18 novembre 2005
Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Ce texte relève d'une matière transférée à la Région wallonne suite à la Sixième Réforme de l'État.
Cette version est fournie par la base de données JUSTEL dépendant du SPF Justice.
Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la rubrique « Présentation » sur la page d'accueil du site Wallex.

Consolidation officieuse

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, 13°, remplacé par la loi du 10 août 2001 et l'article 37, §12, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 24 décembre 1999;
Vu l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire, donné le 7 décembre 2004;
Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, formulée le 13 décembre 2004 et 20 décembre 2004;
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 28 janvier 2005;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 août 2005;
Vu l'avis 39.073/1 du Conseil d'Etat, donné le 27 septembre 2005, en application de l'article 84, §1er, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,
Arrête :

Art. 1.
Dans le cadre de chaque concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 2 de l'arrêté royal du 14 mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les documents suivants sont transmis au service intégré de soins à domicile :

1° une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et du dispensateur de soins ou d'aide concerné, signé par ce dispensateur de soins ou d'aide;

2° le plan de soins au moyen d'un formulaire type fixé par le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès de l'INAMI. Les différents participants sont mentionnés sur ce formulaire. Les participants signent ce document;

3° une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient répond à la définition donnée à l'article 1er, 8°, de l'arrêté susmentionné.

Art. 2.
§1er. L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire, décrite à l'article 2 de l'arrêté royal susmentionné, peut être portée en compte au maximum une fois par patient et par an. La date de la concertation est déterminante pour juger si l'intervention est portée en compte au maximum une fois par an. Le forfait rémunère la participation des dispensateurs de soins à la concertation et peut être attesté par un maximum de quatre dispensateurs de soins.

Le service intégré de soins à domicile peut porter en compte une intervention forfaitaire si un dispensateur de soins ou d'aide a effectivement collaboré dans le cadre de la concertation au nom du service intégré de soins à domicile. Ce dispensateur de soins ou d'aide doit être représenté dans un service intégré de soins à domicile agréé ou avoir conclu une convention avec lui et avoir effectivement collaboré à un aspect des

Wallex - Le droit en Wallonie

soins à l'égard du patient, à l'exclusion des aspects administratifs et de coordination ou de la rédaction du plan de soins.

L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est facturée intégralement chaque mois par le service intégré de soins à domicile qui assure le traitement administratif. L'organisme assureur paie l'intervention directement aux dispensateurs de soins concernés.

L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est uniquement payée pour les patients pour lesquels une concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, a eu lieu et dont les documents décrits à l'article 1er ont été transmis au service intégré de soins à domicile. L'intervention peut être portée en compte au maximum une fois par patient et par an.

§2. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement, décrite à l'article 2 de l'arrêté royal susmentionné, est portée en compte par le service intégré des soins à domicile au maximum une fois par an et par patient si une concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, a eu lieu et dont les documents décrits à l'article 1er ont été transmis au service intégré de soins à domicile. La date de la concertation est déterminante pour juger si l'intervention est portée en compte au maximum une fois par an.

Art. 3.

Dans le cadre de la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3 de l'arrêté royal susmentionné, les documents suivants sont transmis au service intégré de soins à domicile :

1° une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et du dispensateur de soins ou d'aide concerné, signé par ce dispensateur de soins ou d'aide.

2° le plan de soins au moyen d'un formulaire type fixé par le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès de l'INAMI. Les différents participants sont mentionnés sur ce formulaire. Les participants signent ce document;

3° un avis médical établi par le médecin responsable d'un centre hospitalier d'expertise qui démontre que le patient répond à la définition donnée à l'article 1er, 9°, de l'arrêté susmentionné.

Cet avis médical peut être remplacé par une copie du formulaire, envoyé au médecin-conseil dans le cadre de l'arrêté royal du 18 novembre 2005 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients en état végétatif persistant visés à l'article 34, alinéa 1er, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les documents visés à l'alinéa 1er, 1° et 2°, sont transmis au service intégré de soins à domicile pour chaque concertation multidisciplinaire.

Art. 4.

§1er. L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3 de l'arrêté royal susmentionné, peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient et par an. Cette intervention peut être attestée si la concertation a eu lieu et si les documents décrits à l'article 3 ont été transmis au service intégré de soins à domicile. Par concertation, le forfait rémunère la participation des dispensateurs de soins à la concertation et peut être attesté par un maximum de quatre dispensateurs de soins. Cette intervention forfaitaire ne peut pas être attestée pour la participation d'un dispensateur de soins du centre hospitalier d'expertise.

Le service intégré de soins à domicile peut porter en compte une intervention forfaitaire si un dispensateur de soins ou d'aide a effectivement collaboré dans le cadre de la concertation au nom du service intégré de soins à domicile. Ce dispensateur de soins ou d'aide doit être représenté dans un service intégré de soins à domicile agréé ou avoir conclu une convention avec lui et avoir effectivement collaboré à un aspect des soins ou aides à l'égard du patient, à l'exclusion des aspects administratifs et de coordination ou de la rédaction du plan de soins.

L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est facturée intégralement chaque mois par le service intégré de soins à domicile qui assure le traitement administratif. L'organisme assureur paie l'intervention directement aux dispensateurs de soins concernés.

Wallex - Le droit en Wallonie

§2. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement décrite dans l'article 3 de l'arrêté royal susmentionné, est portée en compte par le service intégré des soins à domicile au maximum quatre fois par an et par patient. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement peut être attestée par concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, si une concertation multidisciplinaire a eu lieu et si les documents décrits à l'article 3 ont été transmis au service intégré de soins à domicile.

Art. 4 *bis* .

