

13 MAI 2020. - Arrêté royal n° 20 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

Publié :	19.05.2020		
Source :	SPF SECURITE SOCIALE		
En vigueur :	01.03.2020	* * *	Voir aussi article 74
Modifié :	A.R. 03.06.2020	M.B. 05.06.2020	Art. : 70
	A.R. 29.10.2020	M.B. 04.11.2020	Art.: 66
	A.R. 28.12.2020	M.B. 07.01.2021	Art.: 1
	L. 02.04.2021	M.B. 07.04.2021	Art.: 66
Rapport au Roi :	Cliquez ici		

Vu la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), les articles 5, § 1er, 1°, et 6 ;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 5 mai 2020 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 mai 2020 ;

Vu l'article 8, § 2, 2°, de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses concernant la simplification administrative, le présent arrêté est excepté de l'analyse d'impact de la réglementation ;

Vu la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (I), l'article 4, alinéa 2 ;

Considérant l'urgence motivée par l'apparition de la pandémie coronavirus COVID-19 sur le territoire belge et l'impossibilité de réunir formellement les organes institués ;

Considérant l'augmentation substantielle du nombre de concertations formelles et physiques qui seraient requises dans des groupes de travail techniques, des conseils et des commissions en vue de faire face aux situations critiques découlant de la propagation du coronavirus COVID-19 ;

Considérant la nécessité de régulariser au plus vite l'ensemble des mesures adoptées et déjà mises en œuvre pour des raisons de santé publique et de continuité des soins ainsi qu'afin de limiter la rétroactivité de celles-ci et de garantir la sécurité juridique pour l'ensemble des acteurs impliqués au quotidien dans la lutte contre la pandémie ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

TITRE 1er. - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er}.

~~Sauf mention contraire dans le présent arrêté ou une autre disposition légale ou réglementaire adoptée après le 13 mars 2020, les délais prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des délais prévus par ou en vertu des sections XVI et XXII du chapitre V du titre III, des titres IV, V, Vbis, du chapitre III du titre VI et des chapitres II, III et IV du titre VII de la loi, sont suspendus à partir du 13 mars 2020 jusqu'à une date à fixer par le Roi de manière générique ou pour certains de ces délais.¹~~

Article 2.

Les procédures instituées par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 peuvent avoir lieu par écrit ou à distance.

Si nécessaire, les avis peuvent être recueillis dans un délai abrégé par rapport au délai légalement ou réglementairement requis ou les mesures peuvent être prises sans que les propositions ou avis légalement ou réglementairement requis soient préalablement recueillis.

¹ Abrogé par A.R. 28.12.2020 (M.B. 07.01.2021), E.V. 08.01.2021

Sauf en ce qui concerne les délais visés à l'article 174 de loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et les délais relatifs aux procédures impliquant la Commission de remboursement des médicaments ou la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs dont la suspension prend fin le 1^{er} avril 2021.

TITRE 2. - OXYCONCENTRATEURS

Article 3.

Au chapitre 2, section 6, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 13 mars 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° Au § 1er, la liste des moyens est complétée par les moyens suivants :

OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)

OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)

OXYCONCENTRATEUR FIXE, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)

2° Au § 2, le point A, 1°, est complété par les dispositions suivantes :

Installation par le fournisseur :

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS/				
	31,80	31,80	0,00	0,00		
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	31,80	31,80	0,00	0,00
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9 INVACARE/ OXYCONCENTRATEUR FIXE, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	31,80	31,80	0,00	0,00

3° Au § 2, le point A, 2°, a) est complété par les dispositions suivantes :

Location et entretien

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II	Prix
------	------	-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	---	----	------

A VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS/

		OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)	90,10	90,10	0,00	0,00
--	--	---------------------------------------------------------------------	-------	-------	------	------

A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 (INVACARE)/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2, INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	90,10	90,10	0,00	0,00
---	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------	------	------

A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9, INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	90,10	90,10	0,00	0,00
---	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------	------	------

Humidificateur à usage unique

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II	Prix
------	------	-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	---	----	------

A VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS/

		OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)	5,51	5,51	0,00	0,00
--	--	---------------------------------------------------------------------	------	------	------	------

A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2, INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	5,51	5,51	0,00	0,00
---	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	------	------	------

A VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9 INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE
PLATINUM 9, INVACARE (SOS OXYGENE Benelux) 5,51 5,51 0,00 0,00

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Article 4.

- § 1^{er}. Les prestations sont désignées par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation. Le libellé de chaque prestation est suivi de la lettre-clé N pour les prestations des médecins ou dentistes, C pour la surveillance par un médecin spécialiste d'un patient hospitalisé, K pour les prestations techniques des médecins spécialistes, M pour les prestations des kinésithérapeutes.
- § 2. Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation.
- § 3. La lettre-clé est un signe dont la valeur en euro est fixée comme suit :
- pour la prestation 444710 - 444721 reprise à l'article 5 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé K est fixée à 1,290865 EUR;
 - pour les prestations reprises à l'article 6 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé N est fixée à 0,774166 EUR ;
 - pour les prestations reprises à l'article 6 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé C est fixée à 1,4 EUR ;
 - pour les prestations reprises aux articles 8, 9 et 10 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé N est fixée à 2 EUR
 - pour les prestations reprises à l'article 12 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé N est fixée à 4 EUR
 - pour la prestation 518011 reprise à l'article 13 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé M est fixée à 0,930233 EUR ;
 - pour la prestation 518033 reprise à l'article 13 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé M est fixée à 0,925926 EUR.
- § 4. Toute note établie pour attester avoir effectué une quelconque prestation doit mentionner le numéro d'ordre mentionné au § 1^{er}.
- § 5. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :
- 1° "la nomenclature" aux articles 4 jusqu'à 18 inclus du présent arrêté: la nomenclature des prestations de santé telle que visée à l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
 - 2° "la nomenclature" aux articles 19 jusqu'à 28 inclus du présent arrêté: l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visées à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix.

CHAPITRE 2. - Prestations à l'hôpital

Article 5.

Radiothérapie hypofractionnée du cancer du sein :

444710 - 444721

Irradiation du sein via hypofractionnement (5 fractions) avec modulation d'intensité (IMRT) dans le cadre du COVID-19 K2000

Contrairement aux dispositions de l'article 19, § 1^{er}, catégorie 4, de la nomenclature, l'obligation de délivrer au moins 15 fractions avec IMRT ne s'applique pas pour la prestation 444710-444721.

CHAPITRE 3. - Surveillance particulière des patients avec COVID-19

Article 6.

§ 1^{er}. Identification du patient COVID-19

793800

Patient COVID-19 N 0

La prestation 793800 est attestée pour tous les patients COVID-19 hospitalisés.

Par patient COVID-19, on entend :

- une personne qui a un diagnostic de COVID-19 confirmé par test de laboratoire

ou

- une personne dont le test laboratoire de COVID-19 est revenu négatif mais pour lequel le diagnostic de COVID-19 est néanmoins retenu sur la base d'une présentation clinique évocatrice ET d'un scanner thoracique compatible.

§ 2. Prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste tel que prévu à l'article 13, § 1er, B, de la nomenclature :

211960

Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant à partir du premier jour pour les patients COVID-19, par jour N 92

La prestation 211960 n'est pas cumulable avec la prestation 211326 de l'article 13 de la nomenclature.

211892

Surveillance de l'oxygénation membraneuse extracorporelle (ECMO) en dehors des interventions chirurgicales à partir du deuxième jour pour les patients COVID-19 N 168

La prestation 211982 n'est pas cumulable avec la prestation 211835 de l'article 13 de la nomenclature.

Les règles d'application pour la prestation 211982 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 211363 de l'article 13 de la nomenclature.

Les prestations 211960 et 211982 peuvent uniquement être attestées pour les patients COVID-19 hospitalisés dans une fonction de soins intensifs agréée ainsi que les lits de soins intensifs supplémentaires qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique.

La disposition de l'article 13, § 2, 10°, de la nomenclature est suspendue.

Les prestations de l'article 13, § 1er, B, de la nomenclature et les prestations 211960 et 211982 peuvent également être attestées pour les lits de soins intensifs supplémentaires (sans code service 49) qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique.

§ 3. Prestations qui nécessitent la qualification de médecin spécialiste tel que prévu à l'article 13, § 1er, A, de la nomenclature :

211061

Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, y compris la capnométrie, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19 N 168

Les règles d'application pour la prestation 211061 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 211046 de l'article 13 de la nomenclature.

212063

Surveillance continue des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19 N 30

Les règles d'application pour la prestation 212063 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 212041 de l'article 13 de la nomenclature.

214060

Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres paramètres vitaux) à l'aide d'un appareil de surveillance qui à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques), y compris les enregistrements éventuels, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19 N 85

Les règles d'application pour la prestation 214060 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 214045 de l'article 13 de la nomenclature.

214141

Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant et/ou monitoring continu de la pression intracardiaque ou pulmonaire au moyen d'un cathéter intracardiaque, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19, par jour N 92

Les honoraires pour la prestation 214141 ne sont pas cumulables avec les honoraires prévus pour la prestation 475075 - 475086 de l'article 11 de la nomenclature.

Les prestations 211061, 212063, 214060 et 214141 peuvent uniquement être attestées pour les lits de soins non intensifs qui sont spécifiquement prévus pour des patients COVID-19.

§ 4. Prestations pour la surveillance des patients COVID-19 hospitalisés :

597984

Supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé, par jour C 20

La prestation 597984 peut être facturée par un médecin spécialiste.

La prestation 597984 peut être uniquement cumulée une seule fois par patient et par jour avec les honoraires ordinaires de surveillance, par un autre médecin spécialiste que le médecin spécialiste qui atteste les honoraires habituels de surveillance.

La prestation 597984 peut être attestée pour les patients COVID-19 admis dans une fonction de soins intensifs agréée, dans les lits de soins intensifs supplémentaires qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique ainsi que dans les unités de soins non-intensifs COVID-19.

§ 5. Les prestations visées aux paragraphes 1, 2, 3, et 4 peuvent uniquement être attestées dans des hôpitaux généraux (hôpitaux généraux aigus, hôpitaux universitaires et hôpitaux à caractère universitaire).

CHAPITRE 4. - Soins à distance

Article 7.

Les principes de base suivants sont valables pour les prestations à distance reprises aux articles 8 à 13 inclus, 16, 17 et 19 à 28 inclus:

- 1° le patient ou son représentant légal donne son consentement éclairé pour la prestation par communication téléphonique ou communication vidéo ;
- 2° le moyen de communication utilisé doit contenir un cryptage « de bout en bout » ;
- 3° le patient est en mesure de suivre cette prestation sans présence physique ;
- 4° la prestation se situe dans la continuité des soins, à l'exception des prestations en matière de triage ;
- 5° la qualité des soins est garantie en limitant, dans certains cas, le nombre de prestations par dispensateur de soins.

Section 1re. - Soins spécifiques à distance

Article 8. - Soins par un médecin

§ 1° **Triage :**

101990

Avis en vue du triage COVID-19 N 10

101835

Avis en vue du triage COVID-19 pendant le service de garde organisé de médecins généralistes N 10

Par avis en vue du triage COVID-19, il faut entendre le triage par téléphone après anamnèse complète d'un patient avec des symptômes possibles d'une infection au virus SARS-CoV-2, dans une situation spéciale où des mesures s'imposent sur le plan de la santé publique afin de limiter le risque de propagation.

Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, les conseils fournis et la nature des documents délivrés.

§ 2. **Continuité des soins :**

101135

Avis en vue de la continuité des soins N 10

Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19.

Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés.

§ 3. **Règles d'application:**

Les prestations 101990, 101835 et 101135 sont effectuées en dehors de tout examen physique du malade. Le médecin ne rencontre pas le patient en personne.

Les prestations 101990, 101835 et 101135 incluent la rédaction et la signature éventuelle de certificats, d'ordonnances pharmaceutiques et de documents divers.

Les prestations 101990 et 101135 peuvent être attestées par tout médecin.

La prestation 101835 peut uniquement être attestée par un médecin pendant le service de garde organisé de médecins généralistes.

Les prestations 101990, 101835 et 101135 ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires de consultation, visite ou avis mentionnés à l'article 2 de la nomenclature.

Les prestations 101990, 101835 et 101135 ne sont pas cumulables le même jour par le même médecin.

La prestation 101135 peut être attestée maximum 5 fois par patient par médecin par période de 30 jours.

Les prestations 101990 et 101835 ne peuvent être attestées qu'une fois par patient.

Pour les maisons médicales, les avis téléphoniques 101990 et 101135 sont compris dans le forfait de médecine générale. Ces codes ne peuvent donc pas être attestés aux patients inscrits. Par contre, ces codes peuvent être attestés pour les avis téléphoniques avec des patients non-inscrits.

Pendant le service de garde de médecins généralistes, les médecins travaillant dans les maisons médicales peuvent également utiliser le code 101835 pour des patients non-inscrits dans une maison médicale.

Pour des patients, inscrits dans une maison médicale, qui reçoivent durant le service de garde organisé de médecins généralistes un avis par téléphone de la part d'un médecin qui ne preste pas dans une maison médicale, l'honoraire dû, payé au médecin n'est pas récupéré auprès de la maison médicale où le patient est inscrit.

Article 9. Soins par un psychiatre

§ 1er. Avis :

101872

Avis en vue de l'orientation urgente éventuelle d'un patient vers une équipe mobile 2a ou le service d'urgences psychiatriques N 10

La prestation 101872 nécessite l'anamnèse par téléphone du patient.

La prestation 101872 peut être facturée une seule fois par patient.

§ 2. Psychiatrie pour adulte et infanto-juvénile :

101894

Séance d'une durée de 30 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'un diagnostic psychiatrique ou d'un traitement psychothérapeutique N 22,5

La prestation 101894 implique une communication téléphonique ou vidéo entre le médecin et le patient.

101916

Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de la poursuite d'un traitement psychothérapeutique débuté avant les mesures gouvernementales N 35

La prestation 101916 implique une communication vidéo entre le médecin et le patient.

§ 3. Psychiatrie infanto-juvénile :

101931

Séance d'une durée de 60 minutes minimum en vue d'une thérapie de médiation d'un enfant ou adolescent de moins de 18 ans avec la participation d'un ou plusieurs adultes assurant l'éducation et l'encadrement quotidien, sans la présence physique N 48

La prestation 101931 implique une communication vidéo entre le médecin et les participants.

La prestation 101931 requiert toujours la participation du ou des adulte(s) susmentionné(s), avec ou sans l'enfant.

Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, sans présence physique, la prestation 101916 est attestée.

101953

Concertation sans présence physique entre le médecin et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans N 26

La prestation 101953 implique une communication téléphonique ou vidéo entre le médecin et le psychologue ou l'orthopédagogue pendant une durée minimale de 30 minutes.

Avant cette prestation, le médecin a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours d'une évaluation psychiatrique approfondie (109351, 109410 ou 101975), d'une thérapie de médiation (109336, 139675, 101931), ou d'une hospitalisation dans un service de neuropsychiatrie infantile (service K).

Un rapport est rédigé. La signature des participants n'est pas obligatoire.

La prestation 101953 est comptabilisée dans la limite de fréquence de maximum 5 prestations par an des prestations 109373 et 109395.

101975

Séance d'une durée de 120 minutes minimum en vue d'une évaluation psychiatrique approfondie et individuelle d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, sans la présence physique, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport N 100

La prestation 101975 comprend un contact par un moyen de communication vidéo de 60 minutes minimum avec le patient et éventuellement avec les responsables de son éducation et de l'encadrement quotidien. La prestation 101975 comprend également les contacts éventuels pour l'hétéro- anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires.

La prestation 101975 couvre l'établissement d'un plan de traitement détaillé et l'initiation du traitement.

La prestation 101975 est attestée uniquement sur prescription du médecin traitant.

La répétition éventuelle de cette évaluation pédopsychiatrique globale exige une nouvelle prescription du médecin traitant

La prestation 101975 est comptabilisée dans la limite de fréquence de maximum sept prestations attestées par évaluation complète des prestations 109351 et 109410.

§ 4. Règles d'application générales :

Les prestations 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 peuvent être uniquement attestées par les médecins spécialistes en psychiatrie et les médecins spécialistes en neuropsychiatrie.

Afin de garantir la qualité des prestations, la durée journalière maximale attestée pour l'ensemble de ces prestations est fixée à 8 heures par médecin spécialiste.

Les prestations 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne sont pas cumulables avec les prestations de la nomenclature effectuées le même jour par le même médecin ou un autre médecin spécialiste en psychiatrie ou médecin spécialiste en neuropsychiatrie.

En ce qui concerne les mesures relatives aux hospitalisations partielles de jour ou de nuit dans les services hospitaliers psychiatriques, y compris les adaptations suite à la pandémie de COVID-19, les prestations 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne peuvent pas être attestées, à l'exception de la prestation 101916 qui peut être attestée uniquement, en dehors des heures de présence normale à l'hôpital, aux patients en hospitalisation partielle de nuit pour lesquels un traitement psychothérapeutique régulier en dehors des heures de présence normales à l'hôpital était en cours avant le 14 mars 2020.

Article 10. Soins par un neuropédiatre :

101791

Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'assurer le suivi d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes de moins de 23 ans présentant des troubles neurodéveloppementaux (trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention ou hyperactivité) ou déficience intellectuelle associés à des troubles graves du comportement N 25

La prestation 101791 comprend :

1° obligatoirement, un contact par téléphone ou par vidéocommunication avec le patient avec la guidance et le soutien des adultes assurant l'encadrement ;

2° l'adaptation éventuelle du traitement;

3° un rapport écrit obligatoire à envoyer au médecin traitant.

La prestation 101791 implique une communication téléphonique ou vidéo entre le médecin et les participants.

La prestation 101791 peut uniquement être attestée par les médecins spécialistes en neurologie ou en pédiatrie porteurs du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

Pour garantir la qualité des prestations, la durée journalière maximale pour l'ensemble de ces prestations est fixée à 8 heures par médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

La prestation 101791 ne peut pas être cumulée avec la prestation 101135 ainsi qu'avec les consultations reprises à l'article 2 de la nomenclature effectuées le même jour par tout médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

Article 11.

