
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° SPECIAL / NOVEMBRE 2002

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**Nouveaux tarifs pour les psychothérapies en vigueur à partir du 1.12.2002
disponibles sur notre website <http://www.gbs-vbs.org>**

TARIFS DES HONORAIRES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES

En vertu de l'A.R. du 29.9.2002 (M.B. du 29.10.2002), les nouvelles dispositions légales relatives aux tarifs des honoraires applicables aux patients hospitalisés entrent en vigueur le 1.12.2002. Ou, en d'autres termes, le nouvel article 138 de la loi sur les hôpitaux (art. 109 de la loi du 14.1.2002 portant des mesures en matière de soins de santé) entre en vigueur. En résumé, cet article prévoit que dorénavant, les suppléments d'honoraires doivent s'appuyer sur une réglementation précise, intégrée dans la Réglementation générale des rapports juridiques (RGRJ) visée à l'article 130 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, dans laquelle sont précisés les tarifs maximums pouvant être appliqués par les médecins hospitaliers. La réglementation ainsi adoptée n'est pas directement applicable. Le gestionnaire de l'hôpital doit d'abord communiquer cet élément de la réglementation générale à la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux (CNPMH) et au Service des soins de santé de l'INAMI (à destination des organismes assureurs).

Eléments essentiels de ce nouveau cadre légal

1. Le nouvel article 138 a déjà été inséré dans la loi sur les hôpitaux par le biais de la loi du 14.1.2002 (la "première loi sur les soins de santé", M.B. du 22.2.2002) mais la date d'entrée en application devait encore être fixée par A.R. (ce qui est donc maintenant le cas avec l'A.R. du 29.9.2002). Cette même loi prévoit cependant également une disposition transitoire en ce qui concerne la réglementation sur les suppléments existante, à savoir l'article 114 : tant que les nouvelles dispositions de la RGRJ ne sont pas d'application, les médecins non conventionnés ne peuvent appliquer que les suppléments communiqués jusqu'à présent aux patients en application de l'A.R. du 3.10.1991.

Cette disposition transitoire cesse cependant d'exister deux ans après sa date d'entrée en vigueur (le 22.2.2002), c'est-à-dire le 22.2.2004. Les médecins hospitaliers ont donc tout intérêt à ce qu'une réglementation des tarifs claire et surtout à ce que la disposition des tarifs maximums pouvant être appliqués, comme prévu dans le nouvel article 138, soient intégrées dans la RGRJ (de préférence avec une référence explicite à l'article 138 susvisé).

2. Un élément important consiste naturellement dans le fait que la RGRJ est élaborée à l'initiative du gestionnaire de l'hôpital et que la communication des tarifs maximums à la CNPMH et à l'INAMI doit également être assurée par le gestionnaire. Ce dernier ne peut toutefois pas faire un usage abusif de cette mission légale. Ainsi, il ne peut pas par exemple empêcher que des médecins non conventionnés puissent demander des suppléments, par exemple en refusant d'intégrer les tarifs maximums dans la RGRJ ou en ne communiquant pas ladite réglementation aux instances susvisées. En effet, le droit à porter en compte des suppléments d'honoraires est reconnue expressément par la loi, aussi bien quand un accord médico-mutualiste existe que quand il fait défaut, sauf pour certaines catégories de patients bien précises définies par A.R. (voir infra).

En fait, la loi a désigné la concertation médecins-hôpitaux comme un mécanisme de régulation fonctionnant parallèlement à celle des accords médico-mutualistes. Il va sans dire que dans le prolongement, il est préférable de mettre en place des schémas de tarifs régionaux ou au moins indicatifs via des structures de concertation adaptées. Le devoir de communication à la CNPMH suppose naturellement qu'un processus de régulation intervient aussi au niveau de cette instance. Par ailleurs, les éventuels litiges locaux à propos de la réglementation à élaborer dans le cadre de la RGRJ peuvent être soumis auprès du Bureau permanent de conciliation de la CNPMH.

