée de plusieurs bénéficiaires et/ou de plusieurs aidants sont nommées *sessions de groupe d'ergothérapie* et *sessions de groupe de suivi psychologique*. Ces sessions de groupe sont organisées pour un minimum de 4 participants et un maximum de 8 participants.

Elles sont réalisables et facturables par une seule unité de 30 minutes au cours de la même journée par participant, de sorte qu'une session compte pour 4 à 8 unités de facturation en fonction du nombre de participants.

Chaque session de groupe exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 15. La session de groupe se déroule dans un espace collectif (MRS, MRSA, maison de quartier, ...)

En raison de la crise de Covid-19, les séances de *case management* et de *suivi psychologique* peuvent être réalisées à distance, par le biais d'appels téléphoniques, de communications vidéo à distance ou d'appels vidéos. Ces mesures sont d'application jusqu'aux dates de fin, à déterminer par le Roi, des séances par vidéocommunication réalisées par les psychiatres infanto-juvéniles d'une part, et par des psychiatres d'autre part, prévues dans l'article 9, §§ 2 et 3, de l'Arrêté royal n° 20 du 13/05/2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Les principes suivants sont d'application pour les prestations à distance :

- Le bénéficiaire et/ou son aidant doit avoir préalablement donné son accord pour ces soins dispensés à distance ;
- L'intervenant doit s'être assuré que le bénéficiaire et/ou son aidant était physiquement et mentalement en mesure de suivre cette prestation à distance
- L'intervenant doit utiliser un moyen de communication à distance sécurisé qui respecte ces règles et conditions d'utilisation minimales :
<https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/task-force-data-technology-against-covid-19/bonnes-pratiques-en-matiere-de-plate-formes-pour-les-soins-a-distance-formulees-par-le-comite-de-securite-de-linformation>
- Le prestataire doit consigner dans le dossier du bénéficiaire ces prestations par téléphone et vidéo-consultations, ainsi que leur durée.

L'ensemble des autres modalités de ces prestations reste d'application. En particulier, les tarifs, durées et pseudocodes sont inchangés.

Article 6) Les activités réalisées en l'absence du bénéficiaire et de son aidant qui sont liées à la réalisation des séances sont nommées *support du case management*, *support de l'ergothérapie* et *support du suivi psychologique*.

Elles sont facturables par unité de 30 minutes.

Seuls les actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire ou de son aidant et directement liés aux objectifs visés à l'article 2) peuvent être pris en compte dans une prestation de support. Des actes tels que la participation à des formations, à des conférences, à des réunions internes relatives à des matières administratives, logistiques ou organisationnelles... ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de ma-

nière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 21). De même, les déplacements des intervenants ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 21).

L'intervenant qui effectue un acte pris en compte dans une prestation de support mentionne dans le dossier patient son heure de début, son heure de fin et sa description. Pour tout contact avec une personne de l'équipe de soins, elle mentionne le nom, la fonction de cette personne et la nature du contact (rencontre, communication téléphonique, courrier électronique...) Le manquement à cette obligation peut donner lieu à la récupération de l'intervention de l'assurance dans les prestations non-conformes.

5.2. Dispensation des prestations

5.2.1. Dispositions générales – période de dispensation des prestations

Article 7) Les prestations prévues par la convention font partie intégrante du programme global de soins dispensé au bénéficiaire et à son aidant par l'ensemble de l'équipe de soins constituée autour d'eux. Elles forment, dans ce programme, un ensemble coordonné d'actes, réalisés en faveur d'un bénéficiaire (article 1)) et de son aidant, qui sont appropriés à leur situation et qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 2). Ces actes sont dispensés sous la forme d'un module initial, de séances, de sessions de groupe et de prestations de support (articles 3) à 6)), par les intervenants visés à l'article 15), au cours de périodes de durée définie (article 9)).

Si certaines de ces missions font partie des missions légales d'un service ou d'une institution, le projet remplit ces missions en concertation avec ce service ou cette institution. Si elles appartiennent déjà aux missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions ont déjà été financées dans ce cadre, les indemnités prévues dans le présent contrat ne sont pas dues (voir également l'article 20).