Par dérogation à la disposition "Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants. " de l'article 11 de la nomenclature, la consultation oncologique multidisciplinaire peut être organisée par communication vidéo.

Article 12. Soins dentaires

§ 1er. Avis téléphonique :

389012

Avis téléphonique avec renvoi éventuel d'un patient pour lequel une demande de soins a été signalée N 5

389034

Avis téléphonique avec renvoi éventuel d'un patient pour lequel une demande de soins a été signalée, dans le cadre d'un service de garde organisé agréé N 5

Par avis téléphonique, il faut entendre l'anamnèse par téléphone avec des conseils d'accompagnement, une éventuelle prescription de médicaments et un éventuel renvoi. Le dentiste rédige dans le dossier du patient un bref rapport du contact avec les éléments pertinents. En cas de renvoi, le praticien vers lequel le patient aura été renvoyé sera informé des résultats de l'avis et des données pertinentes.

Le patient appelle le dentiste pour une demande de soins aigus ou pour un suivi supplémentaire de leur traitement dentaire. Le patient ne peut pas rencontrer le dentiste en personne pour des raisons motivées, vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19.

Aucune distinction n'est faite entre les patients jusqu'à leur 18ème anniversaire et après leur 18ème anniversaire.

§ 2. Conditions d'application :

Les prestations 389012 et 389034 peuvent être attestées par tous les dentistes porteurs d'un numéro INAMI.

Les prestations 389012 et 389034 peuvent être attestée uniquement une fois par patient et par dentiste par période de 7 jours calendrier.

Pour un patient, un même dentiste ne peut pas cumuler le même jour les prestations 389012 et 389034 avec les prestations de l'article 5 de la nomenclature.

Un même dentiste peut facturer un maximum de 10 fois par jour la prestation 389012.

Durant les jours où un dentiste travaille dans le cadre d'un service de garde organisé agréé, il peut facturer la prestation 389034 au maximum 20 fois par jour.

Sur la même journée, les prestations 389012 et 389034 ne peuvent pas être cumulés.

Les prestations 389012 et 389034 ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés.

Le trajet de soins bucco-dentaires ne s'applique pas. Les prestations 389012 et 389034 ne comptent pas comme contact requis en 2020 pour le montant des remboursements en 2021.

Les prestations 389012 et 389034 n'ont pas d'incidence sur les valeurs P.

Article 13. Soins kinésithérapeutiques

§ 1. Forfait hebdomadaire:

518011

Soins à distance via communication vidéo (forfait hebdomadaire) M 43

518033

Soins à distance via communication téléphonique (forfait hebdomadaire) M 27

Ces prestations comprennent au moins :

- 1° l'évaluation de l'état du patient au moyen d'une anamnèse ;
- 2° la préparation d'un programme individuel d'exercices et le timing des activités de la vie journalière (AVJ) ;
- 3° 2 contacts par semaine où le patient est encouragé à suivre son programme d'exercices ;
- 4° le suivi et l'ajustement du programme d'exercices du patient ;
- 5° l'enregistrement de paramètres utiles (mobilité, ...).

§ 2. Conditions d'application :

Les prestations 518011 et 518033 peuvent être attestées par tous les kinésithérapeutes porteurs d'un numéro INAMI.

La prestation 518011 peut être attestée uniquement si au moins deux communications vidéo entre le kinésithérapeute et le patient ont été effectuées au cours d'une semaine, dont une d'une durée minimale de 20 minutes.

La prestation 518033 peut être attestée uniquement si au moins deux communications téléphoniques entre le kinésithérapeute et le patient ont été effectuées au cours d'une semaine.

Les prestations 518011 et 518033 sont considérées comme une intervention forfaitaire par semaine et par patient.

Par "semaine", il faut entendre la période du lundi au dimanche.

Par patient et par semaine, une seule des prestations 518011 ou 518033 peut être prise en compte.

Le kinésithérapeute suit le patient dans son processus de revalidation et le stimule à suivre son protocole de soins.

Le kinésithérapeute note dans le dossier du patient les moments de contact, leur durée et la manière dont ils se sont déroulés, en précisant le protocole de rééducation proposé et l'évolution du patient, ainsi que l'application utilisée.

Ce traitement de kinésithérapie doit être prescrit par un prestataire de soins compétent. Aucune mention spécifique n'est requise sur la prescription pour des soins à distance.

Les prestations 518011 et 518033 ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés.

Les prestations 518011 et 518033 n'affectent pas les "compteurs" de la nomenclature, mais peuvent être contrôlées par prestataire.

Les prestations 518011 et 518033 ne sont pas comptabilisées dans le nombre de prestations prescrites sur une prescription classique de kinésithérapie.

Pour la semaine au cours de laquelle ces prestations sont attestées, aucune prestation de l'article 7 de la nomenclature ne peut être attestée (par exemple rapport écrit, prestations manuelles, etc.).

Article 14.

Aucun bénéficiaire n'est redevable d'une intervention personnelle pour les prestations visées aux articles 8 à 10, 12 et 13.

Article 15.

Aucun supplément n'est autorisé pour les prestations visées aux articles 8 à 10, 12 et 13.

Section 2. - Possibilité de soins à distance

Article 16. Soins de logopédie

Toutes les prestations de l'article 36 de la nomenclature peuvent être dispensées via une communication vidéo.

Pour chaque situation de soin spécifique, le logopède doit toujours vérifier si l'accompagnement à distance est justifié.

Pour le suivi d'un jeune de moins de 18 ans, le logopède doit avoir obtenu au préalable l'accord par e-mail du ou des parents (ou représentant légal) concernant ce suivi logopédique à distance.

Les prestations par communication vidéo peuvent être attestées par tous les logopèdes porteurs d'un numéro INAMI.

Pour pouvoir attester une prestation sans présence physique, le pseudocode 792433 (prestation relative pour soins à distance) doit être ajouté au code prévu à l'article 36 de la nomenclature.

Les limitations existantes de l'article 36 de la nomenclature restent d'application : 1 seule séance par jour est remboursable.

Article 17. Soins pré- et postnatals

Toutes les prestations de santé de l'article 9, a), de la nomenclature peuvent être dispensées via une communication téléphonique ou vidéo, à l'exception de celles pour lesquelles la présence physique de la sage-femme est indispensable, à savoir entre autres les injections, la supervision et l'assistance à la parturiente pendant la phase de travail, les accouchements, la surveillance postnatale le jour de l'accouchement, etc.

Pour chaque situation de soin spécifique, la sage-femme doit toujours vérifier si l'accompagnement à distance est justifié.

Les prestations par communication téléphonique ou vidéo peuvent être attestées par toutes les sages-femmes porteuses d'un numéro INAMI.

Pour pouvoir attester une prestation sans présence physique, le pseudocode 792433 (prestation relative pour soins à distance) doit être ajouté au code prévu à l'article 9, a), de la nomenclature.

Les dispositions de la nomenclature concernant la durée minimale des prestations, le cumul des prestations et le dossier du bénéficiaire, continuent à s'appliquer si la prestation est effectuée par communication téléphonique ou vidéo.

La préparation collective à l'accouchement reste possible si la technologie d'un « webinaire » interactif est utilisée. Les participants peuvent suivre la session directement à domicile, voir et entendre l'accoucheuse, et poser des questions s'ils le souhaitent.

Article 18.

Les honoraires et le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations visées aux articles 16 et 17 sont les mêmes que pour les prestations avec présence physique de la nomenclature.

Section 3. - Soins à distance concernant des prestations de rééducation

Article 19.

Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, des dérogations aux prestations prévues par l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visées à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, sont prévues pour la période à partir du 14 mars 2020.

Article 20. Prestations de diététique

Par patient qui entre en ligne de compte pour les prestations 794010 ou 771131, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par téléphone ou par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

- 1° il est satisfait à toutes les conditions d'application aux prestations 794010 et 771131;
- 2° la durée minimale des prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo reste de 30 minutes ;
- 3° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo que pour les prestations 794010 et 771131 ;
- 4° le diététicien peut dispenser un maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo pour le même patient, et un maximum de 1 par jour par patient ;
- 5° les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations 794010 et 771131 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;
- 6° le diététicien convient à l'avance avec le patient de la réalisation des prestations par téléphone ou par communication vidéo ;
- 7° le diététicien informe le patient à l'avance de la quote-part personnelle du bénéficiaire dans les honoraires de ces prestations ;
- 8° le diététicien enregistre la prestation par téléphone ou par communication vidéo et la durée de la prestation dans le dossier du patient qu'il tient pour chaque patient ;
- 9° sur l'attestation de soins, le diététicien atteste la prestation par téléphone ou par communication vidéo en indiquant le code de nomenclature applicable à cette prestation (794010 ou 771131), ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est inscrit à droite du code de nomenclature habituel. Si le diététicien facture par voie électronique, le pseudo-code 792433 supplémentaire est inscrit dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation.

Article 21. Prestations relatives à l'éducation des patients diabétiques

§ 1er. Par patient qui entre en ligne de compte pour les prestations 794253, 794275, 794290 et/ou 794312, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par téléphone ou par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

- 1° le nombre maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo vaut, par patient, pour le total de l'ensemble des prestations 794253, 794275, 794290 et 794312 ;
- 2° outre la condition relative à l'endroit où la prestation doit être réalisée, il est satisfait à toutes les conditions qui sont d'application à cette prestation réalisée ;
- 3° la durée minimale des prestations par téléphone ou par communication vidéo reste de 30 minutes ;
- 4° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo que pour les prestations dispensées sans téléphone ou sans communication vidéo ;
- 5° pour un même patient, le prestataire peut dispenser un maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo, et un maximum de 1 par jour par patient ;
- 6° les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo comptent dans le nombre maximum de prestations 794253, 794275, 794290, 794312, 794334, 794356, 794371 et 794393 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;
- 7° le prestataire convient à l'avance avec le patient de la réalisation des prestations par téléphone ou par communication vidéo ;
- 8° le prestataire enregistre la prestation par téléphone ou par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient qu'il tient pour chaque patient ;
- 9° si une prestation 794253, 794275 ou 794312 a été dispensée par téléphone ou par communication vidéo, le prestataire doit attester cette prestation par téléphone ou par communication vidéo en indiquant sur l'attestation de soins le code de la nomenclature applicable à la prestation réalisée (794253, 794275 ou 794312) ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est inscrit à droite du code de

nomenclature habituel. Si le prestataire facture par voie électronique, le pseudo-code supplémentaire 792433 doit être inscrit dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation ;

10° si une prestation 794290 a été dispensée par téléphone ou par communication vidéo, le pharmacien doit attester cette prestation en utilisant le code 794953.

§ 2. Par patient entrant en ligne de compte pour les prestations 794415 et 794430, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par téléphone ou par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

- 1° le nombre maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo vaut, par patient, pour le total de l'ensemble des prestations 794415 et 794430 ;
- 2° outre la condition relative à l'endroit où la prestation doit être dispensée, il est satisfait à toutes les conditions qui sont d'application à cette prestation réalisée ;
- 3° la durée minimale des prestations par téléphone ou par communication vidéo reste de 30 minutes ;
- 4° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo que pour les prestations dispensées sans téléphone ou sans communication vidéo ;
- 5° l'éducateur en diabétologie peut réaliser un maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo pour un même patient, et un maximum de 1 par jour par patient ;
- 6° les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations 794415, 794430 et 794452 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;
- 7° l'éducateur en diabétologie convient à l'avance avec le patient de la dispense des prestations par téléphone ou par communication vidéo ;
- 8° l'éducateur en diabétologie enregistre la prestation par téléphone ou par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient qu'il tient par patient ;
- 9° sur l'attestation de soins, l'éducateur en diabétologie atteste la prestation par téléphone ou par communication vidéo en indiquant le code de nomenclature applicable à cette prestation (794415 ou 794430), ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est inscrit à droite du code de nomenclature habituel. Si l'éducateur en diabétologie facture par voie électronique, le pseudo-code supplémentaire 792433 est inscrit dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation.

Article 22. Prestations d'ergothérapie

Par patient qui entre en ligne de compte pour la prestation 784335, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

- 1° sauf la condition relative à l'endroit où la prestation doit être dispensée, il est satisfait à toutes les conditions qui sont d'application à la prestation 784335 ;
- 2° la durée minimale des prestations par communication vidéo reste de 60 minutes ;
- 3° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par communication vidéo que pour la prestation 784335 ;
- 4° l'ergothérapeute peut dispenser un maximum de 2 prestations par communication vidéo pour le même patient, et un maximum de 1 par jour par patient ;
- 5° les prestations dispensées par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations 784335 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;
- 6° l'ergothérapeute doit convenir à l'avance, par téléphone, avec le patient de la réalisation de prestations par communication vidéo, en vérifiant si le patient est en mesure de le faire et s'il dispose de l'équipement nécessaire (l'appareillage de communication et des applications software exigés). L'ergothérapeute informe également le patient à l'avance de la quote-part personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour ces prestations ;
- 7° l'ergothérapeute enregistre la prestation par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient qu'il tient par patient ;
- 8° sur l'attestation de soins, l'ergothérapeute atteste la prestation par communication vidéo en mentionnant le code de nomenclature habituel 784335 ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est mentionné à droite du code de nomenclature habituel. Si l'ergothérapeute facture par voie électronique, il mentionne le pseudo-code supplémentaire 792433 dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation.

Section 4. - Soins à distance concernant des prestations de rééducation prévues par convention

Article 23.

Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, des dérogations aux dispositions des conventions visées aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sont prévues pour la période à partir du 14 mars 2020.

Article 24. Conventions avec les centres d'accompagnement des patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines, avec les centres d'accompagnement de la transidentité et avec les cliniques de la mémoire.

- § 1. Dans le cadre des conventions conclues par le Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins directeurs, avec les centres d'accompagnement des patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines (numéro d'identification Inami 7.76.1xx. xx), avec les centres d'accompagnement de la transidentité (numéro d'identification Inami 7.76.2xx.xx) et avec les cliniques de la mémoire (numéro d'identification Inami 7.78.1xx.xx), un psychologue faisant partie de l'équipe prévue par la convention peut dispenser des séances par communication vidéo.
- § 2. Les prestations suivantes entrent en ligne de compte :
- 1° la prestation « séance » (pseudo-codes 784593 - 784604) des centres qui accompagnent des patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines ;
 - 2° la prestation "séance" (pseudo-codes 787916 - 787920) des centres d'accompagnement de la transidentité ;
 - 3° la prestation "séance en clinique" (pseudo-codes 784512 - 784523) des cliniques de la mémoire.
- § 3. Ces prestations peuvent être dispensées par communication vidéo dans les conditions suivantes :
- 1° sauf la condition relative à l'endroit où la prestation doit être dispensée, il est satisfait à toutes les conditions prévues dans les conventions respectives qui sont d'application aux prestations respectives ;
 - 2° le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a autorisé la prise en charge de l'accompagnement dans l'établissement concerné ;
 - 3° la durée minimale des prestations par communication vidéo reste de 60 minutes ;
 - 4° une seule prestation par communication vidéo par jour et par patient peut être remboursée ;
 - 5° les prix et honoraires des prestations dispensées par communication vidéo correspondent aux prix et honoraires fixés dans les conventions respectives qui sont d'application pour les prestations respectives ;
 - 6° les prestations dispensées par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;
 - 7° le psychologue doit convenir au préalable, par téléphone, avec le bénéficiaire de travailler par communication vidéo, en vérifiant si celui-ci est en mesure de le faire et s'il dispose de l'équipement nécessaire (l'appareillage de communication et des applications software exigés). Le psychologue informera également le bénéficiaire à l'avance de la quote-part personnelle de ce dernier dans les honoraires pour ces prestations ;
 - 8° le psychologue enregistre la prestation par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient prévu dans la convention ;
 - 9° l'hôpital qui a conclu la convention respective avec le Comité de l'assurance facture la prestation réalisée par communication vidéo au moyen du pseudocode :
 - a) 788992 (patient ambulatoire) ou 789003 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre de la convention conclue avec les centres qui accompagnent les patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines ;
 - b) 785971 (patient ambulatoire) ou 785982 (patient hospitalisé) pour une séance réalisée dans le cadre de la convention conclue avec les centres pour la transidentité ;
 - c) 785993 (patient ambulatoire) ou 786004 (patient hospitalisé) pour une séance réalisée dans le cadre de la convention conclue avec les cliniques de la mémoire.

Article 25. Conventions conclues avec les établissements Clairs Vallons et Zeepreventorium

- § 1er. Dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance a conclues, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec les établissements "Clairs Vallons" à Ottignies (numéro d'identification Inami 7.76.601.78) et le "Zeepreventorium" à De Haan (numéro d'identification Inami 7.76.602.77), une séance d'accompagnement individuel d'une heure par téléphone ou communication vidéo peut être dispensée pour les bénéficiaires pour lesquels le programme de rééducation est interrompu dans l'établissement concerné.
- § 2. Ces prestations par téléphone ou par communication vidéo peuvent être dispensées sous les conditions suivantes :
- 1° la prestation séance d'accompagnement individuel d'une heure par téléphone ou par communication vidéo peut seulement être réalisée pour un bénéficiaire pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a autorisé la prise en charge du programme de rééducation dans l'établissement concerné ;
 - 2° seul l'accompagnement individuel d'un patient ou de la famille d'un patient ou de la famille de laquelle plusieurs patients font partie est possible. Les séances de groupe par téléphone ou par communication vidéo avec plusieurs patients qui ne font pas partie de la même famille sont exclues ;
 - 3° la séance d'accompagnement individuel de minimum une heure par téléphone ou communication vidéo ne peut jamais être portée en compte pour les patients qui séjournent dans l'établissement ou qui sont admis dans un hôpital ;

- 4° la séance d'accompagnement individuel de minimum une heure par téléphone ou communication vidéo ne peut jamais être portée en compte pour des nouveaux patients pour lesquels la prise en charge de la rééducation n'a pas encore débuté au 14 mars 2020 ;
- 5° la séance d'accompagnement individuel de minimum une heure par téléphone ou communication vidéo peut être divisée en petites parties durant lesquelles différents membres de l'équipe prévue par la convention interviennent alternativement ;
- 6° par semaine, maximum 5 séances d'accompagnement individuel de minimum 1 heure par téléphone ou communication vidéo sont remboursées pour un même bénéficiaire ;
- 7° le prix de la séance d'accompagnement individuel de minimum 1 heure par téléphone ou communication vidéo est fixé à 100 euros. Ce prix ne tient pas seulement compte de la durée minimum de la séance d'accompagnement individuel mais également du temps de préparation nécessaire, du temps nécessaire à la rédaction des rapports, de la supervision par les médecins, du temps nécessaire à la concertation d'équipe, des frais d'administration et des frais de fonctionnement généraux de l'établissement ;
- 8° le membre de l'équipe qui mène une séance d'accompagnement individuel d'au moins une heure par téléphone ou par communication vidéo convient à l'avance avec le patient de la réalisation des prestations par téléphone ou par communication vidéo et informe à l'avance le bénéficiaire ou son représentant légal de la part personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations dispensées ;
- 9° pour chaque séance d'accompagnement individuel d'au moins 1 heure par téléphone ou par communication vidéo, la date, l'heure de début et de fin, l'identité de toutes les personnes impliquées, la discipline à laquelle appartient un membre de l'équipe impliquée et le contenu de l'intervention seront enregistrés dans le dossier du patient prévu dans la convention ;
- 10° la séance d'accompagnement individuel d'au moins 1 heure par téléphone ou par communication vidéo sera facturée en utilisant le pseudo-code 783996.