3. Le nouvel article 138 prévoit dans son § 5 qu'un A.R. définit les catégories de patients à l'égard desquels les médecins non conventionnés ne peuvent jamais appliquer de suppléments par rapport :

- aux tarifs de la convention si un accord médico-mutualiste est en vigueur;
- aux tarifs servant comme base de calcul pour l'intervention de l'assurance en cas d'absence d'accord.

Ceci peut toutefois poser un problème dans l'hypothèse (certes rare) où un patient appartenant à une de ces catégories pose malgré tout des exigences particulières. Si cela arrive alors qu'un accord médico-mutualiste est en vigueur, il va de soi que les dispositions de cet accord sont applicables. En cas d'absence d'accord, cela ne serait pas possible.

Les catégories de patients susvisées ont entre-temps été définies par l'A.R. du 29.9.2002 (M.B. du 29.10.2002 – voir annexes).

4. Le système des accords médico-mutualistes joue un rôle important dans la nouvelle réglementation de l'art. 138 de la loi sur les hôpitaux (voir infra : texte intégral de l'art. 138). Les dispositions à intégrer dans la RGRJ devront presque inévitablement différer selon qu'un accord est ou n'est pas en vigueur.

Il est important de noter que les dispositions transitoires relatives aux suppléments d'honoraires actuellement en vigueur (cf. supra : art. 114 de la loi du 14.1.2002) ne sont d'application que si un accord médico-mutualiste est en vigueur attendu qu'il y est fait expressément référence à la situation de l'art. 138, § 2. Par conséquent, si, durant la période transitoire (qui prend fin en février 2004), il ne devait pas y avoir d'accord à un moment donné, les éventuels suppléments portés en compte par les médecins devront s'appuyer sur des dispositions spécifiques de la RGRJ qui, comme stipulé dans l'art. 138, auront dû être communiquées à la CNPMH et à l'INAMI. Dès lors, il est également conseillé, pour éviter d'éventuels problèmes, de prévoir en temps utile une réglementation adaptée et conforme dans la RGRJ.

5. Naturellement, l'existence d'un accord a également pour effet qu'une limite de revenus est fixée pour le bénéficiaire, les tarifs de la convention n'étant pas d'application au-delà de cette limite. Cette donnée est tout à fait conciliable avec les dispositions de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux même si ce dernier ne dit rien à ce sujet. Rien n'empêche de prévoir, dans la RGRJ, une réglementation suivant laquelle, même en l'absence d'accord, les tarifs maximums sont différenciés selon que ladite limite de revenus (par exemple du dernier accord en vigueur) est ou n'est pas dépassée.

En ce qui concerne les prestations ne figurant pas (ou plus) dans la nomenclature, les médecins conventionnés et non conventionnés fixent librement leurs honoraires. Cependant, rien n'empêche

de prévoir, dans la RGRJ, une différenciation des tarifs maximums pour ces prestations selon qu'il y a un accord ou pas, selon la catégorie (sociale) à laquelle le patient appartient et/ou selon que le bénéficiaire se situe au-dessus ou au-dessous de la limite de revenus susvisée.

6. L'article 138 crée cependant une incertitude plus grande encore au niveau des modalités précises selon lesquelles le médecin individuel a adhéré à la convention (médecin conventionné partiellement). En effet, la réglementation légale établit exclusivement une distinction entre les médecins conventionnés et non conventionnés si un accord est en vigueur. Un médecin partiellement conventionné peut-il porter en compte un supplément pour un patient hospitalisé dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune si les soins sont dispensés en dehors des conditions de temps et de lieu de l'adhésion individuelle du médecin? Apparemment non. On ne peut qu'en déduire qu'à l'avenir, les situations de conventionnement partiel ne concerneront principalement que les soins dispensés aux patients ambulatoires. Par contre, on peut par exemple envisager qu'un médecin hospitalier pourrait réserver une part de son activité non conventionnée aux patients hospitalisés dans une chambre particulière pour des motifs personnels.