Article 8) **§ 1.** La décision de dispenser des prestations à un bénéficiaire est un processus qui comporte toutes les étapes suivantes, dans un ordre adapté à la situation :

1. La demande ou l'accord du patient et/ou de son aidant.
2. L'identification du médecin généraliste du patient, considéré comme personne de référence dans l'organisation de ses soins, en particulier de ses soins de santé. Si le patient n'a pas de médecin généraliste, le projet l'invite à en choisir un. En cas d'impossibilité ou de refus, un autre médecin qui suit régulièrement le patient remplit la fonction de médecin généraliste, dans le cadre de la convention. Le projet explique les raisons de l'absence de médecin généraliste, dans le dossier patient (article 27)).
3. L'organisation par le projet d'au moins une réunion multidisciplinaire entre les acteurs de l'équipe de soins constituée autour du patient, à laquelle sont toujours invités son médecin généraliste et son infirmier afin de pouvoir évaluer – en concertation avec l'équipe de soins – s'il existe une indication médicale ou infirmière qui nécessite de faire prendre en charge le case management par un médecin généraliste ou un infirmier (à domicile).
4. Suite à la concertation prévue ci-dessus, la prescription des prestations prévues dans cette convention par le médecin généraliste du patient, à l'exception du case management.
5. La vérification par le médecin généraliste ou par le coordinateur de soins du projet :
 - du fait que le patient satisfait aux conditions fixées par la définition des bénéficiaires (article 1)), pour les prestations envisagées (vérification au moyen du Bel-RAI screener, pour les conditions 1 et 2.1 à 2.3 de l'article 1)),

- du fait que les prestations répondent à un besoin et sont susceptibles de contribuer significativement à l'amélioration ou à la stabilisation de la situation du patient et/ou de son aidant.

§ 2. En cas d'inclusion du bénéficiaire dans le projet, les documents utilisés et produits au cours du processus d'admission sont ajoutés au dossier patient visé à l'article 27, en particulier la demande ou l'accord du patient et/ou de son aidant, la prescription du médecin généraliste et, en l'absence de médecin généraliste, l'explication de cette absence.

Article 9) § 1. La période au cours de laquelle les prestations facturables peuvent être réalisées en faveur d'un bénéficiaire dure un maximum de 3 ans. Elle débute à la date de la 1^{ère} prestation facturable réalisée au cours de cette période, en faveur de ce bénéficiaire (« date de la prestation » mentionnée sur la facture à l'organisme assureur du bénéficiaire).

Une seule période peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire.

§ 2. En cas d'institutionnalisation du bénéficiaire dans une maison de repos ou de décès du bénéficiaire, la période de réalisation des prestations mentionnée au §1 (ci-après 'période 1') est clôturée. A titre d'exception et en soutien à l'aidant proche, et pour autant que des prestations facturables ait déjà été réalisées en faveur de ce bénéficiaire dans le cadre de la présente convention, un nombre limité de prestations complémentaires peuvent être réalisées pendant une seconde période (ci-après 'période 2') d'une durée de 30 jours calendrier, prenant cours le lendemain du jour du décès du bénéficiaire ou du jour d'entrée du bénéficiaire en maison de repos. Ces prestations sont portées en compte au nom du bénéficiaire.

5.2.2. Nombres de prestations remboursables

Article 10) § 1. Un bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul module initial (article 4)), même s'il reçoit plusieurs types de prestations et même si elles sont dispensées par plusieurs projets conventionnés.

§ 2. Pour les autres prestations, le nombre maximum d'unités de facturation (d'une demi-heure – article 5)) remboursable par bénéficiaire au cours d'une période (article 9)) s'élève à 122 unités au total (ci-après 'série 1'). Ces 122 unités de facturation sont réparties par le projet entre les différents types de prestations de base en fonction des besoins du bénéficiaire et de son aidant, toujours moyennant le respect des conditions reprises à l'article 1. Par 122 unités, un maximum de 50 unités peuvent être consacrées à des sessions de groupe.

1. Conditions du *case management*:

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante case management, au moins 4 unités sont consacrées à des séances.

2. Conditions de la composante *suivi ergothérapeutique* :

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante de suivi ergothérapeutique, au moins 60% sont consacrées à des séances ou à des sessions de groupe.

3. Conditions de la composante *suivi psychologique*:

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante de suivi psychologique, au moins 60% sont consacrées à des séances ou à des sessions de groupe.

§ 3. Une seule série de 122 unités de facturation peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire. Cependant, à titre d'exception, le bénéficiaire peut obtenir une deuxième série de prestations, limitées à 61 unités de facturation, après concertation entre les

prestataires de l'équipe de soins, telle que prévue à l'article 8), point 3, s'il remplit encore les conditions d'admission (article 1)) et si un nouvel événement (exemple : après une hospitalisation, après une chute avec complications, l'aidant proche qui ne peut plus remplir son rôle, ...) justifie la fixation d'une 2^e série d'unités de facturation. Au cours d'une année civile, le nombre de bénéficiaires qui obtient une 2^e série d'unités de facturation ne dépasse pas 30% du nombre total de bénéficiaires ayant entamé une 1^{ère} série. Les prestations réalisées au-delà de cette limite ne sont pas facturables .