§ 3. Les membres de l'équipe de Clairs Vallons et du Zeepreventorium ne peuvent jamais dispenser, aux patients de l'établissement dans lequel ils travaillent, y compris aux patients qui ont interrompu le programme de rééducation dans ces établissements, des prestations à distance dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient sur la base d'une autre réglementation que les conventions conclues par le Comité de l'assurance avec Clairs Vallons et le Zeepreventorium. Seule la séance d'accompagnement individuel d'au moins 1 heure par téléphone ou communication vidéo peut être dispensée, dans les conditions décrites ci-dessus, par les membres de l'équipe de ces établissements par téléphone ou par communication vidéo pour les patients de ces établissements.

Article 26. Conventions avec les centres de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique

§ 1er. Dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance a conclues, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec les centres de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique (avec un numéro d'identification Inami de type 7.71.xxx.xx, 9.50.xxx.xx ou 9.51.xxx.xx), une prestation de logopédie peut être dispensée par communication vidéo.

§ 2. Le centre de rééducation fonctionnelle concerné peut porter en compte cette prestation de logopédie par communication vidéo sous les conditions suivantes :

- 1° la prestation de logopédie par communication vidéo est dispensée pour un bénéficiaire pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a autorisé la prise en charge du programme de rééducation dans un centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique ;
- 2° la prestation de logopédie par communication vidéo est dispensée pour un bénéficiaire dont le programme de rééducation dans un centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique est temporairement interrompu ;
- 3° la prestation de logopédie par communication vidéo est dispensée par un logopède qui fait partie de l'équipe du centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance ;
- 4° la durée minimale de la prestation de logopédie par communication vidéo est de 30 minutes ;
- 5° il s'agit d'une prestation individuelle dans laquelle un logopède traite un patient ;
- 6° le logopède doit convenir au préalable avec le bénéficiaire, par téléphone, de travailler par communication vidéo, et vérifie à cette occasion que le bénéficiaire en est capable et qu'il dispose du matériel nécessaire (l'appareillage de communication et des applications software exigés). Le logopède informe également au préalable le bénéficiaire de la quote-part du bénéficiaire dans l'honoraire de ces prestations ;
- 7° le logopède enregistre la prestation par communication vidéo ainsi que sa durée dans le dossier du patient prévu par la convention ;
- 8° le prix de la prestation de logopédie par communication vidéo est fixé à 24,06 euros ;
- 9° pour un même bénéficiaire, maximum une prestation de logopédie par communication vidéo peut être portée en compte par jour dans le cadre de la convention signée avec le Comité de l'assurance ;

- 10° l'hôpital qui a conclu la convention avec le Comité de l'assurance, facture la prestation dispensée par communication vidéo au moyen du pseudocode :
- a) 783495 (patient ambulatoire) ou 783506 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre d'une convention avec un numéro d'identification Inami du type 7.71.xxx.xx ;
 - b) 791475 (patient ambulatoire) ou 791486 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre d'une convention avec un numéro d'identification Inami du type 9.50.xxx.xx ;
 - c) 791534 (patient ambulatoire) ou 791545 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre d'une convention avec un numéro d'identification Inami du type 9.51.xxx.xx.

Article 27. Convention avec les centres de référence IMOC

§ 1er. Dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance a conclues, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec les centres de référence pour l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) (conventions avec un numéro d'identification Inami de type 7.89.50x.xx), la prestation "avis ponctuel" qui est décrite à l'article 7, 3° et à l'article 11 de ces conventions, peut être dispensée par communication vidéo.

§ 2. Le centre de référence IMOC concerné peut porter en compte cette prestation "avis ponctuel" par téléphone ou communication vidéo sous les conditions suivantes :

- 1° la prestation avis ponctuel répond aux conditions de la convention, et en particulier aux conditions des articles 7, 3°, 11 et 12 de la convention ;
- 2° la prestation avis ponctuel peut uniquement être dispensée par téléphone ou communication vidéo pour un bénéficiaire pour lequel un programme de rééducation est déjà en cours, dont la prise en charge a été autorisée par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire ;
- 3° la prestation avis ponctuel peut uniquement être dispensée par téléphone ou communication vidéo pour un bénéficiaire pour lequel la prestation 783510-783521, telle que décrite à l'article 7, 1° et à l'article 8 de la convention conclue avec le Comité de l'assurance, a déjà été dispensée auparavant ;
- 4° les membres de l'équipe du centre de référence IMOC qui interviennent dans la prestation informent le bénéficiaire ou son représentant légal de la quote-part personnelle due avant que la prestation ne soit initiée ;
- 5° le bénéficiaire ou son représentant légal a donné au préalable son accord pour la réalisation de la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo ;
- 6° le bénéficiaire a reçu au total minimum 2 heures d'accompagnement par téléphone ou communication vidéo réparties sur au moins 2 jours différents. Par jour et par patient, maximum 1 heure d'accompagnement par téléphone ou communication vidéo peut être prise en compte. Cette heure peut éventuellement être divisée en plus petites parties. Seul le temps d'accompagnement pour lequel une intervention ne peut être portée en compte d'aucune autre manière, peut entrer en ligne de compte ;
- 7° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo peut être portée en compte au maximum 1 fois par mois et par bénéficiaire ;
- 8° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo est dispensée complètement au moyen d'un accompagnement individuel (accompagnement de 1 patient et de sa famille). Les séances de groupe par téléphone ou communication vidéo avec plusieurs patients, qui ne font pas partie de la même famille, ne peuvent pas faire partie du temps d'accompagnement minimum exigé ;
- 9° toutes les interventions par téléphone ou communication vidéo doivent être mentionnées dans le dossier du patient (date, heure de début et de fin, quel membre de l'équipe et quelle discipline, contenu de l'intervention) ;
- 10° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo est portée en compte au prix qui, en vertu de la convention avec le Comité de l'assurance, est dû pour une prestation avis ponctuel ;
- 11° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo est portée en compte au moyen du pseudocode 784394 (patient ambulatoire) ou 784405 (patient hospitalisé).

Article 28. Convention avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour les patients atteints du Syndrome de fatigue chronique (SFC)

§ 1er. Dans le cadre de la convention que le Comité de l'assurance a conclue, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique (convention avec numéro d'identification Inami 7.89.453.30), la prestation "séance de thérapie cognitivo-comportementaliste" (séance TCC) peut être dispensée par communication vidéo.

§ 2. La « séance TCC par communication vidéo » est une séance TCC telle que définie à l'article 19 de la convention où le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » et le bénéficiaire ne sont pas physiquement ensemble présents dans le cabinet du thérapeute cognitivo-comportementaliste (en dérogation à l'article 19, 2° de la convention), mais dispensent la séance de traitement de thérapie cognitivo-comportementaliste par communication à distance par le biais d'une application de communication vidéo.

- § 3. Pour pouvoir réaliser une séance TCC par communication vidéo, le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » doit avoir au préalable convenu avec le bénéficiaire, par téléphone, d'effectuer la séance par communication vidéo. Le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » vérifie à cette occasion que le bénéficiaire en est capable et qu'il dispose de l'appareillage de communication et des applications software exigés pour une communication vidéo.
- § 4. Les dispositions et le tarif de la convention qui sont d'application pour les « séances TCC » sont également d'application pour les « séances TCC par communication vidéo ». Notamment en ce qui concerne le respect de certains maxima, la séance TCC par communication vidéo compte comme une séance TCC classique.
- § 5. Le pseudocode pour la séance TCC par communication vidéo est 788970 pour les bénéficiaires ambulatoires et 788981 pour les bénéficiaires hospitalisés.

Article 29.

L'arrêté royal du 18 mars 2020 exécutant diverses mesures exceptionnelles relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d'une prise en charge des patients dans le contexte de la COVID-19 pandémie avec le virus SARS-CoV-2 est abrogé.

TITRE 4. - STRUCTURES

CHAPITRE 1er. - Structures de soins intermédiaires

Article 30.

Pour l'application du présent chapitre, il faut entendre par :

- 1° centre de triage et de prélèvement : les centres visés à l'article 44 ;
- 2° structure de soins intermédiaire : les centres qui dans le cadre du COVID-19 sont créés par les entités fédérées après approbation du gouverneur, qui hébergent temporairement les patients qui ont été envoyés après leur hospitalisation ou envoyés par un centre de triage et de prélèvement ou par un service d'urgences et qui, pour les raisons exposées dans le présent chapitre, ne peuvent pas retourner immédiatement à leur situation de vie normale ;
- 3° la loi : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 4° l'assurance obligatoire : l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle que visée dans la loi du 14 juillet 1994 ;
- 5° l'INAMI : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Article 31.

Le présent chapitre règle :

- 1° pour les structures de soins intermédiaires, les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire peut intervenir dans les coûts liés au suivi, à la surveillance et aux soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier, les aides-soignants et les médecins ;
- 2° les conditions d'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'autres soins de santé dispensés dans les centres visés à l'article 30, 2°.

Article 32.

- § 1er. Les patients pour lesquels les interventions visées dans le présent chapitre peuvent être accordées sont ceux chez qui le COVID-19 a été détecté. Soit ils ont été hospitalisés pour cette raison, soit ils ont été examinés dans un centre de triage et de prélèvement ou un service d'urgences qui a décidé que leur état ne nécessitait pas une hospitalisation.

S'il est constaté qu'à leur retour dans leur lieu de vie habituel, ces patients ne peuvent pas respecter les règles strictes d'isolement, d'hygiène et de distanciation des personnes à haut risque ou qu'ils ont encore besoin de soins spécifiques qui ne peuvent pas être dispensés dans leur lieu de vie habituel, ils peuvent être hébergés dans une structure de soins intermédiaire pour une période allant jusqu'à trois semaines.

Cette constatation est mentionnée dans la lettre de renvoi du médecin traitant vers la structure de soins intermédiaire.

- § 2. S'il s'agit d'un patient qui, en temps normal, séjourne dans une structure collective/résidentielle et chez qui le COVID-19 a été détecté, le patient doit, à sa sortie d'hôpital, être envoyé vers la structure collective/résidentielle où il doit pouvoir séjourner dans le respect strict des conditions imposées en matière d'isolement et d'hygiène et où la continuité des soins peut être garantie.

Si cela ne peut être garanti en raison de circonstances exceptionnellement difficiles au cours du séjour résidentiel et si cela a été constaté par l'autorité compétente, un accueil temporaire peut être décidé au sein d'une structure de soins intermédiaire.

Pour des raisons psychosociales, ce séjour doit être limité le plus possible dans le temps et de préférence ne pas dépasser une semaine.

Article 33.

§ 1er. Les structures de soins intermédiaires doivent être en mesure d'accueillir les patients qui se trouvent dans les situations suivantes :

- 1°. Pour un patient chez qui le COVID-19 a été détecté, qui ne présente aucune pathologie chronique et qui est généralement autonome dans sa vie quotidienne, seule une surveillance quotidienne de certains paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état est nécessaire.
- 2°. Pour un patient chez qui le COVID-19 a été détecté et qui est généralement peu autonome dans la vie quotidienne (désorienté, gériatrique, souffrant d'un handicap, soins infirmiers à domicile avec échelle de Katz A, B ou C, etc.) ou nécessitant des soins chroniques (soins de plaies, insuline, etc.), la structure intermédiaire doit assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état, permettra de lui administrer les soins que son état de dépendance requiert.
- 3°. Pour un patient qui est généralement autonome, chez qui le COVID-19 a été détecté et dont l'état, en raison de l'hospitalisation, nécessite des soins de réhabilitation temporaires (notamment après un long séjour dans un service de soins intensifs) qui ne peuvent être dispensés à domicile faute de l'équipement nécessaire ou en raison du caractère inadapté du domicile, il convient d'assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état, permettra de lui administrer les soins que son processus de rétablissement requiert.

§ 2. L'admission dans une structure de soins intermédiaire est seulement possible si l'équipement, le matériel et le personnel nécessaires sont disponibles.

Article 34.

L'intervention pour les médecins visée à l'article 35 dépend des tâches et des conditions suivantes:

- 1° l'intervention couvre la surveillance médicale et les soins médicaux par un groupe de médecins désignés en concertation avec le cercle de médecins généralistes du lieu du centre ;
- 2° pour le suivi des patients, la coordination des soins et l'administration de soins médicaux, en fonction de la charge de soins des patients dans le centre, la présence physique est organisée par un médecin pendant un maximum de 8 heures par jour pour un groupe de 30 patients ;
- 3° par tranche supplémentaire de 15 patients, un maximum de 4 heures supplémentaires de présence physique d'un médecin par jour peut être ajouté ;
- 4° entre les médecins désignés, des accords sont conclus pour la disponibilité en soirée et la nuit (17 h - 8 h le lendemain) d'un médecin ;
- 5° le médecin rattaché au centre est responsable de la prescription des soins pendant la durée du séjour du patient dans la structure de soins intermédiaire ;
- 6° le médecin rattaché au centre décide si le patient doit à nouveau être hospitalisé ;
- 7° le médecin rattaché au centre décide de la sortie du patient, en concertation avec le patient/le médecin généraliste/d'autres structures. Par ailleurs, le médecin tient également compte des critères de sortie établis par Sciensano dans le cadre de la crise du COVID-19 ;
- 8° lorsque le patient sort de la structure, le médecin rattaché au centre envoie une lettre de sortie au médecin généraliste du patient.

Article 35.

Pour les tâches visées à l'article 34, les interventions suivantes sont octroyées :

- 1° pour les heures auxquelles un médecin peut être contacté entre 17 heures le soir et 8 heures le lendemain matin, l'intervention s'élève à 6,51 euros par heure (honoraire de disponibilité). Pour chacune de ces périodes, au maximum un médecin peut percevoir cet honoraire. Ces heures ne sont pas enregistrées dans Medega. Cette intervention couvre également le temps consacré aux consultations téléphoniques.

Cette intervention est payée par l'INAMI à la structure de soins intermédiaire sur la base d'une liste des heures de disponibilité par médecin ;

- 2° pour la présence physique dans la structure de soins intermédiaire le jour et/ou pour la présence physique après appel entre 17 heures du soir et 8 heures le lendemain matin, l'intervention s'élève à 80,34 euros par heure.

Cette intervention couvre toutes les prestations exécutées durant la présence dans la structure de soins intermédiaire.

Cette intervention est payée par l'INAMI à la structure de soins intermédiaire sur la base d'une liste des heures prestées par médecin dans le centre.

- 3° pendant le séjour du patient dans la structure de soins intermédiaire, les honoraires visés au Chapitre 2 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne peuvent pas être portés en compte.
- 4° en ce qui concerne les interventions visées aux 1°, 2° et 3°, aucun ticket modérateur n'est dû dans le chef du patient et des suppléments ne peuvent pas non plus être portés en compte.

Article 36.

L'intervention pour les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants visée à l'article 37 dépend des tâches et des conditions suivantes :

- 1° suivi des paramètres visés à l'article 33, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;
- 2° la dispensation de soins aux patients, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;
- 3° l'équipe des praticiens de l'art infirmier et des aides-soignants est constituée sur base de la disponibilité de ces qualifications dans la région ;
- 4° le nombre maximum d'équivalents temps plein (ETP) finançables est de 6 pour 30 patients, dont 4 ETP praticiens de l'art infirmier et 2 ETP aides-soignants ;
- 5° par tranche supplémentaire de 15 patients un maximum de 3 ETP, dont 2 praticiens de l'art infirmier et 1 aide-soignant peut être ajouté à l'équipe ;
- 6° un responsable est désigné au sein de cette équipe.

Article 37.

Pour les tâches visées à l'article 36, les interventions suivantes sont octroyées :

- 1° l'intervention pour chaque heure effectivement prestée par un praticien de l'art infirmier s'élève à 47,25 euros;
- 2° l'intervention pour chaque heure effectivement prestée par un aide-soignant s'élève à 34,96 euros;
- 3° Cette intervention est payée par l'INAMI à la structure de soins intermédiaire sur la base d'une liste contenant le nombre d'heures effectivement prestées dans le centre, avec un maximum de 228 heures par semaine (6 x 38 heures) pour 30 patients. Pour chaque tranche supplémentaire de 15 patients, un maximum de 114 heures peut être ajouté ;
- 4° pendant le séjour du patient dans la structure de soins intermédiaire, les prestations visées à l'article 8 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 ne peuvent pas être portées en compte ;
- 5° en ce qui concerne les interventions visées aux 1° et 2°, aucun ticket modérateur n'est dû dans le chef du patient et des suppléments ne peuvent pas non plus être portés en compte.

Article 38.

