

**Service des soins
de santé**

**CONVENTION NATIONALE
ENTRE LES ORTHOPEDISTES ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les orthopédistes et les organismes assureurs du 5 décembre 2017, sous la présidence de Madame N. De Rudder, attaché, déléguée à cette fin par Monsieur H. De Ridder, Fonctionnaire dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs,

et d'autre part,

les organisations professionnelles des orthopédistes.

PREAMBULE

Suite à l'étude KCE « 56A Matériel orthopédique en Belgique: Health Technology Assessment », dans laquelle ont été examinés l'efficacité et les coûts-efficacité des braces orthopédiques préfabriqués (cou, genou et poignet), la Commission de conventions a entamé l'élaboration d'une initiative concernant la transparence des prix pour le secteur bandagistes-orthopédistes.

La Commission de conventions bandagistes-orthopédistes-organismes assureurs a approuvé le système suivant pour la transparence des prix des prestations préfab :

1. Le prix des prestations actuelles est ventilé en trois parties :
 - a) coût de délivrance
 - b) prix standard
 - c) « marge »
2. La fixation de coût de délivrance, du prix standard et de la « marge » est effectuée par groupe homogène de produits.
 - 2.1. Le coût de délivrance :
 - a. Celui-ci comprend les coûts inhérents à la délivrance par un prestataire agréé et est entre autres fixé sur la base de la main d'œuvre exprimée en minutes et la prestation de services pour ce(s) groupe(s) de produits.
 - b. Il s'agit d'un montant fixe par groupe homogène de produits qui est totalement remboursé, qui est indépendant du coût du produit et qui est lié à la complexité de la prestation de service.
 - c. Par groupe de produits, on détermine ce que comprend au minimum la prestation de service. Les éléments suivants peuvent entre autres en faire partie:
 - accueil du bénéficiaire, rédaction du dossier technique du patient
 - prise des mesures et adaptation
 - devoir d'information du bénéficiaire concernant l'utilisation correcte et l'entretien du produit, délais de garantie, ...
 - 2.2. Le prix standard :
 - a. Celui-ci est calculé sur la base du prix au prestataire hors TVA des produits appartenant au groupe homogène de produits.
 - b. Ce prix standard est le prix maximum qui peut être remboursé pour le produit individuel délivré.
 - c. Les produits sont repris avec leur prix individuel au prestataire hors TVA dans les listes des produits admis au remboursement.
 - d. Une marge de sécurité par groupe de produits peut être fixée. Cela signifie que les produits dont le prix au prestataire (hors TVA) est supérieur au prix standard majoré de la marge de sécurité, n'entrent pas en considération pour être inscrits sur la liste des produits admis au remboursement.
 - e. La différence entre le prix du produit individuel et le prix standard est à charge du patient.
 - 2.3. La « marge »:
 - a. Celle-ci couvre les autres frais (logistique, administration, ...) et les bénéfices.
 - b. Il s'agit d'un montant fixe par groupe homogène de produits.
 - 2.4. La TVA.
3. Les règles générales et le concept du système de transparence des prix ont été traduits en un texte de nomenclature.
4. Ce système sera progressivement appliqué par groupe de produits.

Article 1^{er}. Le dispensateur agréé comme orthopédiste et comme bandagiste ne peut adhérer à la présente convention sans adhérer à l'autre convention.

Le chef d'entreprise agréé (orthopédiste) qui adhère à la convention s'engage à respecter les conditions de celle-ci pour toutes les fournitures faites au sein de son entreprise.

Conformément à l'article 49, § 2bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'orthopédiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention, y joindre une autorisation du chef de cette entreprise l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.

Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.

Sous réserve des dispositions du présent article, l'adhésion à la convention est caduque si la personne adhérente, dispensateur agréé travaillant pour une entreprise, quitte cette entreprise.

Le dispensateur qui adhère à la convention est tenu d'informer immédiatement par écrit – et au plus tard endéans un délai de quatorze jours – le Service des Soins de santé de l'Inami de la fin du contrat de travail le liant à une entreprise.

Si ce dispensateur s'établit à son propre compte, l'adhésion à la convention est prolongée s'il en informe le Service des Soins de santé de l'Inami endéans un délai de quatorze jours.

En cas d'entrée en fonction dans une autre entreprise, la personne est soumise au régime du nouvel employeur.