Les conditions des prestations mentionnées au § 2 concernant la proportion minimale de séances et sessions de groupe sont également valables pour la 2^e série d'unités de facturation. Par 2^{ème} série de 61 unités, un maximum de 25 unités peuvent être consacrées à des sessions de groupe.

Pour un même bénéficiaire, la totalité de ces unités de facturation (1^{ère} série de 122 et, le cas échéant, 2^{ème} série de 61) doit être réalisée au cours de la période définie à l'article 9.

§ 4. En cas d'institutionnalisation ou de décès du bénéficiaire, une série supplémentaire (série de clôture) de maximum 10 unités de facturation (séance ou support prestation de base) peut être réalisée en faveur de ce bénéficiaire, au cours d'une seconde période telle que définie à l'article 9, §2, prenant cours le lendemain du jour du décès ou du jour d'entrée en maison de repos.

Tableau 2 : Nombres d'unités de facturation des prestations de base par bénéficiaire

PERIODE 1 (3 ans)	Nombre maximum d'unités facturables	Nombre minimum d'unités consacrées à des séances et à des sessions de groupe (le cas échéant)
Case management	x	4 UF
Ergothérapie	y	60%
Suivi psychologique	z	60%
		Nombre maximum d'unités consacrées à des sessions de groupe
Série 1	$x + y + z \leq 122$	50
Série 2	$x + y + z \leq 61$	25
PERIODE 2 (30 jours post-institutionnalisation ou décès)		
Série de clôture	$X + y + z \leq 10$	-

§ 3. En cas de dépassement des nombres maximums d'unités facturables, le projet rembourse les prestations excédentaires à l'INAMI.

5.2.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »

Article 11) La « *coordination de soins* » est définie comme un processus collaboratif tant des prestataires de soins que d'aides au niveau de l'évaluation, de planification, de coordination, et de conseil, visant à ce que les options et services rencontrent les besoins de soins de la personne et de son entourage, au travers de la communication et des ressources disponibles, afin de promouvoir des résultats qualitatifs et coût-efficaces.

Le processus de la coordination de soins est défini par l'ensemble des activités qui consistent à :

1. Établir, en faveur du bénéficiaire, les objectifs de soins et un plan de soins comprenant :
 - a) le bilan global de la situation du bénéficiaire et de ses aidants, d'un point de vue physique, psychologique, fonctionnel, social et matériel, moyennant les instruments existants (BelRAI) et en tenant compte des objectifs de vie du bénéficiaire,
 - b) l'inventaire des besoins en soins du bénéficiaire et des souhaits que lui-même et son aidant expriment à ce sujet,
 - c) le relevé des moyens qui permettent de répondre adéquatement à ces besoins et à ces souhaits,
 - d) le choix des prestataires qui fourniront les soins adéquats,
 - e) l'organisation pratique de ces soins.
2. Assurer que ce plan de soins soit exécuté, coordonner les soins pour garantir leur dispensation, leur continuité, et leur bonne intégration dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de son aidant.
3. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant, dans toute situation relative aux soins qui le requiert.
4. Évaluer les résultats obtenus, adapter le plan de soins si nécessaire.

Article 12) § 1. La convention couvre les prestations spécifiques d'un case manager qui temporairement remplit les missions suivantes, auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. Il veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, au début de la période d'intervention, et à ce que le BelRAI HC soit complété.
2. Il veille à ce que la fonction de coordination des soins telle que visée à l'article 11, soit exercée. Il peut s'en charger temporairement, jusqu'à ce que les prestataires compétents de l'équipe de soins la reprennent. Durant ce temps, il tient le rôle de conseil, de médiateur, de représentant des intérêts du bénéficiaire et de son aidant. Il est alors la personne de contact pour le bénéficiaire, son aidant et les autres composantes du réseau de soins. Cependant, toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant et les prestataires de l'équipe de soins.
3. Il informe le bénéficiaire et son aidant et les conseille afin de leur permettre de gérer eux-mêmes leurs soins, autant qu'il leur est possible.
4. Dans les limites de ses compétences légales, en concertation avec le médecin généraliste et avec l'équipe de soins, il veille à ce que le plan de soins soit établi et à ce qu'il s'inscrive au mieux dans la vie quotidienne du bénéficiaire. Si nécessaire, il peut se charger de coordonner le plan de soins, jusqu'au moment où les prestataires compétents de l'équipe de soins sont en mesure de reprendre cette mission.
5. Il anticipe ou identifie les situations de crise qui peuvent entraîner le recours à des soins évitables ; il met œuvre des mesures pour prévenir ou résoudre ces situations.
6. Il évalue les résultats, en concertation avec les autres dispensateurs du programme de soins, à la fin de chaque période d'intervention de maximum 6 mois, sur base du BelRAI HC et de tout autre instrument ou source d'évaluation pertinent.
7. Il documente ces résultats dans le dossier du bénéficiaire et les partage, en respectant le secret professionnel.