En ce qui concerne les autres soins dispensés aux patients visés dans le cadre du présent chapitre, les conditions suivantes doivent être respectées :

- 1° en ce qui concerne les médicaments : ceux-ci sont, pendant le séjour du patient dans le centre, prescrits par voie électronique par le médecin rattaché au centre. Pour la délivrance et la tarification, les règles habituelles en vigueur pour la délivrance à un patient ambulatoire, soit par la pharmacie hospitalière soit par l'officine publique sont d'application.
- 2° pour les soins dispensés par un kinésithérapeute dans une structure de soins intermédiaire : ils sont remboursés sur la base de maximum une séance individuelle de kinésithérapie par jour et par bénéficiaire. Celle-ci est portée en compte à l'organisme assureur du patient via le pseudocode 518055 qui comporte un rapport personnel du kinésithérapeute par patient d'une durée globale moyenne de 30 minutes. L'honoraire pour cette prestation est de 22,26 euros. Aucune quote-part personnelle ni supplément n'est dû par le bénéficiaire pour cette prestation. Pour les soins de kinésithérapie effectués pendant le séjour du bénéficiaire dans la structure de soins intermédiaire aucune prestation de l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 ne peut être attestée.
- 3° par dérogation à l'article 35, 3°, en ce qui concerne les prestations de soins de santé mentale, le patient peut recourir à toutes les structures existantes possibles, en ce compris la nomenclature exceptionnelle dans le cadre du COVID-19 pour les psychiatres et les psychologues de première ligne au sein de la convention avec le Comité de l'assurance de l'INAMI pour les soins de psychologie de première ligne.
- 4° toutes les autres prestations de santé peuvent être remboursées dans les conditions qui ont été définies dans ou en vertu de la loi, sauf en ce qui concerne les prestations visées aux articles 34 et 36.

Article 39.

Les interventions visées aux articles 35 et 37 ne sont pas dues pour les médecins, les praticiens de l'art infirmier et/ou les aides-soignants qui sont occupés en tant que volontaires ou qui bénéficient d'une dispense de service auprès d'une administration ou d'un organisme assureur.

Les interventions visées aux articles 35 et 37 ne sont pas davantage dues pour les heures pour lesquelles les médecins, les praticiens de l'art infirmier et/ou les aides-soignants sont déjà rémunérés au moyen d'une autre intervention de l'assurance soins de santé obligatoire. Il peut entre autres s'agir de personnel financé pour les heures prestées dans les structures de soins intermédiaires par le budget des moyens financiers, par le forfait des maisons médicales ou par un forfait d'un établissement de rééducation fonctionnelle.

Si les prestations visées dans le présent chapitre sont fournies à un bénéficiaire qui est inscrit dans une maison médicale, les prestations sont portées en compte à et prises en charge par l'assurance obligatoire conformément à l'article 40 ou par l'organisme assureur du bénéficiaire conformément à l'article 38, alinéa 1er, 2°, et ne sont pas transférées à la maison médicale pour prise en charge.

Les interventions visées aux articles 35 et 37 ne sont pas non plus dues lorsque les coûts sont pris en charge par un autre employeur/établissement/service/pouvoir public.

Article 40.

Les interventions visées aux articles 35 et 37 peuvent être facturées par le responsable de la structure de soins intermédiaire au Service des soins de santé de l'INAMI conformément aux instructions de facturation définies par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

Le paiement est fait sur le numéro de compte qui est communiqué par la structure de soins intermédiaire à l'INAMI.

Article 41.

La structure de soins intermédiaire enregistre les données dans une base de données centrale organisée par le SPF Santé publique. Il s'agit notamment de l'identification du patient, de l'établissement qui a renvoyé le patient, des dates d'admission et de sortie ainsi que de la destination après la sortie de la structure de soins intermédiaire.

Les données à caractère personnel de cette base de données et la date de sortie seront communiquées chaque semaine via l'INAMI au Collège Intermutualiste national qui en assurera la communication à chaque organisme assureur concerné.

Article 42.

Les professionnels de soins employés dans la structure de soins intermédiaire sont sous la responsabilité de la structure de soins intermédiaire. La structure de soins intermédiaire s'assure du statut des assurances nécessaires concernant, entre autres, la responsabilité professionnelle et l'assurance des accidents du travail.

Article 43.

Seules les structures de soins intermédiaires dont le nom et l'adresse, les dates d'ouverture et de fermeture, le responsable et le numéro INAMI sont publiés sur le site web de l'INAMI, qui ont été informées de la présente publication et qui satisfont aux dispositions du présent chapitre entrent en ligne de compte pour les interventions visées dans le présent chapitre.

CHAPITRE 2. - Centres de triage et de prélèvement

Article 44.

Pour l'application du présent arrêté l'on entend par 'centre de triage et de prélèvement': le centre de première ligne, créé par des médecins généralistes, des hôpitaux et des pouvoirs publics, spécifiquement pour examiner physiquement les patients susceptibles d'être infectés par le COVID-19, lorsqu'ils y sont envoyés par un médecin et prélever des échantillons de test en vue de la détection du COVID-19.

Article 45.

§ 1er. L'Institut attribue un numéro d'identification à chaque centre de triage et de prélèvement qui communique les données suivantes via l'adresse covid19@riziv-inami.fgov.be :

- 1° données de contact ;
- 2° date de début des activités ;
- 3° un responsable médical (nom, adresse de courriel, n° de téléphone) ;
- 4° une personne de contact administrative (nom, adresse e-mail, n° de téléphone) ;
- 5° le formulaire, publié sur le site web de l'Institut, relatif au choix des numéros de compte sur lesquels les interventions sont versées.

Chaque modification aux données transmises est communiquée immédiatement par email.

§ 2. La liste des centres de triage et de prélèvement est publiée sur le site web de l'Institut.

§ 3. La date de fermeture est immédiatement communiquée à l'Institut par chaque centre de triage et de prélèvement.

Article 46.

§ 1er. Chaque centre de triage et de prélèvement qui répond à la définition de l'article 44, a droit aux interventions suivantes :

- 1° une intervention forfaitaire unique pour la mise en place du centre de triage et de prélèvement ;
- 2° une intervention par examen physique du patient qui se présente au centre ;
- 3° une intervention forfaitaire pour la coordination des activités du centre de triage et de prélèvement par un médecin, en fonction du nombre d'heures travaillées par jour ;
- 4° une intervention forfaitaire pour le support infirmier dans le centre de triage et de prélèvement, en fonction du nombre d'heures travaillées par jour ;
- 5° une intervention forfaitaire pour le support administratif dans le centre de triage et de prélèvement, en fonction du nombre d'heures travaillées par jour.

§ 2. Les interventions visées aux paragraphes 1, 2°, 3°, 4° et 5° sont dues au plus tôt à partir du 23 mars 2020, ou à partir de la date de début des activités du centre de triage et de prélèvement si cette date est postérieure au 23 mars 2020.

Article 47.

§ 1er. L'intervention visée à l'article 46, § 1er, 1°, rétribue l'activité des médecins qui ont participé à la mise en place du centre de triage et de prélèvement au cours de la période précédant l'ouverture et s'élève à un montant maximal de 7.230,60 euros.

Le Roi détermine les modalités de calcul du montant par centre, en tenant compte du nombre d'habitants dans la région couverte par le centre de triage et de prélèvement et du nombre de médecins généralistes participants.

§ 2. Le montant visé au § 1er est versé par l'Institut sur le numéro de compte communiqué par le centre de triage et de prélèvement via le formulaire visé à l'article 45, § 1er, 6°.

Article 48.

§ 1er. L'intervention visée à l'article 46, § 1er, 2°, rétribue les prestations suivantes :

101850 Consultation du patient dans un centre de triage et de prélèvement en vue du triage COVID-19,

101813 Consultation du patient dans un centre de triage et de prélèvement en vue du triage COVID-19 durant les week-ends et les jours fériés.

§ 2. Les prestations visées au § 1er sont désignées par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation.

L'honoraire pour la prestation 101850 s'élève à 26,78 euros.

L'honoraire pour la prestation 101813 s'élève à 39,98 euros.

§ 3. Les patients ne doivent pas payer de quote-part personnelle pour les prestations 101850 et 101813.

Aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé.

Article 49.

§ 1er. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 peuvent être portées en compte par tout médecin qui travaille dans un centre de triage et de prélèvement via le récapitulatif visé à l'article 50.

Les autres moyens de facturation ne sont pas acceptés.

§ 2. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 effectuées dans les centres de triage et de prélèvement pour des patients inscrits dans une maison médicale, peuvent être portées en compte à l'organisme assureur de chaque patient selon la procédure visée à l'article 50 et ne sont pas prises en charge par la maison médicale de ces patients.

§ 3. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires pour consultation, visite ou avis visés à l'article 2 de l'annexe 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.

§ 4. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 ne peuvent être portées en compte qu'une fois par patient et par jour.

Article 50.

§ 1er. Le centre de triage et de prélèvement établit un état récapitulatif par semaine avec les prestations visées à l'article 48 dispensées du lundi jusqu'au dimanche inclus.

Le modèle d'état récapitulatif est élaboré par l'Institut et publié sur son site internet.

§ 2. Les états récapitulatifs contiennent les éléments suivants:

1° le numéro d'identification du centre de triage et de prélèvement ;

2° la date de chaque examen ;

3° l'identification de chaque médecin (nom, prénom, numéro INAMI) ;

4° l'identification de chaque patient (numéro NISS ou, à défaut, nom, prénom et date de naissance).

Les états récapitulatifs sont remplis par le responsable médical ou le contact administratif du centre de triage et de prélèvement et transmis par l'un d'entre eux sous format électronique (Excel, CSV ou Access) à l'adresse covid19@riziv-inami.fgov.be.

§ 3. L'Institut rassemble les états récapitulatifs et les transmet via une application informatique sécurisée au Collège intermutualiste national (CIN) qui ensuite les transmet aux organismes assureurs en fonction de l'affiliation des membres.

Les organismes assureurs paient les médecins sur le numéro de compte déjà connu ou sur le numéro de compte communiqué par le centre de triage et de prélèvement via le formulaire visée à l'article 45, § 1er, 6°.

Article 51.

§ 1er. L'intervention visée à l'article 46, § 1er, 3°, rétribue la coordination par le coordinateur médical pendant les heures d'ouverture du centre de triage et de prélèvement.

Elle s'élève à 80,34 euros par heure avec un maximum de 12 heures par jour, quel que soit le nombre de coordinateurs. Les heures pendant lesquelles le médecin est coordinateur il ne peut pas facturer des examens physiques.

§ 2. L'intervention visée à l'article 46, § 1er, 4°, rétribue le support infirmier dans le centre de triage et de prélèvement, pendant les heures d'ouverture du centre.

Elle s'élève à 47,25 euros par heure avec un maximum de 12 heures par jour, quel que soit le nombre d'infirmiers.

§ 3. L'intervention visée à l'article 46, § 1er, 5°, rétribue le support administratif dans le centre de triage et de prélèvement, pendant les heures d'ouverture du centre.

Elle s'élève à 34,96 euros par heure avec un maximum de 12 heures par jour, quel que soit le nombre d'assistants administratifs.

§ 4. Le centre de triage et de prélèvement n'a droit aux interventions visées aux §§ 2 et 3 que pour autant que le coût des heures prestées n'est pas encore couvert par une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé

§ 5. Le Roi peut prévoir une intervention financière pour les actes déterminés par lui qui sont posés dans un centre de triage et de prélèvement et les modalités de cette intervention financière. Dans ce cas, le Roi fixe aussi les modalités selon lesquelles l'intervention financière peut être cumulée avec d'autres interventions de l'assurance obligatoire et notamment les interventions dans le cadre du présent chapitre.

Article 52.

§ 1er. Le centre de triage et de prélèvement établit un état récapitulatif par semaine avec les activités du lundi jusqu'au dimanche inclus, visées à l'article 51.

Le modèle d'état récapitulatif est élaboré par l'Institut et publié sur son site internet.

§ 2. Les états récapitulatifs contiennent les éléments suivants:

- 1° le numéro d'identification du centre de triage et de prélèvement ;
- 2° la date ;
- 3° l'identification du médecin coordinateur (nom, prénom et numéro INAMI) ;
- 4° les nombres d'heures de coordination ou de support des infirmiers et du personnel administratif.

Les états récapitulatifs sont remplis par le responsable médical ou le contact administratif du centre de triage et de prélèvement et transmis par l'un d'entre eux sous format électronique (Excel, CSV ou Access) à l'adresse covid19@riziv-inami.fgov.be.

§ 3. L'Institut paye l'intervention sur le numéro de compte communiqué par le centre de triage et de prélèvement via le formulaire visée à l'article 45, § 1er, 6°.

CHAPITRE 3. - Garde de semaine

Article 53.

Les postes de garde de médecine générale financés sur base de l'article 22, 6°, de la loi en vue d'assurer la permanence médicale pendant le week-end peuvent étendre leur activité pour une période de trois mois aux soirées et aux nuits de la semaine, pour la période commençant à 18 heures et se terminant à 8 heures le lendemain.

Article 54.

Le poste de garde de médecine générale qui souhaite appliquer l'article 53 doit introduire une demande à cette fin au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI, avec les données minimales suivantes :

- la date de début de la garde de semaine ;

- l'accord mutuel entre le poste de garde et le(s) cercle(s) de médecins généralistes pour organiser la garde de semaine au sein du poste de garde ;
- les heures d'ouverture ;
- l'organisation de la garde : nombre de médecins de garde au poste de garde et nombre de médecins de garde pour la garde roulant ;
- le nombre d'heures par semaine pendant lesquelles le personnel d'accueil est présent ;
- le nombre d'heures par semaine pendant lesquelles il est fait appel à une société de transport externe ;
- le nombre d'heures par semaine consacrées à l'administration et à la coordination supplémentaires ;
- l'engagement visant à enregistrer avec précision l'activité de garde de semaine, tant en termes de visites que de consultations, de préférence divisée en deux périodes : de 18h à 23h et de 23h à 8h ;
- l'engagement visant à collaborer à une évaluation coordonnée du fonctionnement et de l'utilisation des moyens financiers.

Article 55.

- § 1 Le Service des soins de santé de l'INAMI vérifie si la demande visée à l'article 54 contient toutes les données minimales.
- § 2. Si les conditions visées à l'article 54 sont remplies, l'INAMI verse un montant de 50 000 euros pour le fonctionnement du poste de garde pendant les périodes visées à l'article 53 pour une durée de trois mois, à compter de la date de début de la garde de semaine, au numéro de compte bancaire utilisé pour le financement de la permanence médicale pendant les week-ends.
- § 3. Le montant de 50 000 euros couvre tous les frais de fonctionnement des postes de garde pendant la semaine, en particulier les frais d'infrastructure, les frais de personnel au sens large, les frais de gestion et tous les frais liés aux ICT et à la communication.
- La somme de 50 000 euros ne couvre pas les consultations et visites de médecins dans le cadre de fonctionnement des postes de garde de médecine générale pendant la semaine.
- § 4. Selon les modalités fixées par le Service des soins de santé de l'INAMI, le poste de garde de médecine générale transmet un rapport financier détaillé au cours du premier mois suivant l'expiration de la période de trois mois. Seules les dépenses spécifiquement étayées par des pièces justificatives sont éligibles au remboursement dans la limite de 50 000 euros. Dans le mois qui suit la détermination par le Service des soins de santé du montant total des frais de fonctionnement acceptés, le poste de garde remboursera le solde à l'INAMI.

Article 56.

Le Service des soins de santé établit un rapport intégré sur l'application des articles 53 à 55 et le soumet à la Commission nationale médico-mutualiste, à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance.

TITRE 5. - PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER

CHAPITRE 1er. - Du suivi et de la surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19

Article 57.

- § 1er. Les prestations de soins infirmiers spécifiques relatives au suivi et à la surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19 correspondent aux prestations suivantes :
- 419333 Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile (W 2,946) ;
- 419355 Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile le week-end ou un jour férié (W 4,504) ;
- 419370 Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, maison de convalescence (W 2,946) ;
- 419392 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées (W 2,946).
- Les honoraires couvrent l'acte infirmier et le matériel (notamment de protection) nécessaire pour effectuer les soins visés à l'alinéa 1er d'une manière médicalement responsable.
- § 2. Par suivi et surveillance, on entend :
- 1° Observations ciblées de paramètres (température, douleurs musculaires, respiratoires, RR,...) ;

- 2° Accompagnement du patient dans les mesures préventives : utilisation de matériel de protection, mesures de quarantaine,...
- 3° Conseils pour l'oxygénothérapie (le cas échéant).

Article 58.

§ 1er. Le patient visé à l'article 57, § 1er, est :

- 1° Un patient qui est (préssumé être) infecté ou a été infecté par le virus COVID-19 et qui tombe malade dans un des lieux mentionné ci-dessus ;
- 2° Un patient qui est (préssumé être) infecté ou a été infecté par le virus COVID-19 et qui est renvoyé à un des lieux mentionné ci-dessus à partir d'un centre de triage et de prélèvement ou d'une structure de soins intermédiaires ;
- 3° Un patient qui est (préssumé être) infecté ou a été infecté par le virus COVID-19 et qui retourne vers un des lieux mentionnés ci-dessus après sa sortie de l'hôpital ;
- 4° Un patient pour lequel le réseau de soins habituel a été perdu en raison des mesures COVID19 et pour lequel l'infirmier est invité à vérifier régulièrement les paramètres importants et à surveiller l'état de santé général.

§ 2. Par domicile, on entend le domicile ou la résidence du bénéficiaire selon l'article 8, § 1er, 1° de la nomenclature.

Par domicile week-end ou jour férié, on entend le domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié selon l'article 8, § 1, 2° de la nomenclature.

Par maison de convalescence on entend maison de convalescence selon l'article 8, § 1, 3° de la nomenclature.

Par domicile ou résidence communautaires de personnes handicapées, on entend le domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées selon l'article 8, § 1, 3° bis de la nomenclature.

Article 59.