7. La notion de "patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes" est clairement redéfinie. En marge des admissions classiques et de l'hospitalisation de jour, dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, on "assimile" à cette notion les patients admis dans une chambre particulière (le nouvel art. 90 § 2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) :

"a) lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle;

b) lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre de deux patients ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle;

c) lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité.

Le séjour en chambre de deux patients ne peut donner lieu à aucun supplément lorsque ce séjour est requis du fait de la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres communes, ainsi que dans les cas visés à l'alinéa 1^{er}, c)."

En outre, l'art. 138 § 1, dernier alinéa, prévoit une "assimilation" analogue pour les patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, pour une liste de prestations qui doit être définie par A.R. Cela a entre-temps eu lieu avec l'A.R. du 29.9.2002 (M.B. du 29.10.2002) qui contient dans son annexe la liste des prestations, d'une part, en hospitalisation de jour chirurgicale et, d'autre part, en hospitalisation de jour oncologique à laquelle cette disposition s'applique.

8. Par ailleurs, le Ministre a encore un A.R. en préparation, en application du nouvel article 91 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, concernant la communication préalable de la nature des montants à charge du patient et notamment des suppléments visés à l'art. 138, les modalités en matière de communication de ces montants proprement dits au patient et la présentation pour signature au patient d'un document dans lequel ces montants sont renseignés.

Sous l'influence notamment de la Loi relative aux droits du patient, on se dirige ici vers des obligations pratiquement irréalisables auxquelles il convient de satisfaire au plus tard au début de l'admission. Ainsi, dans un projet d'A.R. rédigé par les cabinets des ministres VANDENBROUCKE et TAVERNIER, on trouve, en plus de la liste des médecins conventionnés et non conventionnés avec mention des suppléments facturés par ceux-ci en plus des "honoraires légaux", une liste de prix avec indication des forfaits pour les médicaments, les prestations techniques, l'imagerie médicale et la biologie clinique et les "frais de transport, d'hôtellerie et de morgue" ainsi qu'une liste des biens de consommation médicaux avec indication des montants portés en compte. Tant la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux (CNPMH) que le Conseil national des

établissements hospitaliers (CNEH) qui ont été invités à rendre un avis ont rejeté ce projet à l'unanimité des voix car ils l'ont jugé totalement irréalisable. D'une part, car les informations que l'hôpital est supposé fournir sont tellement nombreuses que le patient ne s'y retrouve plus et, d'autre part, car cela représenterait une charge supplémentaire phénoménale pour le personnel. Entre-temps, un groupe de travail mixte spécial de la CNEH et de la CNPMH a été chargé de trouver des solutions pratiques. A première vue, la seule solution pour dissiper quelque peu l'opacité de l'énorme masse d'informations consisterait à installer des "automates de l'information" électroniques interactifs dans tous les hôpitaux, de manière à ce que le patient (ou son "représentant") puisse demander les informations recherchées au fur et à mesure de l'évolution de son diagnostic et/ou du traitement. Un investissement technique probablement lourd pour lequel un financement adapté devra également être prévu. Les droits du patient ont un coût qui peut encore difficilement être chiffré.

9. Enfin, nous attirons votre attention sur la possibilité de sanctions en cas d'infractions en matière de tarifs maximums. Nous vous rappelons que l'art. 50 § 11 de la loi coordonnée S.S.I. du 14.7.1994 permet d'imposer d'office des honoraires maximums par la voie d'un A.R. lorsqu'à l'expiration d'un accord médico-mutualiste, aucun nouvel accord n'entre en vigueur, et ce soit dans toutes les régions du pays, soit dans certaines régions, pour toutes les prestations ou pour des prestations données, pour tous les bénéficiaires ou pour certains bénéficiaires. Quant à l'article 13 de la loi du 22.8.2002 (la "deuxième" loi sur les soins de santé – M.B. du 10.9.2002), elle impose des sanctions aux médecins qui s'écartent des tarifs maximums fixés par A.R. dans la situation de l'art. 50 § 11 susvisé. La sanction S.S.I. susvisée consiste en une amende administrative trois fois égale au montant du dépassement, avec un minimum de 125 euros. Elle est également applicable lorsque le médecin conventionné dépasse les honoraires et les prix de la convention. Il s'agit donc d'une sanction lourde.