8. Il veille à ce que le plan de soins soit adapté en fonction de ces résultats.
9. Il prépare la fin de son intervention ; il clarifie les modalités de la coordination de soins après la fin de la période d'intervention.

§ 2. Le choix du case manager le plus approprié dépend des besoins du patient qui sont déterminés à l'occasion du processus qui est parcouru comme prévu à l'article 8. Le case manager est désigné en concertation entre les principaux prestataires de l'équipe de soins constituée autour du bénéficiaire, dont son médecin généraliste et son infirmier. Ces derniers vérifient l'adéquation entre les missions spécifiques du case manager auprès du bénéficiaire considéré et les qualifications du case manager choisi. L'exécution de ces missions doit en tous cas être conforme aux actes réglementaires d'un médecin généraliste, un praticien de l'art infirmier ou un assistant social. Si le médecin généraliste n'est pas en mesure d'assister à la concertation, le coordinateur de soins du projet lui adresse (si possible par l'intermédiaire de son eHealthBox), un document qui détaille les missions et la qualification du case manager choisi. Le médecin généraliste peut faire part de ses commentaires à l'équipe de soins et, si nécessaire, prendre l'initiative pour en discuter.

§ 3. Dans l'accomplissement de ses missions, le case manager respecte les principes suivants :

1. Il ne réalise aucun acte pour lequel il n'est pas qualifié, selon la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé.
2. Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.
3. Il travaille en étroite concertation avec les intervenants du réseau de soins concernés, ainsi qu'avec la ou les personnes qui exercent ou ont récemment exercé des fonctions de la coordination de soins auprès du bénéficiaire.
4. Il fait preuve d'objectivité envers le bénéficiaire, son aidant et leurs proches (il ne prend pas parti dans les divergences d'opinion et les conflits éventuels...) et envers les prestataires (il s'abstient de prendre parti envers un prestataire ou une conception des soins...)

5.2.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »

Article 13) Dans le cadre de la convention, le suivi ergothérapeutique à domicile a pour objectifs principaux :

- de préserver l'autonomie du bénéficiaire (objectif de prévention),
- et/ou de lui permettre de recouvrer ou d'améliorer son autonomie et sa capacité à gérer ses soins, après un accident ou un trouble aigu (objectif de rééducation).

Auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. L'ergothérapeute commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité.
2. Il enseigne les gestes, les occupations et les modalités de locomotion adaptés à la perte d'autonomie du bénéficiaire.
3. Il conseille les adaptations du lieu de vie. Il les met en œuvre ou supervise leur mise en œuvre. Il vérifie leur acceptation et leur maintien.
4. Il conseille et installe le matériel d'aide aux activités de base et aux activités instrumentales de la vie quotidienne. Il enseigne son usage.
5. Il prévient spécifiquement les chutes, par l'apprentissage de gestes et modalités de locomotion adaptés, par l'adaptation du lieu de vie et par l'usage du matériel d'aide.

6. Il stimule et soutient le bénéficiaire dans la réalisation de ses activités quotidiennes, pour améliorer ou préserver son autonomie et sa participation à la vie sociale.
7. Il contribue à la remédiation cognitive, par l'adaptation du lieu de vie et la mise en place de prothèses mnésiques adaptées au bénéficiaire.
8. Il contribue à détecter les besoins de soins non-couverts.
9. Il réévalue chaque fois que c'est nécessaire, la pertinence et l'adéquation du matériel et des adaptations du domicile, et toutes les interventions qui relèvent de sa compétence.

Envers l'équipe de soins:

1. L'ergothérapeute se concerte avec l'équipe de soins sur les actions ou l'informe sur les actions qu'il va menées auprès du bénéficiaire et de son aidant et sur les effets et les résultats attendus.
2. Il les forme à la pratique des gestes et occupations adaptés et à l'usage du matériel d'aide.

5.2.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »

Article 14) Dans le cadre de la convention, le suivi psychologique à domicile a pour principal objectif d'apporter une aide psychologique spécialisée au bénéficiaire et à son aidant :

1. Le psychologue clinicien commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité. Il peut intervenir, si les conditions précisées par la définition des bénéficiaires sont remplies, cependant, il s'abstient d'intervenir et il dirige le bénéficiaire ou son aidant vers un prestataire extérieur (psychologue clinicien, psychiatre, centre de santé mentale, médecin généraliste, ...) s'il constate que l'un ou l'autre présente des troubles mentaux qui, par leur nature ou leur sévérité, ne peuvent pas être traités dans le cadre des prestations prévues par la convention.
2. Le psychologue clinicien réalise des entretiens individuels à domicile. Il privilégie les pratiques fondées sur des preuves (evidence based practice) qui sont susceptibles d'apporter une amélioration rapide des symptômes, compte tenu, notamment, du nombre de séances remboursables et de l'âge du bénéficiaire.
3. Il peut écouter les plaintes, craintes et attentes du bénéficiaire et de son aidant, afin de leur apporter des conseils spécialisés.
4. Grâce à sa maîtrise de la psychoéducation et de la remédiation cognitive, il peut enseigner à chaque bénéficiaire les connaissances et les techniques utiles pour accomplir certains actes quotidiens, en utilisant ses aptitudes préservées.