§ 1er. Les règles d'application relatives aux prestations visées à l'article 57, § 1er, sont les suivantes :

- 1° elles doivent être prescrites par un médecin : en cas d'urgence, il peut s'agir d'une prescription médicale formulée oralement avec confirmation écrite du médecin dans les six mois qui suivent le début des soins ;
- 2° elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour de soins et comprennent au moins une visite au patient au cours de cette journée. Une prestation de base peut être attestée une fois par jour ;
- 3° elles ne peuvent être cumulées le même jour avec un forfait de soins A, B, C, PA, PB, PC ou PP ou avec d'autres prestations techniques de soins infirmiers. Elles peuvent toutefois être combinées avec des prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ;
- 4° elles ne peuvent être cumulées le même jour avec des prestations de soins infirmiers attestées dans le cadre d'un centre de soins intermédiaires ;
- 5° elles peuvent être cumulées avec le pseudocode 418913 pour les prestations fournies au domicile ou à la résidence du bénéficiaire dans certaines communes rurales ;
- 6° elles sont soumises aux dispositions de l'article 8, paragraphe 3, de la nomenclature des prestations de santé ;
- 7° elles sont incluses dans le calcul du plafond journalier prévu à l'article 8, § 4, 6° de la nomenclature susvisée ;
- 8° elles ne peuvent être dispensées et facturées que par un infirmier gradué ou assimilé, une sage-femme ou un infirmier breveté.

§ 2. Les problématiques liées au COVID-19 sont documentées dans le dossier infirmier du patient, notamment le contenu de la prescription.

La documentation visée à l'alinéa 1er est présentée sur simple demande au médecin-conseil de la mutualité du patient ou aux services de contrôle compétents.

L'infirmier présente au moins une fois par semaine un rapport au médecin traitant. Cela peut se faire lors d'une réunion liée aux patients, par téléphone ou par voie électronique. Le compte rendu de ce rapport doit être inclus dans le dossier infirmier.

Article 60.

Aucune intervention personnelle n'est due par les bénéficiaires des prestations visées à l'article 57, § 1er .

Article 61.

Aucun supplément ne peut être facturé, y compris si le praticien de l'art infirmier est non conventionné.

CHAPITRE 2. - De la valorisation des soins infirmiers pendant les mesures COVID-19 : coût et utilisation du matériel de protection

Article 62.

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie du COVID-19, un montant supplémentaire peut être ajouté à certaines prestations de soins infirmiers afin de prendre en charge l'achat et l'utilisation d'équipements nécessaires pour assurer une protection adéquate du patient et du prestataire de soins.

Article 63.

§ 1er. Le montant supplémentaire visé à l'article 62 est facturé au moyen d'un pseudocode qui peut être attesté une fois maximum par prestation complémentairement :

- 1° aux prestations 425014, 425036, 425051, 425412, 425434, 425456, 425810, 425832, 425854, 427696, 427711 et 427733 ;
- 2° aux honoraires forfaitaires pour les patients lourdement dépendants (A, B et C) 425272, 425294, 425316, 425670, 425692, 425714, 426075, 426090, 426112, 429096, 429111 et 429133 ;
- 3° à un honoraire forfaitaire pour les patients palliatifs (PA, PB, PC et PP) 427011, 427033, 427055, 427173, 427070, 427092, 427114, 427136, 427195 et 427151.

§ 2 Les pseudocodes visés au § 1er sont les suivants :

419252 Montant complémentaire à la prestation de base/forfait PP (W 0,554)

419274 Montant complémentaire au forfait A/forfait PA (W 0,637)

419296 Montant complémentaire au forfait B/forfait PB (W 0.776)

419311 Montant complémentaire au forfait C/forfait PC (W 1,109)

§ 3. Les pseudocodes visés au § 1er sont les mêmes pour la semaine, le week-end et un jour férié et s'appliquent aux lieux de prestation suivantes :

- 1° au domicile ou à la résidence du bénéficiaire selon l'article 8, § 1er, 1 de la nomenclature susvisée ;
- 2° au domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié selon l'article 8, § 1er, 2° de la nomenclature susvisée ;
- 3° dans une maison de convalescence selon l'article 8, § 1er, 3° de la nomenclature susvisée ;
- 4° au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées selon l'article 8, § 1er, 3° bis de la nomenclature susvisée.

§ 4. Le pseudocode 419252 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425014, 425036, 425051, 425412, 425434, 425456, 425810, 425832, 425854, 427696, 427711, 427733, 427173 et 427195 ;

Le pseudocode 419274 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425272, 425670, 426075, 429096, 427055 et 427136 ;

Le pseudocode 419296 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425294, 425692, 426090, 429111, 427033 et 427114 ;

Le pseudocode 419311 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425316, 425714, 426112, 429133, 427011 et 427092.

§ 5. Les pseudocodes visés au § 1er ne sont pas inclus dans le calcul du plafond journalier prévu à l'article 8, § 4, 6° de la nomenclature susvisée.

Article 64.

Aucune intervention personnelle n'est due par les titulaires de droits pour les compensations supplémentaires visées à l'article 62.

TITRE 6. - TESTS DE LABORATOIRE

Article 65.

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie COVID-19, le présent arrêté :

- 1° fixe le remboursement des tests de biologie clinique en vue de la détection du SARS-CoV-2 et en vue de la détection des antigènes et des anticorps contre le virus susmentionné ;
- 2° fixe les montants de l'intervention personnelle des bénéficiaires ;

- 3° interdit les suppléments d'honoraires ;
- 4° interdit de porter en compte aux patients les tests qui ne répondent pas aux conditions d'application ;
- 5° interdit temporairement de porter en compte des tests sérologiques.

Article 66.

§ 1er. Les tests de biologie clinique admissibles au remboursement sont désignés par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation. Le libellé de chaque prestation est suivi de la lettre-clé B. Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation.

Pour déterminer le tarif, la valeur de la lettre B de l'article 24bis de l'annexe 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 est utilisée : 0.033434 euro.

La lettre-clé est un signe dont la valeur en euro est fixée conventionnellement.

§ 2. Tests de biologie clinique

1° Test moléculaire

554934-554945 - Dépistage au moins du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire B4400-1100²

2° Test antigènes

554956-554960 - Détection d'antigènes du virus SARS-CoV-2 B500

§ 3. Règles d'application

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent uniquement être portées en compte dans le cadre de la pandémie COVID-19, pour les indications qui, au moment du prélèvement de l'échantillon, s'inscrivent dans les directives concernant les tests, publiées sur le site web de Sciensano ou exceptionnellement s'il existe un besoin clinique clairement démontrable chez les patients à risque. Les patients à risque sont les patients qui appartiennent à un des groupes suivants :

- avec immunosuppression ou pathologie maligne ;
- âgé de plus de 65 ans ;
- avec pathologie chronique sévère du coeur, poumon, rein ;
- avec maladie cardiovasculaire, diabète ou HTA.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent uniquement être portées en compte si un formulaire de demande est joint à l'échantillon, qui contient au moins les informations suivantes relatives aux circonstances cliniques dans lesquelles le test est demandé :

- identification du patient et du prescripteur ;
- test demandé ;
- si le test est effectué dans le cadre des directives concernant les tests qui sont publiées sur le site web de Sciensano au moment du prélèvement de l'échantillon ;
- si le test est effectué exceptionnellement en cas d'un besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risque.

Le médecin prescripteur note les circonstances cliniques dans le dossier médical (les symptômes, la gravité et la date d'apparition des symptômes ; les antécédents pertinents; les examens déjà effectués ; les contacts avec des personnes infectées).

Le formulaire de demande doit être conservé sous format électronique par le laboratoire exécutant.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent uniquement être portées en compte si elles sont exécutées dans un laboratoire qui au moment du prélèvement de l'échantillon figure sur la liste établie par Sciensano en ce qui concerne le contrôle de la qualité, les normes de sécurité biologique et la communication d'informations épidémiologiques en provenance des laboratoires exécutant.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de spécialiste en biologie clinique.

A partir du 1 mars et jusqu'au 22 avril les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent chacune être portées en compte maximum 2 fois par bénéficiaire.

² Remplacé par L. 02.04.2021 (M.B. 07.04.2021) E.V. 01.05.2021

L'honoraire pour les prestations 554934-554945 et 554956-554960 inclut tous les coûts liés au test : le matériel de prélèvement, l'appareillage, les réactifs, les coûts d'investissement, le contrôle qualité, les frais de personnel, la supervision, le matériel de protection, les coûts de transport,...

Les résultats des tests visés au § 2 doivent être communiqués au service Epidémiologie de Sciensano.

La prestation 554934-554945 ne peut pas être portée en compte si elle est exécutée après un résultat positif au test antigène via la prestation 554956-554960.

La prestation 554956-554960 peut seulement être portée en compte si le type de matériel de test a été approuvé par l'AFMPS ou par Sciensano.

~~Si le test antigène visé au § 2, 2°, livre un résultat négatif ou douteux, un test moléculaire visé au § 2, 1°, est exécuté.³~~

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 ne peuvent être portées en compte pour le dépistage collectif chez des résidents asymptomatiques dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons,...) organisé par et avec la coopération du gouvernement fédéral et des entités fédérées.

~~§ 4. Sous-traitance~~

~~Si un laboratoire qui reçoit les échantillons les envoie vers un autre laboratoire pour analyse, le laboratoire exécutant enverra le rapport, portera en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et conservera également les formulaires de demande. Les modalités pratiques entre les deux laboratoires sont réglées entre eux via un Service Level Agreement.⁴~~

Article 67.

Aucun bénéficiaire n'est redevable d'une intervention personnelle pour les prestations visées à l'article 66.

Article 68.

Aucun supplément ne peut être porté en compte au patient.

Article 69.

Si les conditions mentionnées à l'article 66, § 3, ne sont pas remplies, les tests visés à l'article 66, § 2 ne peuvent pas être portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, ni au patient.

Article 70. Tests sérologiques

[Pour la durée d'application de l'arrêté royal du 17 mars 2020 interdisant la mise à disposition, la mise en service et l'utilisation des tests rapides de mesure ou de détection des anticorps liés au virus SARS-CoV-2, la détection d'anticorps contre le virus précité ne peut pas être portée en compte via les prestations 552016-552020 ou 551655-551666 de l'article 24 de l'annexe 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.

Les tests sérologiques exécutés pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (IgM, IgG ou IgA) ne peuvent pas être portés en compte ni à l'assurance obligatoire soins de santé, ni au patient durant cette période.

A partir d'une date à fixer par le Roi et aux conditions qu'il fixe, les tests sérologiques précités pourront seulement être portés en compte à l'assurance pour les tests de détection repris sur une liste dressée par Sciensano et pour les groupes cibles déterminés par Lui.

La base de remboursement de ces tests correspond à la valeur de 9,60 euros. **Aucun montant supplémentaire ne peut être facturé au bénéficiaire pour ces tests quel que soit le statut de conventionnement.**

Les tests de détection qui apparaissent sur la liste visée à l'alinéa 3 et qui sont exécutés par des laboratoires agréés sur des personnes qui n'appartiennent pas aux groupes cibles établis sont facturés aux personnes qui les demandent au montant fixé à l'alinéa 4.]⁵

TITRE 7. - MESURES DE PROTECTION

Article 71.

Le Roi peut - pour les catégories de dispensateurs de soins qu'il désigne et aux conditions qu'il fixe - prévoir une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

³ Abrogé par L. 02.04.2021 (M.B. 07.04.2021) E.V. 14.11.2020

⁴ Abrogé par A.R. 29.10.2020 (M.B. 04.11.2020) E.V. 05.11.2020

⁵ Art.70 remplacé par A.R. n°28 du 3.06.2020 (M.B. 05.06.2020) E.V. 01.03.2020

Aucun montant ne peut être facturé par le dispensateur de soins aux bénéficiaires, en ce qui concerne les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel, quel que soit le statut de conventionnement.

TITRE 8. - DISPOSITIONS FINALES

Article 72.

Les mesures fixées dans le présent arrêté restent d'application jusqu'à une date à fixer par le Roi. Le Roi peut fixer une date différente pour chaque mesure.

Article 73.

L'arrêté royal du 27 mars 2020 visant l'interruption des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs suite à la pandémie de COVID-19 est abrogé.

Article 74.

Le présent arrêté produit ses effets le 1er mars 2020.

Les articles 4 à 29 du présent arrêté produisent leurs effets le 14 mars 2020.

L'article 51, § 5, entre en vigueur à une date à fixer par le Roi.

Les articles 65 à 70 produisent leurs effets le 1er mars 2020, à l'exception de l'article 66, § 2, 2°, qui produit ses effets à partir du 1er avril 2020.

L'article 71 du présent arrêté produit ses effets le 4 mai 2020.

Article 75.

Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 mai 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, M. DE BLOCK

RAPPORT AU ROI

Sire,

J'ai l'honneur de vous présenter un projet d'arrêté royal n° 20 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.

Par la loi du 27 mars 2020, le législateur a conféré au Roi des pouvoirs spéciaux pour prendre des mesures de lutte contre la propagation du Coronavirus COVID-19. Ceci concerne des mesures pour appréhender les conséquences directes et indirectes de la pandémie COVID-19 pour l'assurance obligatoire.

Conformément à l'article 2 de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), l'arrêté en projet vise à permettre de garantir l'accessibilité aux soins nécessaires afin de réagir à l'épidémie ou à la pandémie du coronavirus COVID-19 et d'en gérer les conséquences, notamment celles liées à la garantie de la santé publique suite aux mesures de confinement.

Les mesures visent à permettre que les soins nécessaires au regard de la situation actuelle soient fournis au patient. Ces mesures exigent une formalisation juridique urgente pour garantir la continuité des soins et une sécurité juridique pour les différents partenaires de l'assurance soins de santé. L'ensemble des mesures visent à préserver les intérêts du patient et ne peuvent avoir pour effet de diminuer leurs droits.

L'article 6, alinéa 2, de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II) prévoit la possibilité de ne pas recueillir des avis légalement ou réglementairement requis ou de les recueillir dans un délai abrégé. L'on a dû constater dans le cadre de la préparation du présent projet la difficulté pour ces organes de se réunir vu les circonstances actuelles. Pour certaines procédures, les organes de décisions ont pu être consultés par écrit ou se concerter sans contact physique. Dans les dispositions réglementaires qui régissent le fonctionnement de ces organes et dans les règlements d'ordre intérieur, cette possibilité n'est toutefois pas toujours prévue ou seulement pour des affaires de moindre importance. En outre, une concertation formelle à distance n'a pas toujours été possible pour des raisons pratiques ou réglementaires. Pour ne pas bloquer le processus de décision, des dérogations aux procédures de concertation formelle ont dû s'opérer sans toutefois neutraliser la concertation avec les stakeholders. En lieu et place de celles-ci ou en complément, des concertations informelles ont eu lieu avec les stakeholders, en particulier les mutualités et les représentants des dispensateurs de soins pour ces matières.

TITRE 1er. - DISPOSITIONS GENERALES

L'article 1er du projet suspend tous les délais qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des sections, chapitres et titres repris dans l'article (délais relatifs à l'assurance indemnités et maternité et aux services de contrôles). Ceci concerne par exemple des délais prévus dans les procédures de modification des listes de prestations remboursables, des délais qui doivent être respectés

par des organes, comme les commissions et conseils, institués au sein de l'INAMI lors des décisions individuelles mais aussi des délais que les bénéficiaires doivent respecter dans le cadre des demandes de remboursement de prestations de soins, de demandes d'inscription auprès d'un organisme assureur ou de demandes pour bénéficier de certains statuts, comme le droit à l'intervention majorée.

Afin de protéger l'accessibilité des patients, et de protéger simultanément les firmes contre des décisions intempestives et non-souhaitées, il est notamment proposé, dans ces circonstances exceptionnelles, pour une période encore à définir mais limitée, de suspendre le calendrier des différentes procédures. Ceci implique concrètement que les étapes de procédures peuvent être fixées dans la mesure du possible, mais que le dépassement d'un délai ne peut avoir d'impact pour les intervenants. Les délais contraignants recommencent à courir seulement au moment où la suspension est levée.

Par arrêté royal du 27 mars 2020, une mise à l'arrêt des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs a déjà été prévue. Des bases légales de ces procédures (article 35bis, §§ 3, 6 et 8 et article 35septies/2, §§ 5, 6/1, 7 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994), l'on pourrait conclure qu'une suspension des délais n'est possible qu'en cas de demande de renseignements complémentaires. Pour cette raison, il est souhaitable de confirmer cette mesure par le présent arrêté. En outre, il est nécessaire de suspendre d'autres procédures qui ne sont pas visées par l'arrêté précité du 27 mars 2020, comme la procédure de modification de la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables.

En outre, le court délai dans lequel l'arrêté royal du 27 mars 2020 a dû être rédigé à entraîner une erreur dans la traduction française et une imprécision dans les termes utilisés.

Il ressort bien des termes de la note CSS 2020/073 que l'intention était de prévoir une suspension et non une interruption des délais :

« Afin de protéger l'accessibilité des patients, et de protéger simultanément les firmes contre des décisions intempestives et non-souhaitées, il est proposé, dans ces circonstances exceptionnelles, avec effet au 13 mars 2020 minuit pour une période encore à déterminer mais limitée d'introduire un clock-stop pour toutes les procédures. Cette méthode réduit le retard dans le processus de décision au minimum, sans hypothéquer le processus même ou les responsabilités ou compétences dans ces processus. La réparation de modifications intempestives ou non-voulues de la liste des spécialités remboursables ou des implants et dispositifs médicaux invasifs, réclame une nouvelle procédure qui serait en tout cas plus chronophage. »

En droit :

- La suspension (schorsing en NL) arrête temporairement le cours d'un délai sans effacer le délai déjà couru ;
- L'interruption (stuiting en NL) fait courir un nouveau délai à la date de l'acte interruptif.

Dans le cas d'espèce et malgré la rédaction du texte, c'est bien une suspension qui a été envisagée.

Ceci est d'ailleurs induit par le fait qu'une période (de suspension) est prévue par le texte.

Par conséquent, à la fin de la période de crise, les délais reprendront au moment où ils ont été suspendus (à savoir le 13/3/2020 à minuit).

Une régularisation et extension du texte de l'arrêté royal du 27 mars 2020 afin de lever toute ambiguïté quant à la base légale et au vocabulaire utilisé s'avère opportune.

Pour des raisons de bonne gestion, les démarches procédurales qui pourront être posées pendant la crise le seront et ce :

- pour éviter de bloquer jusqu'à la fin de la situation les nouveaux remboursements sur lesquels il y aurait un accord;
- pour limiter l'effet d'engorgement et maîtriser la quantité de dossiers pour lesquels un arriéré sera à résorber à la fin de la crise.