Ci-après, nous reproduisons le texte intégral de l'article 138 ainsi qu'un schéma succinct de la réglementation des honoraires devant, dans le cadre de l'art. 138, être incorporé dans la RGRJ. Ce schéma succinct fait également l'objet d'une enquête à laquelle nous demandons aux Conseils médicaux de bien vouloir apporter leur concours. Nous vous en remercions d'avance.

Les dispositions du nouvel article 138 (Loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé – M.B. du 22.2.2002)

[...]

Art. 109. L'article 138 de la même loi, modifié par la loi du 22 février 1998, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 138. § 1er. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes.

Sont assimilés aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 90, § 2.

Les alinéas 1er et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour, admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Dans le cas prévu au § 1er, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1er, le font savoir au gestionnaire qui en informe le Conseil médical et les organismes assureurs.

Les médecins visés à l'alinéa 1er, peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1er, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1er, alinéas 1er et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale

doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 2 est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 3. Le gestionnaire et le Conseil médical se portent garants du fait que tous les patients visés au § 1er pourront être soignés aux tarifs de l'accord. Le gestionnaire, après concertation avec le Conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le Conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1er.

§ 4. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994 n'est pas en vigueur, les médecins peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 2, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1er, alinéas 1er et 2, des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance, dans la mesure où, conformément aux règles prévues au § 2, alinéa 2, des tarifs maximaux ont été fixés et sont respectés par les médecins. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 1er est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 5. Le Roi définit les catégories de patients à l'égard desquels les médecins visés au § 2, ne peuvent appliquer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord.

En ce qui concerne les patients visés à l'alinéa 1er, met au cas où il n'existe aucun accord tel que visé au § 4, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués par les médecins. »

[...]

Art. 114 (dispositions transitoires – jusqu'au 22.2.2004). Tant que les tarifs visés à l'article 138, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée susmentionnée, ne peuvent être appliqués du fait qu'ils n'ont pas encore été fixés conformément aux règles visées au même article 138, § 2, alinéa 2, peuvent seuls, être facturés les suppléments qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, ont été communiqués aux patients en application de l'arrêté royal du 3 octobre 1991 précisant les règles relatives à la communication, aux patients, des suppléments qui sont demandés par rapport aux tarifs de l'accord ainsi que tout autre supplément.

Annexe 1. A.R. du 29.09.2002 (M.B. du 29.10.2002) portant exécution de l'article 90, § 1er, alinéa 3, de la loi sur les hôpitaux

Article 1er. Le montant maximum du supplément qui, en application de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 peut être pris en compte pour un séjour dans une chambre à deux patients, s'élève à 18,95 euros le 1er février 2002.

Art. 2. Le montant visés à l'article 1er est indexé en vertu de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Art. 3. Les dispositions de l'article 90, §§ 1er et 2, de la loi précitée, sont applicables aux prestations en hospitalisation de jour, dès que celles-ci donnent lieu à l'application de l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ou à un forfait de journée comme visé dans l'accord en vigueur en application de l'article 46 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 4. L'arrêté royal du 22 décembre 1966 fixant, pour les hôpitaux, en exécution de l'article 8, § 1er, alinéa 4, de la loi du 23 décembre 1963, le maximum du supplément au prix normal de la journée d'entretien, est supprimé.