6. FONCTIONS FINANCÉES PAR LA CONVENTION

Article 15) Le projet dispose en permanence du personnel capable de remplir les 3 fonctions suivantes :

1. Case manager.
2. Ergothérapeute.
3. Psychologue clinicien.

Il peut employer lui-même ce personnel, sous statut de salarié ou d'indépendant, ou faire appel à du personnel extérieur.

Article 16) § 1. Les fonctions visées à l'article 15) sont remplies durant un minimum de 76 heures par semaine au total, pour l'ensemble des fonctions et des personnes qui les exercent.

§ 2. Afin de garantir son expérience professionnelle, pour chaque personne, le temps minimum d'exercice de sa fonction dans le cadre de la convention est de 19 heures par semaine.

Article 17) § 1. Chaque personne qui exerce la fonction de case manager remplit au moins les conditions suivantes :

- Elle remplit les conditions d'exercice d'une des professions suivantes : médecin généraliste, infirmier, ou assistant social et n'appartient pas à l'équipe de soins du bénéficiaire.
- Elle possède une expérience professionnelle suffisante au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins qui traite en priorité des personnes âgées fragiles.
- Elle possède une connaissance approfondie du BelRAI HC, démontrée par un usage professionnel courant durant la période prise en compte dans son expérience professionnelle, ou par une formation consacrée au BelRAI. Elle est ainsi capable d'utiliser les résultats du BelRAI HC pour toutes ses missions liées à la présente convention.
- Elle possède une connaissance approfondie de l'organisation générale des soins, pour les groupes cibles de la convention, dans la région où elle pratique.
- Elle participe activement à des interventions avec d'autres case managers, afin d'accroître son expérience professionnelle.

§ 2. Au sein du projet, au moins 50% du cadre de case manager (exprimé en ETP ou en heures par semaine) est occupé par une ou plusieurs personnes qui remplissent les conditions légales d'exercice de la profession de médecin ou d'infirmier.

Article 18) Chaque personne qui exerce la fonction d'ergothérapeute ou de psychologue remplit au moins les conditions suivantes :

- Elles répondent aux conditions respectives d'exercice de leur profession.
- Elles possèdent une expérience professionnelle suffisante du travail avec des personnes âgées fragiles.

Article 19) § 1. Le projet tient à jour un relevé complet des intervenants qui remplissent les fonctions visées à l'article 15. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque intervenant, sa fonction, ainsi que le temps qui va être consacré aux missions.

7. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS

7.1. Principes

Article 20) § 1. L'intervention de l'assurance est due pour toute prestation qui respecte les conditions de la convention.

§ 2. L'intervention de l'assurance est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de ces prestations. Si les prestations font partie des missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions sont financées dans ce cadre, les prestations prévues dans la présente convention ne sont pas dues.

§3. Les frais généraux (frais de fonctionnement, hors frais de personnel : coordination, facturation, usage des bâtiments, mobilier, matériel de bureau et informatique, véhicules, assurances, charges financières...), sont calculés de manière forfaitaire et sont couverts par une prestation intitulée « forfait de fonctionnement », qui peut être facturée selon les dispositions mentionnées à l'article 22.

7.2. Montants d'intervention de l'assurance

Article 21) § 1. Les montants de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations est établi sur base de l'annexe à la présente convention. Ils sont fixés, par unité de facturation, à :

Tableau 3 : Montants d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, par unité de facturation

1. Module initial :	127,28 €
2. Case management ;	25,15 €
3. Suivi ergothérapeutique :	21,73
4. Suivi psychologique :	26,68 €
5. Session de groupe ergothérapie :	18,90
6. Session de groupe suivi psychologique :	23,19
7. Forfait de fonctionnement	100,00 €

Ces montants sont indexés, chaque année, à partir du 1^{er} janvier 2022, conformément aux dispositions de 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 à condition que le Conseil général de l'INAMI ait prévu ces moyens.