Toutefois, les délais sont suspendus pour tous les intervenants et il conviendra de tenir compte également des impacts de la crise pour les firmes qui sollicitent le remboursement.

Concrètement, cela implique que les actes de procédure peuvent être posés de part et d'autre mais que le dépassement d'un délai ne pourra avoir d'impact sur aucun des intervenants.

D'autres délais peuvent découler des conditions de remboursement qui sont fixées dans la nomenclature des prestations de santé, dans d'autres dispositions ou dans des conventions. Pour certaines prestations de soins il est par exemple prévu qu'elles doivent être effectuées dans un délai déterminé ou que le dispensateur de soins doit introduire sa demande pour une intervention de l'assurance obligatoire ou communiquer certaines informations. Ceci concerne aussi par exemple certaines prescriptions des médecins ou des accords des médecins-conseils qui ont une durée de validité déterminée. Suite à la pandémie du COVID-19, il peut cependant s'avérer impossible de respecter les délais et conditions. Des traitements non-urgents doivent en effet être reportés et les dispensateurs de soins sont concentrés sur les soins urgents, ce qui implique que les obligations administratives ne peuvent pas être réalisées à temps. Pour éviter que les patients n'obtiennent pas de remboursement ou reçoivent un remboursement inférieur, il peut s'avérer nécessaire de suspendre ou de prolonger certains délais qui sont prévus par la réglementation ou dans des conventions.

A chaque fois que ce sera possible, les adaptations des délais seront précisées dans une disposition particulière mais il semble opportun de compléter celles-ci d'une disposition générale pour préserver au mieux les intérêts de l'ensemble des partenaires puisque l'exhaustivité des analyses ne peut être garantie dans les conditions actuelles.

L'article 2 vise à garantir la continuité du fonctionnement des organes, comme les commissions et conseils, prévus par ou en fonction de la loi.

Ces mesures s'expliquent par la difficulté pour ces organes de se réunir dans les circonstances actuelles.

De manière générale, les dérogations procédurales envisagées peuvent viser les processus d'adoption des mesures temporaires ainsi que les processus par lesquels il sera mis fin à ces mesures temporaires.

Elles peuvent également toucher des processus d'adoption de mesures non-temporaires. Il peut ainsi se concevoir qu'une inscription définitive d'une prestation au remboursement (acte d'un dispensateur de soins, spécialité pharmaceutique, dispositif médical) fasse sens pendant la période d'application des présentes mesures mais soit bloquée par l'impossibilité de réunion formelle des organes. Il semble inopportun de bloquer tout progrès structurel dans la prise en charge des soins pendant une période dont la durée n'est pas encore connue.

L'alinéa 1er généralise la faculté de recourir à des procédures écrites.

Pour certaines procédures, il est en effet envisageable que les organes de décisions soient consultés par écrit ou se concertent sans contact physique. Dans les dispositions réglementaires qui règlent le fonctionnement de ces organes et dans les règlements d'ordre intérieur, cette possibilité n'est toutefois pas toujours prévue ou seulement pour des affaires de moindre importance. L'article 2 prévoit la possibilité de fonctionner de la sorte pour tout organe indépendamment des dispositions légales ou réglementaires normalement applicables.

L'on notera toutefois qu'il est possible que certaines procédures ne puissent se dérouler sereinement par écrit ou sans contact physique et que dans ce cas, il conviendra d'attendre la fin de la période de suspension visée à l'article 1er si les réunions en présentiel ne sont pas possibles et si aucune circonstance ne justifie d'avoir recours aux règles visées à l'alinéa 2.

L'alinéa 2 prévoit une faculté de réduire les délais d'avis et une possibilité de déroger aux consultations formelles.

Tout d'abord, si les circonstances le requièrent, il est prévu que les délais pour les consultations formelles puissent être abrégés afin de permettre de prendre en compte rapidement les nécessités qui se feraient jour.

En outre, il peut également se produire des situations où une réunion à distance n'est pas possible parce que les membres sont malades ou ne sont pas disponibles en raison de leur activité comme dispensateur de soins, ce qui peut notamment avoir pour effet de ne pas permettre d'atteindre les quorums requis. Pour ne pas bloquer le processus de décision dans ces cas de figure, une dérogation à l'obligation de consulter les organes est également prévue.

La dérogation aux procédures de concertation formelle ne vise pas à neutraliser la concertation avec les stakeholders mais à garantir que les décisions qui doivent être prises puissent l'être. Pour toutes les mesures envisagées, des concertations informelles auront à tout le moins lieu avec les stakeholders, en particulier les mutualités et les représentants des dispensateurs de soins pour la matière concernée.

Il est essentiel que la continuité des soins puisse être garantie et que les procédures puissent aboutir afin que toute avancée vis-à-vis des soins mis à disposition des bénéficiaires ne soit pas bloquée pendant la période où la possibilité de réunir formellement les organes sera restreinte.

Il va de soi que tous les efforts seront déployés pour permettre de maintenir au mieux les concertations requises, à tout le moins de manière informelle, mais il semble opportun de prévoir une possibilité de pallier l'impossibilité de le faire formellement pour éviter une paralysie préjudiciable aux bénéficiaires.

Il conviendra bien entendu qu'un examen de proportionnalité et une balance d'intérêt soit opérée pour mettre en oeuvre ces dérogations qui ne pourront avoir lieu que « si nécessaire ».

TITRE 2. - OXYCONCENTRATEURS

L'admission au remboursement de nouveaux oxyconcentrateurs de la firme SOS Oxygène est prévue afin d'augmenter l'offre sur le marché des oxyconcentrateurs pouvant faire l'objet d'un remboursement. On constate sur le terrain une forte demande pour les oxyconcentrateurs (et l'oxygène sous toutes ses formes) et l'admission au remboursement de ses nouveaux appareils permet de répondre en partie aux besoins importants et urgents générés par les infections par le COVID-19.

TITRE 3. - CONTINUITÉ DES SOINS

Les mesures énoncées aux articles 4 à 18 inclus sont des propositions rédigées en concertation avec les partenaires à leur demande ou après que les représentants des dispensateurs de soins ou les organismes assureurs aient pris contact avec l'INAMI au sujet des problèmes de continuité de soins nécessaire dans le cadre des mesures prises contre la propagation du virus. Pour chaque mesure adoptée, des réunions virtuelles ont eu lieu avec les organisations professionnelles concernées (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, logopédistes, sages-femmes, fédérations hospitalières) et avec les organismes assureurs. Une concertation préparatoire avec une délégation du Conseil technique médical a également eu lieu pour les mesures relatives à la radiothérapie hypofractionnée des patients atteints d'un cancer du sein et à la surveillance particulière des patients atteints de COVID-19. Ces réunions à distance ont eu lieu soit avec chaque partie concernée individuellement, soit dans le cadre de réunions conjointes. Le résultat a été remis aux participants.

Les mesures énoncées aux articles 22 à 28 inclus sont des propositions du Collège des médecins directeurs qui, en vertu de l'article 23, § 2, 2^{ème} alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, est compétent pour donner un avis sur la nomenclature des prestations de rééducation visée audit alinéa et qui, en vertu de l'article 23, § 3, de la même loi, est

compétent pour élaborer et soumettre au Comité de l'assurance des projets de conventions de rééducation et des projets de conventions avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés.

Les propositions ont souvent été élaborées à la demande des prestataires de soins, des établissements de rééducation et des centres dispensant des programmes de soins multidisciplinaires coordonnés, ou sont nées après que ces prestataires et établissements aient signalé à l'INAMI certains problèmes auxquels ils sont confrontés.

L'article 4 fixe les dispositions générales des prestations spécifiques dans le cadre de la crise COVID-19.

L'article 5 autorise l'utilisation de la radiothérapie hypofractionnée pour les patients atteints d'un cancer du sein pour lesquels un schéma d'irradiation hypofractionné de 5 fractions constitue une alternative sûre et suffisamment efficace, sur base des preuves scientifiques actuelles, et à condition que les schémas d'irradiation habituels soient non indiqués ou impossibles.

Utiliser la radiothérapie hypofractionnée pour certains patients fait partie des plans d'urgence COVID-19 de plusieurs hôpitaux.

Les appareils utilisés et le personnel disponible peuvent ainsi être déployés de la manière la plus optimale possible, ce qui permet de séparer les appareils et les équipes de soins pour les patients infectés par le COVID-19 et les autres patients. De plus, les patients doivent alors se rendre moins souvent à l'hôpital, ce qui contribue à éviter la propagation du virus.

La crise du COVID-19 a profondément bouleversé la façon de travailler des hôpitaux, tant en termes d'infrastructure et de logistique qu'en terme d'engagement du personnel, des infirmiers et des médecins spécialistes. De plus, les soins dispensés aux patients atteints du virus exigent de mobiliser des efforts exceptionnels pour prendre en charge les patients atteints du virus. Pour faire face à ces nouvelles conditions de travail et rétribuer correctement les efforts, l'article 6 prévoit une série de prestations spécifiques pour les soins dispensés aux soins intensifs et dans les unités de soins spécifiques COVID-19.

L'article 6, § 1er, garantit, par la mise en place d'un code spécifique, l'identification des patients COVID-19 afin de permettre le remboursement des nouvelles prestations aux soins intensifs et dans les unités COVID-19 spécifiques. Un patient COVID-19 est défini conformément à la définition des cas de Sciensano. Le code 793800 vise uniquement l'identification des patients COVID-19. Ce code permet que d'autres prestations puissent être portées en compte pour ces patients pour lesquels les soins requièrent un effort particulier, tant physique que psychique.

Les services de soins intensifs sont plus que jamais les "hotspots" au sein des hôpitaux et la plupart d'entre eux ont dû augmenter leur capacité, notamment en adaptant intégralement ou partiellement d'autres services (salles de réveil ou services « ordinaires ») pour qu'ils soient en mesure de dispenser aussi des soins intensifs. Il est évident que ces adaptations réclamaient un « glissement » du personnel et des moyens, ainsi qu'une forte augmentation de la capacité.

Les patients COVID-19 admis aux soins intensifs ont besoin d'une assistance respiratoire beaucoup plus longue que normalement. Il s'agit souvent de 2 semaines au minimum. Pour « coller » à cette réalité, deux prestations spécifiques sont prévues à cet effet par l'article 6, § 2.

Des unités de soins spécifiques COVID-19 ont été créées et sont séparées physiquement des autres services. Les patients qui s'y trouvent nécessitent une approche plus intensive et spécifique, au niveau de la pathologie COVID-19, mais aussi des règles de sécurité et d'hygiène obligatoires dans le cadre des soins dispensés à ces patients spécifiques.

Les patients y restent en moyenne beaucoup plus longtemps que d'ordinaire. Les soins y sont aussi beaucoup plus lourds. C'est la raison pour laquelle l'article 6, § 3, prévoit des nouvelles prestations relatives à l'installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, la surveillance continue des fonctions vitales et non vitales, la surveillance continue de la fonction cardiaque et les mesures du débit cardiaque et l'article 6, § 4, prévoit un supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé.

L'article 6, § 5, prévoit que ces prestations peuvent uniquement être attestées dans des hôpitaux généraux.

L'article 7 contient les principes à respecter pour pouvoir dispenser un suivi à distance.

Les articles 8 à 13 inclus prévoient la création de prestations spécifiques à distance ainsi que les règles d'application y afférentes pour les médecins, dentistes et kinésithérapeutes.

L'article 8 prévoit des prestations spécifiques permettant aux médecins de trier par téléphone (§ 1er) les patients potentiellement affectés par le COVID-19 et de donner un avis téléphonique (§ 2) aux autres patients dans le but de préserver la continuité des soins.

La notion d'appel téléphonique couvre les moyens de communication synchrone, en ce compris la vidéocommunication.

L'article 8, § 3, détermine les règles d'application pour ces prestations.

L'article 9 prévoit des prestations spécifiques pour les psychiatres et les pédopsychiatres. Les patients en suivi psychiatrique ou psychothérapeutique peuvent rarement suspendre leur traitement sans risque sérieux pour leur santé mentale. Le contexte même de la crise du COVID-19 accentue encore ce risque pour les plus fragiles. Afin de garantir la continuité de ces soins pendant cette crise du COVID-19, les règles de l'assurance obligatoire soins de santé sont ajustées pour pouvoir prendre en charge ces suivis ainsi que les éventuels nouveaux diagnostics posés à distance par les psychiatres et pédopsychiatres.

L'article 9, § 1er, prévoit un avis téléphonique en vue d'orienter le patient vers une équipe mobile ou un service d'urgence psychiatrique, de sorte que des soins urgents corrects puissent également être prodigués à ce groupe de patients pendant cette période de crise.

L'article 9, §§ 2 et 3, prévoit des prestations à distance pour le diagnostic psychiatrique, le traitement psychothérapeutique, la médiation, la consultation entre un médecin et un psychologue ou un orthopédagogue, et l'évaluation psychiatrique complète d'un jeune afin d'assurer la continuité de ces soins pendant la crise COVID-19.

L'article 9, § 4, détermine les règles d'application générales pour ces prestations.

Par analogie avec les dispositions de l'article 6, l'article 10 prévoit une prestation spécifique pour le neuropédiatre afin qu'il puisse poursuivre le suivi des enfants, des adolescents et des jeunes adultes présentant des troubles neurodéveloppementaux ou d'une déficience intellectuelle associés à des troubles graves du comportement. En effet, les patients présentant des troubles neurodéveloppementaux ou une déficience intellectuelle sont particulièrement sensibles aux changements d'environnement spatio-temporel. Des circonstances exceptionnelles peuvent aggraver les troubles du comportement et mettre l'environnement (famille ou institution) en grande difficulté.

L'article 11 autorise l'organisation des consultations multidisciplinaires en oncologie (COM) par vidéoconférence. Ainsi les dispensateurs de soins ne sont pas obligés d'être physiquement présents dans une salle. Ceci garantit la continuité des soins aux patients atteints de cancer, tout en facilitant le confinement.

Afin d'assurer la continuité des soins et l'orientation du patient vers les soins dentaires disponibles pendant cette période de crise, l'article 12 prévoit la création de prestations spécifiques pour des avis téléphoniques avec renvoi éventuel à un cabinet dentaire qui offre des soins en tenant compte de toutes les instructions aux dispensateurs de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19.

L'article 12, § 1er, prévoit la création de deux prestations spécifiques pour des avis téléphoniques avec renvoi éventuel.

L'article 12, § 2, détermine les règles d'application pour ces prestations

Pour assurer la continuité de soins et de stabiliser ou d'améliorer l'état de santé du patient, ce qui sera nécessaire dans un nombre limité de cas, l'article 13 rend possible des soins de kinésithérapie à distance par téléphone ou par communication vidéo.

L'article 13, § 1er, prévoit la création de deux prestations spécifiques pour des soins à distance effectués par le kinésithérapeute.

L'article 13, § 2, détermine les règles d'application pour ces prestations.

L'article 14 prévoit l'intervention totale de l'assurance obligatoire soins de santé dans les honoraires des prestations à distance.

L'article 15 interdit l'application de suppléments pour les prestations à distance.

Les patients en suivi logopédique peuvent rarement suspendre leur traitement pour une durée relativement longue sans risque de perdre le bénéfice thérapeutique du traitement. Afin de garantir la continuité des soins logopédiques pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale, l'article 16 ajuste des règles de l'assurance obligatoire soins de santé pour prendre en charge toutes les prestations réalisées à distance sans présence physique par les logopèdes.

Afin de garantir les soins pré et postnatals nécessaires à la future mère et à l'enfant, même pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale, l'article 17 adapte les règles de l'assurance obligatoire soins de santé pour rembourser les prestations dispensées à distance par les sages-femmes.

L'article 18 dispose que les honoraires et les montants de l'intervention de l'assurance obligatoire sont identiques pour les prestations à distance que pour les prestations avec présence physique pour les logopèdes et les sages-femmes.

Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, l'article 19 prévoit des dérogations aux prestations spécifiques de la nomenclature des prestations de rééducation.

L'article 20 prévoit la possibilité de dispenser des prestations de diététique par téléphone ou par communication vidéo étant donné que pour les patients pour lesquels ces prestations peuvent être dispensées (patients diabétiques et patients souffrant d'insuffisance rénale chronique), ces prestations peuvent être nécessaires de toute urgence pour un traitement adéquat de leur maladie et ne peuvent être reportées au-delà de la période de crise liée au COVID-19. Afin de garantir que ces prestations soient dispensées en toute sécurité pendant la période de crise liée au COVID-19, sans risque de contamination, il est prévu la possibilité de dispenser ces prestations diététiques par téléphone ou par communication vidéo. Bien que la prestation dispensée par communication vidéo soit susceptible de donner de meilleurs résultats, il est également prévu de dispenser ces prestations par téléphone étant donné qu'une partie importante du groupe cible n'a pas la possibilité de communiquer par vidéo ou ne la connaît pas suffisamment.

L'article 21, § 1er et § 2, prévoit la possibilité de réaliser des prestations d'éducation au diabète par téléphone ou par communication vidéo étant donné que ces prestations peuvent être nécessaires de toute urgence pour les patients diabétiques concernés pour un traitement adéquat de leur maladie et ne peuvent être reportées au-delà de la période de crise liée au COVID-19. Afin de garantir que ces prestations soient dispensées en toute sécurité pendant la période de crise liée au COVID-19, sans risque de contamination, il est prévu de dispenser ces prestations d'éducation au diabète par téléphone ou par communication vidéo. Bien que la prestation par communication vidéo soit susceptible de donner de meilleurs résultats, il est également prévu de dispenser ces prestations par téléphone étant donné qu'une partie importante du groupe cible n'a pas la possibilité de communiquer par vidéo ou ne la connaît pas suffisamment.