Art. 2. L'intervention de l'assurance est due pour chaque prestation reprise à l'article 29, § 1^{er}, de la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. Au 1^{er} janvier 2024, les valeurs du facteur de multiplication T sont fixées à :

T = 3,847616 EUR pour les prestations reprises sous sur mesure ;

T = 4,208515 EUR pour les prestations reprises sous sur mesure high-tech ;

T = 1,992041 EUR pour les prestations reprises sous préfab sans quote-part personnelle, à l'exception des prestations 653811-653822, 653833-653844, 653855-653866, 656611-656622, 677950-677961, 658910-658921, 676535-676546, 654570-654581 et 647570-647581 en 645610-645621 ;

T = 2,131424 EUR pour les prestations 653811-653822, 653833-653844, 653855-653866, 656611-656622 et 677950-677961 ; 658910-658921 et 676535-676546 ;

T = 1,538434 EUR	pour la prestation 654570-654581 ;
T = 1,601885 EUR	pour la prestation 647570-647581 ;
T = 1,876160 EUR	pour la prestation 645610-645621 ;
T = 1,992041 EUR	pour les prestations reprises sous préfab avec quote-part personnelle à l'exception des prestations 649434-649445, 646973-646984, 646995-647006, 647592-647603, 647555-647566, 645654-645665 645632-645643, 655690-655701, 647533-647544 et 647614-647625 en 697071-697082 ;
T = 1,792837 EUR	pour la prestation 649434-649445 ;
T = 2,031937 EUR	pour les prestations 646973-646984 et 646995-647006 ;
T = 1,562662 EUR	pour la prestation 647592-647603 ;
T = 1,270869 EUR	pour la prestation 647555-647566 ;
T = 1,876160 EUR	pour la prestation 645654-645665 ;
T = 1,322694 EUR	pour la prestation 645632-645643 ;
T = 1,571063 EUR	pour la prestation 655690-655701 ;
T = 1,422117 EUR	pour la prestation 647533-647544 ;
T = 1,702452 EUR	pour la prestation 647614-647625 ;
T = 1,308083 EUR	pour la prestation 697071-697082 ;
T = 3,591414 EUR	pour les prestations reprises sous I.M.F. ;
T = 2,959405 EUR	pour les prestations relatives aux lombostats en coutil et métal, sur mesure à l'exception des prestations 645352 – 645363 et 645374 - 645385 ;
T = 0,000000 EUR	pour les prestations 645352 – 645363 et 645374 – 645385 ;
T = 3,119146 EUR	pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques - affections majeures (A) - prestations avec quote-part personnelle ;
T = 3,119146 EUR	pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques - affections avec indication absolue (B) - prestations avec quote-part personnelle ;
T = 3,119146 EUR	pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques - affections avec indication relative (C) - prestations avec quote-part personnelle ;
T = 3,119146 EUR	pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques - affections secondaires (D) - prestations avec quote-part personnelle ;
T = 2,059654 EUR	pour la prestation relative à la semelle orthopédique ;

T = 4,208515 EUR	pour les prestations relatives aux prothèses myoélectriques, sur mesure high-tech ;
T = 3,847616 EUR	pour les prestations relatives aux prothèses myoélectriques, sur mesure ;
T = 2,160527 EUR	pour les prestations relatives aux prothèses myoélectriques, préfab.
T = 1,332956 EUR	pour les prestations relatives aux vêtements compressifs, sur-mesure ;
T = 1,285769 EUR	pour les prestations relatives aux vêtements compressifs, préfab.

Conformément à 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, la valeur du facteur de multiplication T peut être adaptée à partir du 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1^{er} dudit arrêté royal, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente. Pour ce faire, la Commission de conventions constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

Art. 4. Le dispensateur adhérant à la présente convention s'engage :

- 1° à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance, aux prix fixés par la présente convention, les articles de la nomenclature des prestations de santé pour la fourniture desquels il a été agréé, à l'exception des articles préfabriqués, de la semelle orthopédique, de la réparation tardive (prestation 696894) et des réparations et entretiens au sens de la nomenclature des prestations de santé pour lesquels un supplément peut être porté en compte, et à l'exception des raisons reprises à l'article 4, 2.

Pour la réparation et l'entretien de la "Prothèse des membres inférieurs" (prestations 697115 et 696872), ce supplément ne peut se rapporter qu'à la partie non remboursée de la prothèse.