Le montant repris sous 1 est facturé en une fois et les montants suivants sont facturés par unité de facturation de 30 minutes, sous les numéros de pseudocodes suivants :

Tableau 4 : Pseudocodes à utiliser pour la facturation des prestations

Module initial	794474				
Forfait de fonctionnement	794975				
	Séance	Séance (patient hospitalisé)	Session de groupe	Support	Support / séance de clôture
Case management– médecin généraliste	794496	794500	-	794511	795115
Case management – infirmier	794533	794544	-	794555	795130
Case management– assistant social	794570	794581	-	794592	795152
Suivi ergothérapeutique	794732	794743	794813	794754	795174
Suivi psychologique	794776	794780	794835	794791	795196

§ 2. L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière à chaque projet de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide (Protocole 3) et qui a une convention en cours avec le Comité de l'assurance en exécution des articles 22, 6° et 23, 3° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention financière visée au premier alinéa s'élève à 500 euros par mois calendaire. Cette intervention financière ne peut porter que sur la période du 1^{er} mai 2020 jusqu'au 30 juin 2021. Une seule intervention financière par mois est due par projet.

Pour autant qu'un numéro de compte ait été communiqué par le projet avant le 15 janvier 2021, l'INAMI procédera au paiement au plus tard le 31 janvier 2021 pour la période du 1^{er} mai 2020 au 30 novembre 2020, et pour la période du 1^{er} décembre 2020 au 30 juin 2021, au plus tard le 31 juillet 2021.

7.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 22) Au cours d'une même année civile, le projet peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un montant maximum de «BUDGET» €.

Au cours d'une même année civile, le projet peut porter en compte un « forfait de fonctionnement » pour chaque unité de facturation des prestations de base (case management, ergothérapie, suivi psychologique) réalisées en faveur d'un bénéficiaire et facturables. Le montant total des « forfaits de fonctionnement » portés en compte ne peut dépasser un montant maximum de XXX euros. Ce montant correspond à 10 % du montant mentionné au

premier alinéa, additionné d'un montant équivalent à 10 % des dépenses correspondant aux prestations dispensées par le projet pendant la période du 01.04.2019 au 30.03.2020.

Ces montants sont indexés comme mentionné à l'article 21 §1.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, ces montants sont adaptés au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

7.4. Modalités de facturation des prestations

Article 23) Le projet facture mensuellement le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire. Le projet utilise le modèle de facture approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Le paiement par l'organisme assureur est basé sur les modalités approuvées par le Comité de l'assurance.

Article 24) § 1. Le projet s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance qu'il aurait indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires :

- aucun acte pour lequel l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

Article 25) Le projet s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

7.5. Règles de cumul

Article 26) § 1. Les prestations prévues dans cette convention ne sont pas remboursables par cette convention lorsqu'elles sont déjà financées d'une autre manière pour le même jour (p.ex. convention CRA, convention de rééducation, AR du 27.03.2012 pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence, ...).

§2. Les prestations prévues par la présente convention ne sont pas remboursables si elles sont dispensées à un bénéficiaire au cours d'une des périodes ou d'un des séjours suivants :

1. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de soins psychiatrique (MSP).
2. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de repos et de soins (MRS) ou une maison de repos pour personnes âgées (MRPA), sauf s'il s'agit d'un court séjour, et à l'exception d'un maximum de 10 unités de facturation (série de clôture).

3. Une période d'hospitalisation complète, à l'exception de :
 - deux séances de case management, si le référent hospitalier a constaté que la condition 2.1.1 de l'article 1) est remplie ou sera remplie lorsque le bénéficiaire sortira de l'hôpital. Ce constat est repris et argumenté dans le dossier patient tenu par l'hôpital ou dans la lettre de renvoi adressée au médecin généraliste du bénéficiaire.
 - une séance de suivi psychologique, si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une séance ou une session de groupe hors de l'hôpital ;
 - une séance d'ergothérapie, si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une séance ou une session de groupe hors de l'hôpital ;
4. Pour la seule prestation de suivi psychologique (article 13)), pendant la période au cours de laquelle le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre de soins psychologiques de première ligne.

§ 3. Le projet explique le sens et la portée de ces règles au bénéficiaire et à son aidant. Les dispositions de l'article 24) sont d'application.

8. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION

8.1. Dossier patient individuel

Article 27) Un coordinateur de soins dans le projet tient à jour, pour chaque bénéficiaire, un dossier patient individuel comprenant au moins :

1. Ses données d'identification.
2. Les preuves qu'il satisfait à la définition des bénéficiaires (article 1)) pour les prestations dispensées.
3. Les documents utilisés ou produits lors du processus d'inclusion défini à l'article 8.
4. Les informations recueillies lors de la réalisation du module initial (article 4)), en ce compris le formulaire de consentement éclairé.
5. Le plan de soins du bénéficiaire, s'il a reçu des prestations de case management.
6. La date de début et la date de fin de chaque période de dispensation des prestations (article 9)).
7. Les objectifs visés et les résultats obtenus pour chacune de ces périodes.
8. Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

8.2. Informations relatives à l'application de la convention

8.2.1. Informations destinées aux bénéficiaires

Article 28) § 1. Le projet donne au bénéficiaire et à son aidant une information neutre, complète et accessible sur les objectifs, la nature, le contenu des prestations et le déroulement des périodes de dispensation de ces prestations, et d'une manière générale, sur toutes les dispositions de la convention qui ont un intérêt direct pour eux.