L'article 22 prévoit la possibilité de dispenser certaines prestations d'ergothérapie par communication vidéo étant donné que ces prestations d'ergothérapie peuvent être nécessaires de toute urgence aux patients concernés afin qu'une solution

aux problèmes relatifs à la réintégration auxquels ces patients sont confrontés puisse être apportée. Afin de garantir que ces prestations soient dispensées en toute sécurité pendant la période de crise liée au COVID-19, sans risque de contamination, il est prévu la possibilité de dispenser ces prestations d'ergothérapie par communication vidéo. Etant donné que des prestations d'ergothérapie qualitatives ne sont pas possibles par téléphone, tenant compte des problèmes auxquels sont confrontés les patients et du but de ces séances, seules des séances d'ergothérapie par communication vidéo sont prévues.

Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, l'article 23 prévoit des dérogations aux dispositions des conventions visées aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'article 24, § 1er à § 3 inclus, donne la possibilité aux centres qui accompagnent les patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines, aux centres d'accompagnement de la transidentité et aux cliniques de la mémoire d'effectuer certaines séances d'accompagnement aux patients pris en charge par ces centres par communication vidéo pendant la période de crise liée au COVID-19, de manière à assurer la continuité des soins pendant la période de crise du COVID-19 et de garantir que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité et sans risque de contamination. Etant donné que des séances d'accompagnement qualitatives ne sont pas possibles par téléphone car le psychologue ne peut alors pas tenir compte du langage corporel du patient, seules des séances d'accompagnement par communication vidéo sont prévues.

L'article 25, § 1er à § 3 inclus, permet aux établissements "Clairs Vallons" et "Zeepreventorium" d'offrir un accompagnement par téléphone ou par communication vidéo pendant la période de crise liée au COVID-19 aux patients dont le programme normal de rééducation a été interrompu, afin que la continuité des soins puisse encore être garantie dans une certaine mesure pendant la période de crise liée au COVID-19 et que les patients puissent rester dans des conditions relativement sûres et saines à l'extérieur de l'établissement, dans leur milieu de vie ou ailleurs, et que les résultats du programme de rééducation déjà obtenus puissent être consolidés dans la mesure du possible. Bien que la communication vidéo soit susceptible de donner de meilleurs résultats, des prestations par téléphone sont également prévues étant donné qu'une proportion importante du groupe cible n'a pas la possibilité de communiquer par vidéo ou ne la connaît pas suffisamment.

L'article 26, § 1er et § 2, donne la possibilité aux centres de rééducation locomotrice et neurologique de dispenser des séances d'accompagnement que les logopèdes de ces centres réalisent pour les patients de ces centres par communication vidéo pendant la période de crise liée au COVID-19 afin d'assurer la continuité des soins pendant la période de crise liée au COVID-19 et de garantir que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité, sans risque de contamination. Etant donné qu'il n'est pas possible d'organiser des séances d'accompagnement qualitatives par téléphone, au vu du fait que le logopède doit pouvoir voir la manière dont le patient parle, seules des séances d'accompagnement par communication vidéo sont prévues.

L'article 27, § 1er et § 2, donne la possibilité aux centres de référence pour l'infirmité motrice d'origine cérébrale de fournir des "avis ponctuels" aux patients de ces centres, pendant la période de crise liée au COVID-19, par téléphone ou par communication vidéo, afin d'assurer la continuité des soins pendant la période de crise liée au COVID-19 et de garantir que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité et sans risque de contamination. Bien que les prestations par communication vidéo soient susceptibles d'être plus efficaces, des prestations par téléphone sont également prévues afin de ne pas exclure du groupe cible les patients qui n'ont pas la possibilité de communiquer par vidéo ou qui ne la connaissent pas suffisamment.

L'article 28, § 1er à § 5 inclus, donne la possibilité aux thérapeutes cognitivo-comportementaux travaillant avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique d'effectuer les séances de thérapie cognitivo-comportementale dispensées par ces thérapeutes, pendant la période de crise liée au COVID-19, par communication vidéo, afin que la continuité des soins pendant la période de crise liée au COVID-19 puisse être garantie et que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité, sans risque de contamination. Etant donné qu'il n'est pas possible d'organiser des séances d'accompagnement qualitative par téléphone au vu du fait que le psychologue ne peut alors pas tenir compte du langage corporel du patient, seules des séances d'accompagnement par communication vidéo sont prévues.

L'article 29 prévoit l'abrogation de l'arrêté royal du 18 mars 2020 exécutant diverses mesures exceptionnelles relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d'une prise en charge des patients dans le contexte de la COVID-19 pandémie avec le virus SARS-CoV-2. Les dispositions prévues dans cet arrêté royal sont en effet reprise dans le présent arrêté.

TITRE 4. - STRUCTURES

Chapitre 1er. Structures de soins intermédiaires

En ce qui concerne le chapitre 1er relatif aux structures de soins intermédiaires, le Risk Management Group (RMG) a décidé le 20 mars 2020 d'accorder une aide pour la mise sur pied de structures d'accueil temporaire pour les personnes atteintes du coronavirus qui n'ont pas ou plus besoin de soins hospitaliers mais qui ne peuvent pas encore rentrer dans leur lieu de vie habituel car elles sont encore contagieuses.

Le « Comité Primary & Outpatient Care Surge Capacity » a été chargé de concrétiser ce projet. Ce comité est un groupe de travail du RMG coordonné par la Direction générale Soins de santé du Service public fédéral Santé publique. Il se compose de représentants de toutes les autorités, de la Défense, des fédérations d'hôpitaux, des organisations professionnelles de médecins, des villes et communes, des partenaires tels que les mutualités, la Croix rouge et Médecins sans Frontières.

Considérant l'accord de la Conférence interministérielle Santé publique du 9 avril 2020 relative aux principes globaux de création et de financement des structures de soins intermédiaires.

Cette décision de créer des structures de soins intermédiaires a été prise pour éviter que trop de personnes soient admises dans les hôpitaux ou doivent y rester alors qu'elles n'ont pas vraiment besoin de soins hospitaliers et donc pour éviter que la charge de travail dans les hôpitaux continue à augmenter.

Ces structures ne sont pas destinées à dispenser des soins de longue durée. Elles sont d'ailleurs créées pour une durée limitée, qui dépend du temps nécessaire pour gérer la crise sanitaire actuelle.

Seules les autorités régionales ou communautaires peuvent décider d'ouvrir une structure de soins intermédiaire et uniquement sur avis du gouverneur de la province dans laquelle cette ouverture est envisagée.

Pour ce faire, cette autorité appréciera la nécessité de créer de telles structures en fonction des places encore disponibles dans d'autres structures de soins intermédiaires dans la région mais également en fonction du nombre de patients atteints du COVID-19 encore hospitalisés.

Il incombe aussi à cette autorité de conclure avec le propriétaire ou l'exploitant des locaux des accords sur l'entrée en service des locaux, l'utilisation des installations, la mise à disposition de personnel, la responsabilité et la couverture de l'assurance, la durée de l'utilisation, la remise en état des installations après utilisation etc.

C'est cette même autorité qui décidera de fermer une structure de soins intermédiaire s'il apparaît qu'elle ne répond plus à un besoin découlant de la crise sanitaire due au COVID-19. Si nécessaire, cette autorité peut décider d'orienter vers d'autres structures de soins intermédiaires actives sur son territoire les patients qui séjournent encore dans la structure de soins intermédiaire au moment de sa fermeture.

Ces structures sont destinées à accueillir des patients qui sont identifiés comme des patients infectés par le coronavirus, qui ont été hospitalisés pour cette raison ou pour lesquels un examen dans un centre de triage et de prélèvement ou un service des urgences a montré que leur état ne nécessite pas une hospitalisation.

Si au moment de la sortie de l'hôpital ou de l'examen dans le centre de triage et de prélèvement ou au service des urgences, il apparaît que pour certaines raisons, ces patients ne pourraient pas respecter les règles d'hygiène et d'isolement une fois de retour dans leur lieu de vie habituel ou qu'ils ont encore besoin de soins spécifiques qui ne peuvent pas être dispensés dans leur lieu de vie habituel, ils peuvent être provisoirement hébergés dans une structure de soins intermédiaire.

Un hébergement dans une structure de soins intermédiaire est possible dans une ou plusieurs des situations suivantes :

- 1° le logement est trop exigu pour permettre l'isolement du patient par rapport aux personnes avec lesquelles il vit ;
- 2° le patient vit avec une ou plusieurs personnes âgées, ou immunodéprimées ou souffrant d'une maladie respiratoire chronique et aucun logement alternatif temporaire ne peut être trouvé pour héberger ces personnes ;
- 3° les conditions d'hygiène au sein du logement ne permettent pas de respecter correctement les recommandations en matière d'isolement, d'hygiène et de distanciation ;
- 4° le patient n'est pas suffisamment autonome et ne peut pas respecter les règles d'isolement ou d'hygiène recommandées, même avec les soins par l'entourage ou membres de la famille ;
- 5° le patient est de façon générale autonome mais, en raison d'une hospitalisation, il doit bénéficier de soins de réhabilitation temporaires (notamment après un long séjour dans un service de soins intensifs) qui ne peuvent être dispensés à domicile faute de l'équipement nécessaire ou en raison du caractère inadapté du domicile.

La constatation selon laquelle un patient se trouve dans une ou plusieurs de ces situations est faite en concertation avec le patient et les personnes/structures de la première ligne qui peuvent confirmer cette situation, au nombre desquelles le service social de la mutualité ou du CPAS, les services d'aide aux familles, les services intégrés de soins infirmiers à domicile, les centres de coordination de soins à domicile.

S'il s'agit d'un patient qui, en temps normal, séjourne dans une structure collective/résidentielle et chez qui le COVID-19 a été détecté, le patient doit, à sa sortie d'hôpital, être renvoyé vers la structure collective/résidentielle

Si les conditions imposées en matière d'isolement et d'hygiène et où la continuité des soins ne peut être garantie en raison de circonstances exceptionnellement difficiles au cours du séjour résidentiel, un accueil temporaire peut être décidé au sein d'une structure de soins intermédiaire.

Les structures de soins intermédiaires doivent être en mesure d'accueillir les patients qui se situent dans les situations suivantes :

- 1° Un patient qui ne présente aucune pathologie chronique et qui est généralement autonome dans sa vie quotidienne, seule une surveillance quotidienne de certains paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état est nécessaire : prise de température 2 fois par jour, détection de signes de fièvre, observation de la fonction respiratoire, évaluation de la fonction cardiovasculaire, évaluation de l'état général du patient, etc.
- 2° Pour un patient chez qui le COVID-19 a été détecté et qui est généralement peu autonome dans la vie quotidienne (désorienté, gériatrique, souffrant d'un handicap, soins infirmiers à domicile avec échelle de Katz A, B ou C, etc.) ou nécessitant des soins chroniques (soins de plaies, insuline, etc.), la structure intermédiaire doit assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres, permettra de lui administrer les soins que son état de dépendance requiert.

3° Pour un patient qui est généralement autonome, chez qui le COVID-19 a été détecté et dont l'état, en raison de l'hospitalisation, nécessite des soins de réhabilitation temporaires (notamment après un long séjour dans un service de soins intensifs) qui ne peuvent être dispensés à domicile faute de l'équipement nécessaire ou en raison du caractère inadapté du domicile, il convient d'assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres permettra de lui administrer les soins que son processus de rétablissement requiert.

Au sein de ces structures de soins intermédiaires, le coût des soins prodigués par des médecins, des infirmières et des aides-soignantes est couvert par l'INAMI de manière spécifique et dans les conditions de cet arrêté.

Toutes les autres prestations de soins pour ces patients sont remboursées selon les règles existantes dans la loi relative à l'assurance maladie.

L'article 31 détermine les coûts qui font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire.

L'article 32 définit le groupe cible de patients. On distingue deux catégories parmi les patients chez qui le COVID-19 a été diagnostiqué et qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas retourner dans leur lieu de vie habituel après leur sortie de l'hôpital ou après un contrôle dans un poste de triage ou un service d'urgences.

La première catégorie regroupe les patients qui habitent normalement chez eux et pour lesquels le manque de garanties autour de l'isolement, de l'hygiène ou du maintien à domicile à distance justifient une admission dans une structure de soins intermédiaire sont précisées.

La deuxième catégorie regroupe les patients qui séjournent habituellement dans un établissement résidentiel et dont on ne peut pas garantir le retour en toute sécurité. Pour des raisons psychosociales, le séjour en structure de soins intermédiaire doit être limité le plus possible dans le temps et de préférence ne pas dépasser 1 semaine.

Il peut s'agir d'une personne encore autonome. Dans ce cas, il suffit de surveiller quotidiennement certains paramètres.

Il peut s'agir d'une personne dépendante pour les activités de la vie quotidienne ou qui doit être soignée pour une maladie chronique. Dans ce cas, il faut non seulement surveiller certains paramètres mais également offrir l'encadrement nécessaire vu sa situation de dépendance.

Ou bien encore il s'agit d'une personne autonome mais qui a besoin d'une rééducation temporaire (à la suite d'un long séjour dans une unité de soins intensifs par exemple) qui ne peut pas être organisée à domicile.

Les articles 34 à 37 prévoient une intervention spécifique pour les médecins, les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants.

Concernant les médecins, les interventions suivantes sont prévues pour les tâches définies dans le projet :

- pour le suivi, la surveillance et les soins dispensés en journée par un médecin : une intervention de 80,34 euros par heure prestée. Maximum 8 heures par jour par groupe de 30 patients ;
- pour la disponibilité d'un médecin le soir et la nuit : une intervention de 6,51 euros par heure ;
- le cumul avec les consultations et les honoraires de surveillance de la nomenclature est interdit.

Concernant les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants :

- pour le suivi, la surveillance et les soins, une intervention par heure prestée est prévue pour 6 ETP maximum (dont 4 praticiens de l'art infirmier et 2 aides-soignants) par groupe de 30 patients. Cela correspond au maximum à 6 x 38 heures par semaine = 228 heures ;
- cette intervention s'élève à 47,25 euros par heure pour les praticiens de l'art infirmier et à 34,96 euros pour les aides-soignants.

L'article 38 apporte des précisions sur l'intervention pour d'autres prestations :

- les médicaments peuvent être délivrés tant par un pharmacien hospitalier que par une officine ouverte au public. La prescription est rédigée sous format électronique.
- concernant les prestations de kinésithérapie dans une structure de soins intermédiaire, une prestation spécifique est temporairement introduite. Cette prestation est remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé via la mutualité du patient. Aucune quote-part personnelle ni supplément n'est dû par le bénéficiaire pour cette prestation.
- concernant les soins de santé mentale, toutes les dispositions existantes peuvent être utilisées, en ce compris la nomenclature spéciale pour les psychiatres et les psychologues dans le cadre du COVID-19.
- pour tous les autres soins de santé, ce sont les modalités classiques d'intervention par l'assurance maladie obligatoire qui s'appliquent.

L'article 39 prévoit que les interventions spécifiques ne sont pas dues si les prestations sont dispensées par des volontaires ou si les dépenses pour ces dispensateurs de soins sont déjà financées d'une autre manière.

L'article 40 dispose que le responsable d'une structure de soins intermédiaire peut facturer les coûts à l'INAMI selon les dispositions de cet arrêté.

L'article 41 règle l'enregistrement des données. Comme les organismes assureurs doivent contrôler l'attestation des prestations (ex. : pas de cumul avec les consultations, pas de nomenclature des soins infirmiers à domicile), ils doivent

disposer des données relatives aux patients et connaître les dates d'admission et de sortie. Ces données sont centralisées au Service public fédéral Santé publique et communiquées au Collège Intermutualiste national via l'INAMI.

L'article 42 précise que les prestataires de soins qui prestent dans la structure de soins intermédiaire sont sous la responsabilité de la structure de soins intermédiaire. La structure de soins intermédiaire s'assure de la situation relatives assurances nécessaires concernant, entre autres, la responsabilité professionnelle et l'assurance accidents du travail.

L'article 43 prévoit que la liste des structures qui peuvent facturer les interventions si elles respectent les dispositions de cet arrêté sera publiée sur le site Web sur la base de « l'agrément » que l'INAMI reçoit des entités fédérées. Ces structures en seront informées ; elles n'ont pas besoin de conclure de convention spécifique avec l'INAMI.

Chapitre 2. Centres de triage et de prélèvement

Les articles 44 à 52 organisent le financement temporaire des centres de triage et de prélèvement.

La directive de Sciensano du 17 mars 2020 fixe pour les médecins généralistes une procédure pour les patients avec suspicion d'infection au COVID-19. Si le médecin généraliste estime qu'un examen clinique est indispensable pour déterminer la sévérité de l'infection, il peut, sous certaines circonstances, faire lui-même l'examen clinique s'il dispose du matériel de protection nécessaire (gants, masque chirurgical type II,...). S'il n'a pas le matériel, il réfère le patient si possible dans un lieu de triage et sinon à l'hôpital. Suite à la pénurie d'équipements de protection, les généralistes sont invités à organiser des lieux de triage.

Le rapport du "Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity" du 17 mars 2020 démontre encore un autre objectif : éviter de surcharger les urgences avec des cas qui ne doivent pas être hospitalisés à ce moment-là. Les centres de triage et de prélèvement sont donc généralement ouverts à proximité d'un hôpital ou d'un service d'urgence.

Les centres de triage et de prélèvement sont des postes d'orientation créés spécifiquement pour examiner les patients susceptibles d'être infectés par le COVID-19, lorsqu'ils y sont envoyés par un médecin. Ainsi, ces patients ne doivent pas se rendre dans la salle d'attente d'un médecin généraliste ou aux urgences d'un hôpital, où ils pourraient contaminer d'autres personnes. Si nécessaire, le centre de triage et de prélèvement les oriente vers l'hôpital pour y être hospitalisés. Les centres de triage sont une initiative des médecins, des hôpitaux et des pouvoirs publics. Ils font partie des soins de première ligne.

Lors de sa réunion du 24 avril 2020, le Comité « Primary and Outpatient Care Surge Capacity » a recommandé que les centres de triage et de prélèvement se voient attribuer une fonction supplémentaire dans le cadre des « contact-tracing calls ».

Chaque centre est placé sous l'autorité d'un responsable médical. De plus, des coordinateurs médicaux y assurent l'organisation quotidienne, le planning, la répartition des médecins, etc... Les examens physiques sont effectués par des médecins et les centres de triage et de prélèvement peuvent faire appel à un soutien infirmier et administratif.