(Inséré par AM 2006-10-24/30, art. 1; ED : 16-11-2006) Dans le cadre de la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3 *bis* de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, le service intégré de soins à domicile dispose des documents suivants :

1° une copie du rapport de la première concertation autour du patient, concertation à l'issue de laquelle la décision d'intégrer le patient dans le projet thérapeutique a été prise selon les dispositions prévues dans l'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, §2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale; ce rapport mentionne également les noms du patient et des partenaires de soins ou d'aide concernés et est signé par les représentants de ces partenaires de soins ou d'aide présents lors de la concertation;

2° une copie du rapport des concertations ultérieures mentionnant les noms du patient et des partenaires de soins ou d'aide concernés, signé par les représentants de ces partenaires de soins ou d'aide présents lors de la concertation;

3° une copie du plan de prise en charge qui, à l'issue de chaque concertation, rend compte de la prise en charge du patient par les différents partenaires du projet thérapeutique.

Art. 4 *ter* .

(Inséré par AM 2006-10-24/30, art. 1; ED : 16-11-2006) §1er. [1 L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3 *bis* de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge dans le projet thérapeutique, maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre. L'année de la prise en charge commence le jour de la première prise en charge du patient.

En dérogation à l'alinéa précédent, une deuxième concertation peut être attestée au cours du premier trimestre de prise en charge du patient pour autant qu'une première concertation associant l'ensemble des partenaires ait été suivie par une deuxième concertation avec trois partenaires au minimum au cours du même trimestre et que les deux concertations n'aient pas lieu le même jour. Dans ce cas, l'intervention peut être portée en compte au maximum cinq fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge.

Cette intervention peut être portée en compte comme suit :

1° la concertation a eu lieu et les documents décrits à l'article 4bis ont été transmis au service intégré de soins à domicile;

2° pour le patient, au moins une concertation par trimestre a lieu au cours de la première année de prise en charge et au moins trois concertations par an au cours de la période suivante;

3° tous les partenaires du projet thérapeutique ont été associés à cette concertation et au moins trois d'entre eux y ont effectivement participé;

4° le service intégré de soins à domicile a été officiellement désigné comme coordinateur administratif dans le cadre du projet thérapeutique]1 .

§2. L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est facturée chaque mois par le service intégré de soins à domicile à l'organisme assureur.

§3. [1 Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement décrite dans l'article 3 *bis* de l'arrêté royal du 14 mai 2003 précité, est portée en compte par le service intégré des soins à domicile. Cette intervention

Wallex - Le droit en Wallonie

peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge dans le projet thérapeutique et maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre.

En dérogation à l'alinéa précédent, une deuxième concertation peut être attestée au cours du premier trimestre de prise en charge du patient pour autant qu'une première concertation associant l'ensemble des partenaires ait été suivie par une deuxième concertation avec trois partenaires au minimum au cours du même trimestre et que les deux concertations n'aient pas lieu le même jour. Dans ce cas, l'intervention peut être portée en compte au maximum cinq fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge.

Cette intervention forfaitaire peut être portée en compte par concertation multidisciplinaire, telle que visée ci-dessus, si une concertation multidisciplinaire a eu lieu et si les documents, décrits dans l'article 4 *bis* , ont été transmis au service intégré des soins à domicile. Cette intervention est portée en compte mensuellement par le service intégré des soins à domicile à l'organisme assureur][1] .

---

(1)(AM 2009-05-26/02, art. 1, 003; En vigueur : 01-08-2009)

Art. 5.
En ce qui concerne le service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française, la facturation des interventions forfaitaires définies aux articles 2 et 3 de l'arrêté susmentionné est effectuée par :

- les centres de coordination au moyen du numéro d'inscription du service intégré de soins à domicile y attaché, pour tous les patients qui adhèrent à un centre de coordination;

- le service intégré des soins à domicile, pour les patients qui n'adhèrent pas à un centre de coordination.

Art. 6.
Les modalités de la facturation sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé.

Art. 7.
(AM 2006-10-24/30, art. 2, 002; ED : 16-11-2006) L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire décrite dans les articles 2 et 3 de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, s'élève à 40 euros par dispensateur de soins si la concertation a lieu au domicile du patient. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire s'élève également à 40 euros par dispensateur de soins, lorsque la concertation pour un patient EVP a lieu dans le centre hospitalier d'expertise concerné. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire s'élève à 30 euros par dispensateur de soins si la concertation n'a pas lieu au domicile du patient.

L'intervention pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3bis de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003 s'élève à 125 euros. Ce montant est distribué aux partenaires participants sur la base de ce qui a été convenu dans l'accord de collaboration visé dans l'arrêté royal du 22 octobre 2006 précité.

L'intervention pour l'enregistrement, décrite aux articles 2, 4 et 4 *ter* , s'élève à 12,50 euros.

Les interventions définies aux alinéas 1er et 2 du présent article couvrent la participation à la concertation, y compris le déplacement.

L'intervention pour la concertation visée dans les articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 14 mai 2003 ne peut pas être facturée si l'intervention pour la concertation visée à l'article 3 *bis* de cet arrêté royal a déjà été facturée.

Les montants mentionnés dans le présent article sont adaptés au 1er janvier de chaque année en vertu de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente, de la valeur de l'index santé, prévu à l'article 1er 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.

Wallex - Le droit en Wallonie

Art. 8.
A titre transitoire, le patient EVP qui est soigné à domicile à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté, entre en ligne de compte pour la concertation multidisciplinaire et l'enregistrement. A cet effet, le médecin responsable du centre hospitalier d'expertise concerné établit l'avis médical visé à l'article 3, alinéa 1er, 3°, sur base d'une consultation ou du dossier médical du patient.

Art. 9.
Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2006.

Bruxelles, le 18 novembre 2005.

R. DEMOTTE.

Wallex - Le droit en Wallonie