§ 2 Dès le début d'une période, le projet informe le bénéficiaire et son aidant sur les conditions et limites d'intervention de l'assurance, prévues en particulier par l'article 10) et l'article 26). Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire et à son aidant, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

§ 3. Le projet remet au bénéficiaire et à son aidant un document qui détaille les prestations effectuées en application de la présente convention et les interventions de l'assurance soins de santé, conformément aux dispositions de l'article 53, § 1^{er}, 2 & 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

8.2.2. Informations destinées à l'INAMI et aux organismes assureurs

Article 29) § 1. Dans le mois qui suit la fin de chaque trimestre civil, le projet transmet au Service des soins de santé de l'INAMI un fichier informatique qui reprend, selon un format défini par ce Service, les nombres exacts des prestations facturables réalisées au cours de ce trimestre, réparties par type de prestation et par mois de réalisation.

Chaque prestation réalisée en faveur d'un bénéficiaire y figure une seule fois. Elle y est mentionnée dès qu'elle a été effectuée, sans attendre qu'elle ait été facturée ou remboursée. Les éventuelles prestations non-remboursables (par exemple, parce qu'elles ne répondent pas aux conditions fixées par la convention ou parce que le patient n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) n'y sont pas mentionnées.

Le projet établit une liste des prestataires de soins qui ont exercé les fonctions visées à l'article 15 après chaque année civile. Cette liste indique l'identité de chaque personne, sa position et le temps passé dans le cadre de la convention. Sur la base d'un modèle fixe, le projet fournit ces informations au Service des soins de santé de l'INAMI au cours du premier trimestre de l'année civile suivant l'année en question.

§ 2. Le projet présente, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des nombres de prestations communiqués.

§ 3. Si les nombres de prestations ne sont pas communiqués, dans le mois qui suit la fin d'un trimestre, le projet est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si ces nombres n'ont toujours pas été communiqués dans les 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'INAMI et le projet) sont suspendus d'office tant que cette obligation n'est pas satisfaite.

§ 4. Le projet désigne une personne de contact chargée de la transmission des nombres de prestations. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

Article 30) § 1. Le projet fournit à chaque demande du Service des soins de santé de l'INAMI toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2. Le projet autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites, annoncées ou non, que celui-ci juge utile à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

8.3. Procédure d'évaluation

Article 31) Sur la base des données mentionnées au 8.2.2., sur la base des données soumises par l'Agence intermutualiste, sur la base de données liées à BelRAI (sous réserve de l'autorisation du Comité de la sécurité de l'information), le Comité d'accompagnement, composé de membres de la commission de conventions avec les infirmières, les maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins, de représentants du comité de l'assurance, au cours du premier trimestre de 2019, déterminent les critères selon lesquels les avantages de cette convention seront évalués.

L'évaluation sera réalisée par le Comité d'accompagnement, qui pourra être assisté à cet effet par des experts.

8.4. Evaluation et monitoring

Article 32) Les organismes assureurs vont monitorer ensemble les dispositions de cette convention.

Au cours de l'année 2022 au plus tard, une évaluation sera réalisée par le Comité d'accompagnement sur base des données des organismes assureurs. Cette évaluation portera au minimum sur :

- Rapport entre le nombre de prestations réalisées en présence du bénéficiaire et le nombre de prestations réalisées en son absence, par type de prestation
- Rapport entre le nombre de séances et le nombre de sessions de groupe, par type de prestation
- Rapport entre le nombre de prestations réalisées au cours d'une hospitalisation et le nombre de prestations réalisées lorsque le patient n'est pas hospitalisé
- Période au cours de laquelle la série de 122 unités de facturation, y compris le cas échéant la deuxième série de 61 unités de facturation, est réalisée
- Prestations réalisées en faveur de l'aidant proche lors de la '2^{ème} période' : après entrée du bénéficiaire en maison de repos ou après son décès.

A l'aide de l'évaluation en cours, le Comité d'accompagnement examinera également si les objectifs de la convention sont réalisés.

9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GÉNÉRALES

Article 33) § 1. Le Pouvoir organisateur du projet s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de réaliser les prestations dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la convention.