Art. 5. L'article 84 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entre en vigueur à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

Art. 7. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Annexe 2. A.R. du 29.09.2002 (M.B. du 29.10.2002) portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux + Annexe "hospitalisation de jour"

Article 1er. L'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, remplacé par la loi du 14 janvier 2002, est applicable aux patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations visées à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, lesquelles sont décrites dans l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. Si un accord, comme visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est d'application, les médecins qui n'y ont pas adhéré, ne peuvent, en application de l'article 138, § 5, de la même loi, coordonnée le 7 août 1987, demander des tarifs s'écartant des tarifs de l'engagement, à l'égard des catégories suivantes de patients hospitalisés dans des chambres de deux patients ou des chambres communes :

1° les bénéficiaires visés à l'article 2 de l'arrêté royal du 3 novembre 1993 portant exécution de l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° les bénéficiaires visés aux articles 34, 14° de la loi précitée, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° les bénéficiaires visés à l'article 37, § 16bis de la loi précitée, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les conditions visées à l'alinéa 1er doivent être remplies l'année durant laquelle l'admission a lieu ou l'année précédant celle-ci.

Au cas où il n'existe aucun accord, tel que visé à l'alinéa 1er, les tarifs qui servent comme base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximum qui peuvent être appliqués par les médecins par rapport aux catégories de patients visées à l'alinéa 1er.

Art. 3. L'article 109 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entre en vigueur le jour de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 5. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

ANNEXE : Prestations effectuées en hospitalisation de jour

Voir notre website <http://www.GBS-VBS.org>

Annexe 3. Détermination des catégories de patients pouvant bénéficier de soins sans supplément (Art. 2. A.R. du 29.9.2002 – M.B. du 29.10.2002)

1° les bénéficiaires visés à l'article 2 de l'arrêté royal du 3 novembre 1993 portant exécution de l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

1° les bénéficiaires qui, soit ont droit à un revenu garanti en application de la loi du 1er avril 1969 instituant un revenu garanti aux personnes âgées ou conservent par application de l'article 21, § 2, de la même loi le droit à la majoration de rente, soit ont droit à un minimum de moyens d'existence en application de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

(2° les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés à l'article 37, §§ 1er et 19, de la loi coordonnée précitée et les personnes qui sont à leur charge;)

3° les (bénéficiaires) auxquels est accordée une des allocations visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations de handicapés et les personnes qui sont à leur charge;

4° les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en chômage contrôlé et qui ont depuis six mois au moins la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage et les personnes qui sont à leur charge. La présente disposition concerne uniquement les chômeurs qui ont, au sens de cette dernière réglementation, la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé.

Les bénéficiaires doivent se trouver dans une des situations visées sous 1° à 4° au plus tard le 1er octobre de l'année de référence.

(5° les bénéficiaires auxquels un centre public d'aide sociale accorde un secours partiellement ou totalement pris en charge par l'Etat fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge de secours accordés par les centres publics d'aide sociale et les personnes qui sont à leur charge;)

(6° les bénéficiaires d'une allocation familiale majorée conformément à l'article 47, § 1er, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants et les personnes qui sont à leur charge.)

2° les bénéficiaires visés aux articles 34, 14° de la loi précitée, coordonnée le 14 juillet 1994;

(14° les matières et produits de soins pour les soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave (ou de bénéficiaires nécessitant des soins palliatifs à domicile).)

3° les bénéficiaires visés à l'article 37, § 16bis de la loi précitée, coordonnée le 14 juillet 1994.

(§ 16bis. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, dans les conditions qu'il détermine :

1° supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique;

2° instaurer une allocation forfaitaire dont il fixe le montant, à l'intention des bénéficiaires susvisés à titre d'intervention supplémentaire dans leurs dépenses pour soins de santé.

Arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994(M.B. du 9 juin 1998)

Un bénéficiaire, visé à l'article 32 ou 33 de la loi, est considéré pour une année civile déterminée comme un bénéficiaire atteint d'une maladie chronique s'il satisfait aux deux conditions suivantes :

1) l'ensemble des interventions personnelles effectivement prises en charge par lui pour des prestations effectuées durant l'année civile concernée et au cours de l'année civile précédente atteint dix mille francs par an;

2) dans le courant de l'année civile concernée, il se trouve dans une des situations suivantes :

a) il bénéficie d'un accord du médecin-conseil portant sur une période de trois mois au moins, pour un traitement de soins infirmiers donnant lieu au paiement des honoraires forfaitaires, dits forfaits B, visés à l'article 8, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé; est également prise en considération pour la détermination de la période de trois mois, la période pendant laquelle il se trouve dans la situation visée au point b) ci-dessous;

b) il bénéficie d'un accord du médecin-conseil portant sur une période de trois mois au moins, pour un traitement de soins infirmiers donnant lieu au paiement des honoraires forfaitaires, dits forfaits C, visés à l'article 8, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé; est également prise en considération pour la détermination de la période de trois mois, la période pendant laquelle il se trouve dans la situation visée au point a) ci-dessus;

c) il bénéficie d'un accord du médecin-conseil portant sur une période de six mois au moins, pour un traitement de kinésithérapie visé à l'article 7, § 1er, E de la nomenclature des prestations de santé ou de physiothérapie visé à l'article 22, II, de ladite nomenclature permettant la réduction de l'intervention personnelle résultant de l'alinéa 3, c, de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations;

d) il bénéficie d'une allocation familiale majorée conformément à l'article 47, § 1er des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants;

e) il répond aux conditions permettant l'octroi de l'allocation d'intégration, en catégorie III ou IV, visée à l'article 5 de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration. Le Ministre peut déterminer les modalités permettant de prendre en considération les personnes qui ne satisfont pas à la condition de revenus imposée par l'arrêté royal susvisé alors qu'elles répondent aux conditions de dépendance;

f) il répond aux conditions permettant l'octroi de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, (en catégorie III, IV ou V), visée à l'article 3 de l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. Le Ministre peut déterminer les modalités permettant de prendre en considération les personnes qui ne satisfont pas à la condition de revenus imposée par l'arrêté royal susvisé alors qu'elles répondent aux conditions de dépendance;

g) il bénéficie d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne octroyée sur la base de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés;

h) il bénéficie d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité accordée au titulaire qui est considéré comme ayant personne à charge en raison de la nécessité de l'aide d'une tierce personne, en application de (l'article 225, § 1er, 6°) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et de l'article 12 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants;

i) il bénéficie d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne visée à l'article 215bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 susvisé et à l'article 12ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 susvisé.

(j) il a séjourné dans un hôpital pendant une durée totale d'au moins 120 jours atteinte dans une période de référence constituée de l'année civile concernée et de l'année civile précédente, visée au point 1) du présent article ou bien il a été admis au moins six fois dans un hôpital durant cette même période de référence; dans l'hypothèse ci-dessus visée en dernier lieu, sont également prises en considération les journées pour lesquelles ont été accordés les montants fixés par l'article 4, §§ 4, 5 ou 6 de la Convention nationale du 24 janvier 1996 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, et les journées pour lesquelles a été accordée une intervention de l'assurance dans les frais d'hémodialyse et de dialyse péritonéale à domicile ou dans les frais de dialyse dans un service d'autodialyse collective tels qu'ils

sont définis à l'article 9 undecies de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.)

Annexe 4. ENQUETE sur la réglementation tarifaire dans les hôpitaux

Enquête sur la réglementation tarifaire à inscrire dans la Réglementation générale des rapports juridiques (RGRJ)

(A renvoyer au GBS, avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles
- ou fax 02/649.26.90 – ou e-mail : info@gbs-vbs.org)

En page 10 ci-après, nous vous présentons une réglementation tarifaire sommaire dans le prolongement des nouvelles dispositions de la nouvelle version de l'article 138 de la loi coordonnée sur les hôpitaux. Ce schéma peut éventuellement servir comme fil conducteur lors de l'élaboration des dispositions que votre hôpital doit inscrire dans la RGRJ concernant les éventuels suppléments pouvant être portés en compte pour les patients hospitalisés ou traités en hôpital de jour.