Pour la prestation 697071- 697082, aucun supplément ne peut être porté en compte au bénéficiaire. L'article 4, 2°, n'est pas d'application pour cette prestation. (*)

- 2° à ne pas faire pression sur le bénéficiaire pour l'inciter à choisir un article qui, tout en répondant aux critères minimums de fabrication dont question à l'article 29, § 20, de la nomenclature, dépasse lesdits critères, justifiant ainsi une augmentation du prix conventionnel et à s'abstenir de tout excès dans l'appréciation de ladite augmentation ;

Cependant, si le bénéficiaire choisit un produit dont le prix est supérieur à celui fixé par la convention, l'orthopédiste doit en informer clairement le bénéficiaire. En cas de différend, la preuve que l'information a été donnée par l'orthopédiste doit être fournie.

- 3° à remettre au bénéficiaire une attestation de fournitures conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

En cas de décès du bénéficiaire ou de force majeure ayant empêché la fourniture, la prestation en cause est fournie à l'organisme assureur qui en doit le paiement. Cependant, l'orthopédiste accepte de reprendre l'article à 50 % de son prix s'il est au stade de l'essayage et à 25 % s'il est achevé.

En cas de désaccord entre les parties sur la situation de force majeure invoquée dans le cadre du précédent alinéa, le dossier est soumis à l'arbitrage d'un fonctionnaire désigné par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

- 4° en cas de non-conformité de l'article fourni à la prescription médicale ou aux critères de fabrication, à y remédier sans augmentation de prix.

Toutefois, cette clause n'est pas d'application lorsqu'il est établi qu'une modification anatomique importante est intervenue entre le moment de la commande et celui de la fourniture.

- 5° à mentionner le numéro sous lequel il a été agréé lorsqu'il se prévaut de cet agrément dans sa publicité ou ses documents commerciaux ;

- 6° à n'accorder aucun avantage aux bénéficiaires, aux organismes assureurs ou à leurs préposés, hôpitaux ou à leurs préposés, aux institutions ou à leurs préposés ou à toute autre personne intervenant dans la prescription, dans le conseil ou dans la fourniture des articles qu'il livre ;

- 7° à recevoir, à tout moment la visite des personnes revêtues dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, du pouvoir de contrôle ainsi que des personnes déléguées par la Commission de convention, aux fins d'enquêtes visant le respect des dispositions de ladite convention. S'il s'agit d'une enquête menée par des délégués de la Commission de convention, cette visite doit être annoncée.

Art. 5. L'organisme assureur adhérent à la convention s'engage :

- 1° à rembourser aux bénéficiaires les articles de la nomenclature des prestations de santé, à concurrence du prix fixé par la présente convention, à condition qu'ils répondent aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé, sur lequel a été retenue l'intervention personnelle fixée pour certaines prestations en exécution de l'article 37, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° à accorder son intervention à concurrence des prix prévus à l'article 4, 1°, pour les articles visés à l'article 4, 2° ;

Art. 6. Les articles confectionnés sur mesure doivent toujours être portés en compte à la mutualité par un dispensateur agréé de l'entreprise qui effectue les phases les plus importantes de la confection (prise des mesures, correction et construction).

Art. 7. Le coût des prestations couvre les frais de déplacement de l'orthopédiste dans un rayon de vingt-cinq kilomètres à compter de son atelier agréé le plus proche, excepté pour les lombostats en coutil et métal et les semelles orthopédiques pour lesquels la distance est ramenée à dix kilomètres. Au-delà des vingt-cinq kilomètres, un défraiement maximum de 0,37 EUR par kilomètre peut être porté en compte. Pour les lombostats en coutil et métal et les semelles orthopédiques, un défraiement maximum de 0,37 EUR par kilomètre, au-delà des dix kilomètres, peut être porté en compte.

Art. 8. § 1. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les parties appliquent des mécanismes de correction, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé

§ 2. Ces mécanismes de correction se rapportent par priorité à une augmentation disproportionnée des prestations analogues. Cette augmentation est appréciée sur la base des volumes et des dépenses fixés s'y rapportant.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel ; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

En cas de non-application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées au § 1^{er} de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue à ce paragraphe ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 9. La Commission de conventions est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 10. Des groupes de travail ad hoc peuvent être instaurés au sein de la Commission de convention.

Art. 11. La présente convention porte ses effets au plus tôt le 1^{er} janvier 2018. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2019 et est tacitement reconductible d'année en année.

Elle peut cependant être dénoncée avant le 1^{er} octobre de chaque année par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite :

- 1) soit par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation;
- 2) soit par tout dispensateur ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de ce seul dispensateur à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

Fait à Bruxelles, le 5 décembre 2017

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles des
orthopédistes,