§ 2. Le Pouvoir organisateur du projet assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect de dispositions de la présente convention et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3. Le Pouvoir organisateur du projet s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la convention, afin de lui permettre d'accomplir ses

tâches conformément aux dispositions de la convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre de l'équipe, le texte complet de la présente convention. Il conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés par les membres de l'équipe.

10. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 34) § 1. Les bénéficiaires ayant initié une première période de prise en charge dans une ou plusieurs prestations de base dans le cadre de la convention précédente (convention d'application avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention) peuvent recevoir le nombre d'unités de facturation de la série 1 équivalent à la différence entre 122 unités de facturation et le nombre d'unités de facturation des prestations de base facturables déjà réalisés dans le cadre de la convention précédente. Ils peuvent par la suite, bénéficier d'une deuxième série de prestations, pour autant que les dispositions de l'article 10 §3 soient respectées.

Pour ces unités de facturation, les montants prévus par la présente convention peuvent être portés en compte à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 2. Les bénéficiaires ayant initié une seconde période de prise en charge dans une ou plusieurs prestations de base dans le cadre de la convention précédente peuvent recevoir un nombre d'unités de facturation équivalent à la différence entre 122 unités de facturation et le nombre d'unités de facturation des prestations de base facturables déjà réalisés dans le cadre de la convention précédente. Par la suite, ils ne peuvent plus bénéficier d'une deuxième série de prestations de 61 UF.

Pour ces unités de facturation, les montants prévus par la présente convention peuvent être portés en compte à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 3. Pour les bénéficiaires n'ayant pas initié de période de prise en charge dans le cadre de la convention précédente, l'ensemble des principes de la présente convention est d'application.

11. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 35) La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets du 01 mars 2021 au 31 décembre 2022 inclus. Toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer au moyen d'un envoi recommandé envoyé à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de dénonciation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit le date d'envoi du recommandé.

Au cas où la convention serait annulée pour non-respect des dispositions de cette convention, le projet aura dans tous les cas la possibilité de faire connaître au préalable ses arguments.

Fait à Bruxelles, le 22 février 2021 et signé électroniquement par :

Pour le projet,

Pour le Comité de l'assurance,
Le Fonctionnaire dirigeant,

(nom du responsable + signature)

Brieuc VAN DAMME
Directeur-général des soins de santé

ANNEXE

Calcul de l'intervention de l'assurance

1. DONNÉES DE BASE

Jours de travail par an et par ETP

Année	Week-ends	Jours fériés	Jours de congé	Autres jours d'absence*	
365	104	12	24	15	210

* Comprend les jours au cours desquels la personne n'est pas disponible pour réaliser les prestations prévues par la convention, par exemple pour cause de maladie, de congés de circonstance, de formations...

Heures de travail par an et par ETP :

Jours/an	Heures/jour	Heures/an (a)
210	7,6	1.596

Masse salariale :

Fonction	Masse salariale (b)
Case manager*	66.825,78
Ergothérapeute**	57.742,04
Psychologue**	70.851,75

* Barèmes CP 330, pour 16 ans ancienneté, et cotisations patronales. A l'index au 1/1/2018

** Barèmes CP 330, pour 10 ans ancienneté, et cotisations patronales. A l'index au 1/1/2018

2. CALCUL DU MONTANT D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Calcul du coût horaire

	Masse salariale (c) = (b) / (a)	Déplacements* (d) = (c) x 1,15	Total (f) = (c) + (d)
Case manager	41,87	6,28	48,15
Ergothérapeute	36,18	5,43	41,61
Psychologue	44,39	6,66	51,05
Ergothérapeute session de groupe	36,18	0	36,18
Psychologue session de groupe	44,39	0	44,39

* Masse salariale correspondant au temps de déplacement du personnel, au domicile des bénéficiaires, calculé de manière forfaitaire.

Coût des prestations :

a. Module d'admission

Fonction	Temps (en heures) (g)	Coût (h) = (f) x (g)	Prix au 1/1/2019 + 1,45%	Prix au 1/1/2020 + 1,95%	Prix au 1/1/2021 + 1,01%
Case manager & ergothérapeute	2	96,30			
Psychologue	0,5	25,53			
Total		121,83	123,60	126,01	127,28

b. Séances, sessions de groupe et prestations de support : montant de l'unité de facturation

Fonction	Montant (i) = (f) / 2	Prix au 1/1/2019 + 1,45%	Prix au 1/1/2020 + 1,95%	Prix au 1/1/2021 + 1,01%
Case manager	24,08	24,42	24,90	25,15
Ergothérapeute	20,80	21,10	21,51	21,73
Psychologue	25,53	25,90	26,41	26,68
Ergothérapeute session de groupe	18,09	18,35	18,71	18,90
Psychologue session de groupe	22,20	22,52	22,96	23,19