Par ailleurs, nous souhaitons également vous fournir les informations nécessaires concernant les régimes tarifaires qui sont ou pourraient être appliqués dans les autres hôpitaux. C'est pourquoi nous demandons au Conseil médical de votre hôpital de nous renseigner sur les tarifs maximums. Peut-être êtes-vous également d'avis que la casuistique proposée doit être complétée (ou simplifiée). Dans ce cas, veuillez indiquer ce qui, selon vous, doit être ajouté ou supprimé. En résumé, nous vous invitons à nous renvoyer le schéma suivant après y avoir apporté les corrections que vous jugez utiles (N.B. : vous pouvez au besoin télécharger la version électronique de notre website www.gbs-vbs.org). Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

ANNONCES

- 02062 **LIEGE** : cherche 2 collaborateurs dynamiques en vue de reprendre progressivement cabinet privé, fonctionnant sur base de 14 demi-journées/semaine, dans une région en pleine expansion. Plateau technique tout à fait moderne. Salle d'opérations + phaco attenante au Cabinet. Modalités de reprise progressive mises au point par un réviseur d'entreprises et garantissant, au repreneur, de fonctionner sans emprunt. Opportunité vraiment intéressante d'avoir rapidement une **CLIENTELE MEDICO-CHIRURGICALE** importante. Ecrire au bureau du journal.
- 02066 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth Namur engage **MÉDECIN GÉNÉRALISTE** full-time. Envoyer C.V. au Dr De Ridder, Clinique Sainte-Elisabeth, 15 Pl. L. Godin, 5000 Namur.
- 02067 **A REPRENDRE** pour cause de pension 3080 Tervuren : centre médical pluridisciplinaire, vaste parking, possibilités diverses (Rx/physio/kiné), accompagnement possible. Tél. : 02/767.43.93.
- 02068 **THULIN** (proximité de Quiévrain) : Cabinet médical, nouveau et spacieux, avec salle d'examen séparée, à louer par demi-journées. Convient pour une consultation de Chirurgie Digestive, Chirurgie Esthétique, Gynécologie, Gastro-Entérologie, Pneumologie, ... Contacter le Dr Luc HOURRIEZ : 065/65.35.26, 0475/42.44.92.
- 02073 **MEDECIN BIOLOGISTE** accrédité, polyvalent, expérimenté, cherche poste dans laboratoire hôpital ou privé Bruxelles ou région wallonne. Tél. : 071/55.74.00 GSM : 0477/53.43.26
- 02074 **BRUXELLES** : Centre Médico-Social dans les Marolles à Bruxelles cherche **DERMATOLOGUE** pour 1 consult./semaine. Contacter Jacques Verstraeten, Entr'aide des Travailleuses, 169, rue des Tanneurs, 1000 Bruxelles. Tél : 02/510.01.80 Fax : 02/510.01.90 E-mail : entraide@skynet.be
- 02075 **A VENDRE** : Ford Puma 1400 cc, année 2000, gris métallisé, 41.600 km, prix : 10.000 € (à débattre), jantes en alliage léger, pack électrique, radio CD, télécomm., verrouillage central automatisé. Tél. : 0477/98.21.35.
- 02076 **LEERNES** : Institut Médico-Pédagogique SAINT-EXUPERY de Leernes, Service Résidentiel pour Jeunes agréé par l'AWIPH, accueillant des garçons de 6 à 18 ans (trouble du comportement, déficience mentale légère) recherche **NEUROPSYCHIATRE**, **PEDOPSYCHIATRE** ou **PSYCHIATRE**, 12 heures par semaine, statut indépendant, travail en équipe pluridisciplinaire. Envoyer CV : Philippe BRUYNDONCKX, Institut Royal Saint-Exupéry, rue Abbaye d'Aulne 2, 6142 LEERNES.
- 02077 **LIEGE** : Polycliniques universitaires d'Ougrée cherche, pour une ou plusieurs demi-journées de consultations, un médecin spécialiste en **PSYCHIATRIE**, un médecin spécialiste en **ENDOCRINOLOGIE** et un médecin spécialiste en **UROLOGIE**. Renseignements 04/336.66.66 - A.VANDENBROECK Email : ulg.ougree@belgacom.net

Enquête/ Schéma disposition tarifs des honoraires dans RGRJ

Conformément aux dispositions de l'art. 138 de la loi sur les hôpitaux (art. 109 de la loi du 14.1.2002 portant des mesures en matière de soins de santé), les tarifs maximums suivants sont applicables pour les prestations pour les patients hospitalisés (et pour les prestations en hôpital de jour, annexe de l'A.R. du 29.09.2002).

- I. Catégories de patients :
 - A. patient bénéficiant d'une protection légale (art. 2 A.R. 29.09.2002)
 - B. patient visé dans le dernier accord médico-mutualiste (jusque limite de revenus de l'accord médico-mutualiste)
 - C. patient non visé dans le dernier accord médico-mutualiste (dépassant limite de revenus de l'accord médico-mutualiste, fonctionnaires européens, assurés étrangers, etc.).

- II. Tarifs maximums si un accord visé à l'art. 50 de la loi du 14.07.1994 est en vigueur :
 - a) Patient cat. A demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune: tarifs des honoraires de la convention, et ce que le médecin choisi soit conventionné ou non
 - b) Patient cat. B demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune: s'il choisit un médecin conventionné : tarifs des honoraires de la convention : II a).
 - c) Patient cat. B demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune: s'il choisit un médecin non conventionné: tarifs des honoraires II a) + supplément %.
 - d) Patient cat. C demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune : tarifs des honoraires II a) + supplément %.
 - e) Patient cat. A, B ou C demandant à être admis dans une chambre particulière (raisons non médicales): tarifs des honoraires II a) + supplément % (à différencier éventuellement en fonction de la catégorie de patient).

NB: 1.- Prestations ne figurant pas dans la nomenclature des soins de santé:

La réglementation susvisée n'est pas d'application pour les prestations qui ne sont pas (ou plus) remboursées, les techniques nouvelles ou particulières qui ne sont pas (encore) couvertes par l'assurance-maladie, les traitements purement esthétiques (ou esthétiques complémentaires) ou pour les soins ou fournitures de dispositifs médicaux sortant du cadre de la loi S.S.I. coordonnée du 14.07.1994. Ceux-ci font l'objet de dispositions tarifaires particulières ou, à défaut, d'accords spécifiques avec le dispensateur de soins.

NB: 2.- Sous réserve d'une disposition contraire pour des prestations bien définies en annexe de la présente RGRJ, les tarifs maximums visés aux rubriques II, c), d) et e) ci-dessus sont majorés du montant des réductions tarifaires imposées par les pouvoirs publics dans la nomenclature des soins de santé ou des réductions tarifaires concernant les honoraires forfaitaires résultant des mesures d'économies adoptées par les pouvoirs publics, par rapport aux tarifs applicables au 31.12.2000.

- III. Tarifs maximums si un accord visé à l'art. 50 de la loi du 14.07.1994 n'est pas en vigueur :
 - a) Patient cat. A demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune: tarifs des honoraires servant de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance.
 - b) Patient cat. B demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune: tarifs des honoraires II. a) + supplément %.
 - c) Patient cat. C demandant à être admis dans une chambre de deux patients ou dans une chambre commune: tarifs des honoraires II a) + supplément %.
 - d) Patient cat. A, B ou C demandant à être admis dans une chambre particulière (raisons non médicales): tarifs des honoraires II a) + supplément% (à différencier éventuellement en fonction de la catégorie de patient).

NB: cf. NB sub II.