Les coûts liés à la mise en place et au fonctionnement de ces structures spécifiques sont considérables et sont couverts par l'assurance maladie obligatoire.

L'introduction du financement des centres de triage et de prélèvement a été discutée le 21 mars 2020 avec les représentants des médecins au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, et le 24 mars 2020 avec les représentants des organismes assureurs au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

L'article 44 contient la définition d'un centre de triage et de prélèvement.

L'article 45 fixe la procédure pour attribuer un numéro d'identification nécessaire à la facturation. Les centres peuvent indiquer au moyen d'un formulaire le numéro de compte sur lequel le montant forfaitaire et les honoraires peuvent être versés. Cela permet aux centres de triage et de prélèvement de mettre en commun et de redistribuer les revenus.

L'article 46 énumère les interventions qui peuvent être demandées à partir du 23 mars 2020: une intervention forfaitaire pour le démarrage, la coordination journalière et le soutien infirmier et administratif, ainsi qu'une intervention à l'acte pour les examens médicaux.

L'article 47 détermine les critères de base et le montant maximum (7.230,60 euros) pour l'octroi de l'intervention pour la mise en place, qui doivent être précisées dans un arrêté royal.

L'article 48 détermine le tarif de l'examen clinique du patient dans le centre de triage et de prélèvement. Ce tarif correspond à celui d'une consultation par un médecin généraliste accrédité (26,78 euros). La quote-part personnelle est entièrement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Si la consultation a lieu le samedi, le dimanche ou un jour férié, une majoration est accordée (13,20 euros).

L'article 49 détermine les conditions de remboursement.

L'article 50 fixe les modalités de paiement. Les prestations ne sont pas facturées par la voie traditionnelle au moyen d'une attestation de soins ou e-fact, mais avec un système d'états récapitulatifs complétés avec un minimum de données qui sont ensuite compilées par l'INAMI et versées par les organismes assureurs. La réduction des opérations, des formalités et de la paperasserie contribue à la sécurité et à l'efficacité.

L'article 51 fixe les montants forfaitaires auxquels les postes de triage ont droit pour la coordination par le coordinateur médical (80,34 euros par heure) et administratif (34,96 euros par heure). Un maximum de 12 heures par jour peut être facturé, quel que soit le nombre de coordinateurs médicaux, d'infirmiers ou d'assistants administratifs présents au centre de triage et de prélèvement.

Cet article fixe également le montant forfaitaire pour le support infirmier (47,25 euros par heure). Un maximum de 12 heures par jour peut être facturé, quel que soit le nombre d'infirmières présentes dans le centre de triage et de prélèvement.

Le Roi est aussi habilité à prévoir une intervention financière pour les actes posés dans une centre de triage et de prélèvement à déterminer par Lui ainsi qu'à déterminer les modalités de cette intervention financière.

L'article 52 fixe les modalités de paiement.

Chapitre 3. Garde de semaine

Les articles 53 à 56 organisent le financement temporaire et exceptionnel des postes de garde de médecine générale pendant les soirées et les nuits de la semaine. Dans des circonstances normales, ces postes de garde fonctionnent pendant les weekends. Les postes de garde permettent que, pour l'organisation de la permanence médicale, moins de médecins généralistes doivent être mobilisés. A cause du virus COVID19, un certain nombre de médecins ont arrêté leur activité ou sont épuisés de telle sorte que l'organisation normale des gardes de semaine devient plus difficile ou plus lourde pour les médecins de garde. L'ouverture des postes de garde pendant la semaine peut ainsi contribuer au maintien des médecins dans leur pratique ou pour la garde, ou favoriser leur retour.

La mesure, qui envisage un financement rapide, est temporaire et donc limitée à une période de trois mois. Les moyens budgétaires sont disponibles dans le budget global qui a été fixé pour 2020 pour le fonctionnement des postes de garde.

L'introduction de la mesure relative à la garde de semaine a fait l'objet d'une concertation au sein de la Commission nationale médico-mutualiste le 6 avril 2020.

L'article 53 contient le principe du financement du fonctionnement des postes de garde de médecine générale pendant la semaine pour une période limitée à trois mois.

L'article 54 détermine les conditions pour le financement, en particulier l'enregistrement de l'activité de garde.

L'article 55 détermine le montant du financement (50.000 euro) d'une part et le règlement financier d'autre part.

L'article 56 organise le reporting sur la mesure aux organes qui sont compétents dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

La mesure et sa mise en oeuvre rapide sont nécessaires pour offrir aux médecins généralistes, dans les délais les plus courts possibles, un cadre qui leur permet de devoir être moins de garde la semaine, de façon à ce qu'ils puissent rester disponibles ou se réinvestir dans la lutte contre le virus COVID-19.

TITRE 5. - PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER

L'INAMI a discuté de ces mesures avec les représentants du secteur au sein de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, les 1er et 7 avril 2020. Ces mesures ont également été discutées dans le cadre des consultations entre l'INAMI et les organismes assureurs le 7 avril 2020.

La pandémie de COVID-19 a plusieurs conséquences sur les soins à domicile. Les infirmiers à domicile doivent observer des mesures de protection spéciales pour se protéger et protéger leurs patients contre l'infection. En outre, les pratiques de soins infirmiers réduisent parfois délibérément les soins essentiels afin de libérer des capacités pour la demande spécifique de soins liée à COVID-19.

Afin de prendre en compte ce nouveau contexte COVID-19, 2 mesures seront élaborées, en consultation avec le secteur et les institutions d'assurance, qui s'appliqueront pendant la crise COVID-19 :

- 1) Suivi et supervision des patients avec une problématique liée au COVID-19
- 2) Valorisation des soins infirmiers lors des mesures COVID-19 : coût et utilisation des équipements de protection

Chapitre 1. Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19

L'article 57 précise la désignation des prestations et définit les différentes prestations spécifiques qui sont créées et leurs conditions d'application.

Il concerne les prestations suivantes :

419333 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile W 2,946 ;

419355 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile le week-end ou un jour férié W 4,504 ;

419370 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin en maison de convalescence W 2,946 ;

419392 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées W 2,946 ;

Cet article précise ce que l'on entend par suivi et surveillance.

L'article 58 précise ce que l'on entend par :

- un patient ayant une problématique liée au COVID-19 ;

- au domicile ;

- au domicile le week-end ou un jour férié;
- maison de convalescence ;
- le domicile ou la résidence communautaires de personnes handicapées.

L'article 59 fixe les conditions d'application de ces nouvelles prestations:

- la prescription ;
- le nombre de prestations qui peuvent être facturées par jour ;
- le cumul ou l'interdiction du cumul avec certaines autres prestations et les pseudocodes ;
- ils sont soumis aux dispositions de l'article 8 § 3 de la nomenclature ;
- inclusion dans le calcul du plafond journalier ;
- les groupes professionnels par lesquels ils peuvent être facturés ;
- la documentation du dossier infirmier ;
- le rapport au médecin traitant.

L'article 60 stipule qu'aucune intervention personnelle n'est due par les bénéficiaires.

L'article 61 stipule qu'aucun supplément ne peut être perçu.

Chapitre 2. Valorisation des soins infirmiers dans le cadre des mesures COVID-19 : coût et utilisation des équipements de protection

L'article 62 décrit la motivation de l'introduction d'un montant supplémentaire qui peut être ajouté à certaines prestations médicales.

L'article 63 précise à quelles prestations et honoraires les montants supplémentaires peuvent être imputés et de quelle manière, et définit les différents pseudocodes spécifiques qui sont créés et leurs conditions d'application.

Il s'agit des pseudocodes suivants :

419252 Montant complémentaire à la prestation de base/forfait PP W 0,554

419274 Montant complémentaire au forfait A/forfait PA W 0,637

419296 Montant complémentaire au forfait B/forfait PB W 0,776

419311 Montant complémentaire au forfait C/forfait PC W 1,109

Les conditions d'application de ces nouveaux pseudocodes concernent :

- le lieu de prestations ;
- le jour de la prestation : pas de distinction entre la semaine, le week-end et les jours fériés ;
- la non-inclusion dans le calcul du plafond journalier ;

L'article 64 stipule qu'aucune intervention personnelle n'est due par les bénéficiaires.

TITRE 6. - TESTS DE LABORATOIRE

Des accords ont été conclus autour des mesures décrites dans cet arrêté pendant des concertations informelles qui se sont tenues les 17 mars et 16 avril 2020 avec des représentants des organismes assureurs, des laboratoires, des hôpitaux, de Sciensano, de l'AFMPS et de la Commission de biologie clinique.

Considérant la déclaration de l'OMS sur les caractéristiques du coronavirus COVID-19, en particulier sur sa forte contagiosité, son risque de mortalité et le nombre de cas détectés ;

Considérant la recommandation stratégique de l'OMS pour les tests de laboratoire pour le COVID19 le 20 mars 2020 : Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19 ;

Considérant les directives du Risk Management Group en matière de détection du virus SARS-CoV-2 ;

Considérant la note de Sciensano concernant l'utilisation des tests immunologiques dans le cadre de la pandémie de COVID-19 du 3 avril 2020 ;

Considérant la capacité limitée et la pénurie de matériel de test ;

Considérant les intérêts pour la santé publique de pouvoir proposer les tests limités aux groupes en ayant le plus besoin ;

Considérant les restrictions des tests et les risques y afférant ;

L'article 65 donne un aperçu de toutes les mesures :

1° un remboursement des tests de biologie clinique relatifs à la détection du virus SARS-CoV-2 et à la détection d'antigènes de ce virus sous certaines conditions.

2° il n'y a pas d'intervention personnelle pour ces tests

3° il y a une interdiction de supplément

4° il y a une interdiction de porter en compte aux patients les tests qui ne répondent pas aux conditions d'application

5° il y a une interdiction temporaire de porter en compte les tests sérologiques

L'article 66 fixe le remboursement des tests de biologie clinique relatifs à la détection du virus SARS-CoV-2 et à la détection d'antigènes de ce virus. Ces tests n'étaient pas encore spécifiquement remboursés via l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations sont décrites via des pseudocodes de nomenclature :

554934-554945 - Dépistage au moins du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire

554956-554960 - Détection d'antigènes du virus SARS-CoV-2

Le tarif pour la prestation 554934-554945 est de 46,81 euros, le tarif pour la prestation 554956-554960 est de 16,72 euros.

Ces tests sont fortement recommandés dans les directives nationales et internationales, comme les directives prises par le Risk Management Group, publiées sur le site web de Sciensano et la recommandation stratégique de l'OMS pour les tests de laboratoire pour COVID-19 le 20 mars 2020 : Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19.

Les tests antigènes ont une sensibilité plus basse que les tests moléculaires, mais livrent un résultat rapide et peuvent aider à augmenter la capacité pendant le pic de la pandémie.

Les tests seront remboursés lorsqu'ils sont utilisés suivant les directives du Risk Management Group qui sont publiées sur le site web de Sciensano ou exceptionnellement en cas de besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risques.

De plus, seuls seront remboursés les tests exécutés dans des laboratoires agréés qui satisfont aux conditions que Sciensano pose en matière de surveillance de la qualité et qui satisfont aussi à des prescriptions de sécurité déterminées.

Afin de pouvoir suivre la pandémie en Belgique, les résultats des tests doivent être envoyés au service Epidémiologie de Sciensano.

Afin d'utiliser les précieux tests de façon correcte et rationnelle auprès des groupes de patients en ayant le plus besoin, un formulaire de demande doit accompagner l'échantillon, signé par un médecin, et contenant au moins les informations suivantes concernant les circonstances cliniques dans lesquelles le test est demandé :

- identification du patient et du prescripteur

- test demandé

- si le test est effectué dans le cadre des directives concernant les tests qui sont publiées sur le site web de Sciensano au moment du prélèvement de l'échantillon

- si le test est effectué exceptionnellement en cas d'un besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risque

Il est aussi recommandé que ce formulaire de demande contienne les détails de la situation clinique, s'il s'agit d'un dispensateur de soins ou d'un patient à risque et le statut d'hospitalisation. Cela doit rendre une priorisation possible s'il y a plus de demande que la capacité disponible.

Afin de rendre possible des analyses épidémiologiques, scientifiques et administratives, les laboratoires doivent conserver les formulaires de demandes sous format électronique.

A partir du 1 mars et jusqu'au 22 avril les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent chacune être portées en compte maximum 2 fois par bénéficiaire.

A partir du 22 avril 2020, les directives relatives aux tests ont été assouplies et les tests peuvent être effectués à un champ beaucoup plus large. Par exemple, des tests peuvent être effectués une ou deux fois chez les patients asymptomatiques à chaque admission ou chez chaque nouveau résident d'une collectivité résidentielle. Ce large dépistage entraînera différentes situations où plus que deux tests sont justifiés et où le maximum de deux fois par bénéficiaire n'est plus tenable.

L'honoraire pour les prestations 554934-554945 et 554956-554960 inclut tous les coûts liés au test : le matériel de prélèvement, l'appareillage, les réactifs, les coûts d'investissement, la supervision, le matériel de protection, les coûts de transport, les coûts administratifs,...

Dans les conditions de remboursement décrites dans l'article 66, § 3, des conditions concernant l'ordre chronologique des tests, leur répétition et leur cumul sont reprises afin d'imposer un emploi rationnel des tests.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 ne peuvent être portées en compte pour le dépistage collectif chez des résidents asymptomatiques dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons,...). Ces tests seront réalisés et financés par la plate-forme de tests organisée par et avec la coopération du gouvernement fédéral et des entités fédérées.

L'article 67 détermine qu'il n'y a pas d'intervention personnelle pour l'ayant-droit.

L'article 68 impose une interdiction de supplément d'honoraire.

L'article 69 impose une interdiction de porter en compte à l'assurance maladie obligatoire ou au patient les tests qui ne satisfont pas aux conditions d'application décrites dans l'article 66, § 3.

Cela est nécessaire afin de pouvoir utiliser les précieux tests et la capacité limitée auprès des patients présentant les plus grands risques, de surveiller la qualité des tests et de protéger les patients contre d'inutiles frais médicaux. Cela concerne par exemple les tests qui sont réalisés en dehors des directives concernant les tests et sans besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risque, qui sont réalisés dans un laboratoire qui n'apparaît pas sur la liste de Sciensano ou qui sont réalisés avec du matériel de test qui n'a pas été approuvé par l'AFMPS ou Sciensano.

L'article 70 impose une interdiction temporaire de porter en compte les tests sérologiques pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2, pour la durée d'application de l'arrêté royal du 17 mars 2020 interdisant la mise à disposition, la mise en service et l'utilisation des tests rapides de mesure ou de détection des anticorps liés au virus SARS-CoV-2.

Les tests sérologiques joueront un rôle important dans une prochaine phase. Pour l'instant, il n'existe pas de directives pratiques claires pour leur utilisation.

Selon l'avis du Risk Assessment group sur les indications et l'emploi des tests pour le diagnostic et le suivi du COVID-19 datant du 20/04/2020, il n'y a pas encore de validation des différentes sortes de tests sérologiques. Les tests seront utiles au niveau diagnostique, épidémiologique et au niveau de la médecine du travail, l'utilisation de ces tests sérologiques dans ces domaines doit encore mieux être déterminée. Il doit aussi être tenu compte ici de la rareté des tests, l'utilisation rationnelle doit pouvoir dès lors être dirigée au moyen de conditions de remboursement fondées scientifiquement.

La détection des antigènes du virus SARS-CoV-2 et des anticorps contre ce virus ne peuvent pas encore être portées en compte via les prestations 552016-552020 ou 551655-551666 de l'article 24 de l'annexe 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.

Lorsque des directives sur l'emploi des tests sérologiques seront publiées sur le site de Sciensano, cette interdiction pourra être levée et un remboursement pourra être prévu par le Roi.

Le Roi déterminera les groupes cibles et les conditions de remboursement pour les tests de détection repris sur une liste dressée par Sciensano.

La valeur de la prestation est fixée à 9,60 euros.

TITRE 7. - MESURES DE PROTECTION

L'article 71 prévoit que le Roi peut - pour les catégories de dispensateurs de soins qu'il désigne et aux conditions qu'il fixe - prévoir une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Aucun montant supplémentaire, de quelque type que ce soit, ne peut être facturé par le dispensateur de soins aux bénéficiaires en ce qui concerne les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel, quel que soit le statut de conventionnement.

TITRE 8. - DISPOSITIONS FINALES

L'article 72 prévoit qu'il reviendra au Roi de fixer la date de fin des mesures temporaires. En fonction notamment de l'évolution de la situation sanitaire, de la situation générale, des mesures mises en oeuvre suite aux phases de déconfinement et des disponibilités réelles des dispensateurs de soins, il conviendra d'échelonner dans le temps la fin des différentes mesures. Le Roi pourra donc fixer pour chaque mesure la date la plus appropriée pour leur abrogation.

Le présent arrêté royal devra être confirmé par la loi conformément à l'article 7, alinéa 2, de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II). Les mesures adoptées sur base du présent arrêté auront des effets limités dans le temps et ne visent pas à modifier la réglementation de manière définitive. Toutefois, le suivi nécessaire pour ces actes, et notamment la facturation et les paiements, exigeront encore un petit temps de régularisation après que les derniers de ces actes aient été posés.

L'article 73 prévoit l'abrogation de l'arrêté royal du 27 mars 2020 visant l'interruption des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs suite à la pandémie COVID-19. En effet, l'article 1er du texte en projet vise le même objectif.

L'article 74 détermine l'entrée en vigueur de l'arrêté royal. Pour garantir les intérêts des patients et des dispensateurs de soins, il est proposé que les mesures puissent être adoptées avec effet rétroactif.

Les dispositions du titre 3 produisent leurs effets le 14 mars 2020.

Les tests moléculaires pourront être portés en compte à partir du 1 mars 2020, les tests antigènes pourront être portés en compte à partir du 1 avril 2020.

Les dispositions relatives aux mesures de protection produisent leurs effets le 4 mai 2020.

L'habilitation au Roi pour prévoir une intervention financière pour les actes déterminés par Lui qui sont posés dans un centre de triage et de prélèvement entre en vigueur à une date à fixer par le Roi.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,

de Votre Majesté

le très respectueux et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK