

CIRC. HOP. 2014/4

Service des Soins de Santé**Correspondant:** Direction établissements
et services de soins**Tél:** 02/739.73.57 **Fax:** 02/739 73 52**E-mail:** hospit@inami.fgov.be**Nos références:** Circ-hop-2014-4**Bruxelles, le****24/03/2014****Adaptations de la réglementation et des instructions de facturation consécutives au transfert du mini-forfait vers le BMF à partir du 1^{er} janvier 2014**Madame la Directrice,
Monsieur le Directeur,

Le 1^{er} janvier 2014 est entrée en vigueur une nouvelle convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs (cf. note CSS n° 2013/428). Cette nouvelle convention ne prévoit plus de mini-forfait. À compter du 1^{er} janvier 2014, le budget des mini-foirfaits est transféré vers le budget des moyens financiers (SPF Santé publique) à condition que les hôpitaux, pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014 inclus, reçoivent une « avance » dans l'attente d'une réglementation structurelle relative à la ventilation du budget à partir du 1^{er} juillet 2014.

Le transfert des mini-foirfaits a cependant eu un effet indésirable. Plusieurs assurances hospitalisation privées considéraient le mini-forfait comme étant une prestation de l'hôpital de jour et ont remboursé par conséquent tous les frais ambulatoires qui étaient liés à la facturation de cette prestation. Depuis le transfert du mini-forfait, un certain nombre de ces assureurs ne remboursent cependant plus les frais ambulatoires. Pour certains patients souffrant d'une affection chronique qui requiert l'administration régulière d'un médicament par perfusion, les frais peuvent ainsi augmenter.

L'objectif n'étant certainement pas que le patient soit lésé par ce transfert du budget des mini-foirfaits, la commission de conventions établissements hospitaliers et le Comité de l'assurance ont pris les mesures suivantes :

1. Adaptation du modèle de facture patient et du Règlement tiers payant

En annexe 1 figure le nouveau modèle de facture patient (cf. annexe 37 du Règlement du 28 juillet 2003) qui doit être utilisé pour les prestations à partir du 1^{er} mars 2014.

À l'endroit où était facturé précédemment le « mini-forfait » (rubrique 1.2.1) est insérée la mention « Soins urgents dans un lit d'hôpital et/ou administration de médicament ou de sang/d'un produit sanguin labile par perfusion intraveineuse » qui correspond aux situations de l'ancien mini forfait. Il faut y mentionner la date de prestation. Une rubrique « 1.2.4 Manipulation Cathéter à chambre implantable » à également été ajoutée.

1.25.03.00

Le « Règlement tiers payant » du 29 décembre 1986 est également adapté, à travers l'obligation de comptabiliser via le tiers payant les prestations pour lesquelles un mini-forfait était précédemment facturé. Cela offre la garantie que le modèle de facture patient susmentionné sera utilisé et que la facturation électronique sera appliquée (cf. point 4). Attention car pour la facturation d'une consultation, l'interdiction de tiers-payant reste d'application.

Si l'hôpital n'a pas encore transmis la facturation pour janvier ou février, le nouveau modèle de facture patient et les instructions de facturation modifiées peuvent être utilisés immédiatement (cf. point 4).

2. Avenant à la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs

En date du 10 mars 2014, la commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs a conclu un avenant à la convention nationale (cf. annexe 2) qui prévoit à partir du 1^{er} janvier 2014 :

- a. Que les hôpitaux, pour les prestations de l'ancien mini-forfait, ne peuvent pas attester d'autres frais que ceux qui étaient autorisés dans la situation précédant le transfert vers le BMF.
- b. Deux adaptations administratives en dehors du cadre de la problématique des mini-fofaits :
 - i. Adaptations de la définition des hôpitaux pour lesquels la mesure d'économie « attestation montant par jour 12/14 heures » ne s'applique pas aux hôpitaux ne comptant que des services chroniques.
 - ii. Suppression d'une prestation de la liste du groupe 5 étant donné qu'elle a également été mentionnée sur la liste A de l'hôpital de jour chirurgical.

Cet avenant doit encore être approuvé par la Commission de contrôle budgétaire et par le Conseil général.

Si vous avez adhéré à la convention, votre adhésion reste valable pour cet avenant (Hop/2014bis) sauf avis contraire de votre part par écrit dans les 30 jours qui suivent la date de la présente circulaire.

3. Modèle de lettre aux patients

En annexe 3 figure un modèle de lettre permettant aux hôpitaux d'informer les patients ayant déjà reçu une facture pour les prestations précédemment couvertes par le mini-forfait qu'il s'agit toujours d'une prestation de l'hôpital de jour. Les patients peuvent ensuite transmettre cette lettre à leur assureur.

Cette lettre vise les factures qui concernent la période du 1^{er} janvier 2014 au 28 février 2014. En effet, à partir du 1^{er} mars 2014, c'est la facture patient adaptée qui entre en vigueur (cf. point 1).

Comme nous le savons, il est difficile pour certains hôpitaux de retrouver les informations concernées complètes et correctes pour un certain nombre de patients (ex. si le décompte de la prestation se fait immédiatement après la fin de la prestation entièrement en ambulatoire via une attestation).

Les patients qui ne peuvent recevoir les informations nécessaires par leur hôpital peuvent s'adresser à leur mutualité qui dispose également de ces informations.

4. Adaptation des instructions de facturation

Les adaptations aux instructions de facturation sont présentées à l'annexe 4.

Ces adaptations peuvent être appliquées à titre facultatif à partir de la date de prestation du 1^{er} janvier 2014 et doivent être appliquées obligatoirement à partir de la date de prestation du 1^{er} mars 2014.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

Date de l'envoi:

**EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION
destiné au bénéficiaire**

Identification de l'hôpital

Dénomination:

Adresse:

N° Postal - Commune:

Numéro I.N.A.M.I.:

Tél.:

Identification du patient

Nom - prénom:

N° du dossier dans l'hôpital:

N° à la mutualité:

 Période d'hospitalisation: du:..... à heures
 du:..... à heures
Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité

N° de l'organisme assureur (mutualité):

N° Note d'hospitalisation:

Date de la note d'hospitalisation:

Adresse de facturation

Nom:

Adresse:

Code Postal - Commune:

Droit au maximum à facturer en (1) :

1. FRAIS DE SEJOUR			Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle patient	Supplément chambre
1.1. Frais de séjour hospitalisation et hospitalisation de jour						
Service	Type de Chambre	du au				
.....	Montant par admission			.....	
.....	Montant par jour en:					
.....	- Chambre commune	.....		.....
.....	- Chambre à deux lits	.....		.....
.....	- Chambre à un lit	.....		.....		.....
.....	Camp de vacances	.....		.....
	Intervention personnelle (1)	.....		- .....	.....
			-	
Pour information: le total des frais de votre séjour s'élève à EUR. Une partie de ceux-ci est déjà versée par votre mutualité à l'hôpital.						
Votre montant personnel dans ces frais s'élève à EUR.						
	Forfait médicament (1) (2)	.....		.....
	Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation (2)	.....		.....
	Forfait hémodialyse pour hospitalisé	.....		.....
	Frais hospitalisation de jour pour patient hospitalisé	.....		.....
1.2. Frais de séjour - Hospitalisation de jour						
1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguins labiles par une perfusion intraveineuse						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....			
	Chambre à deux lits	.....			
	A un lit	.....				.....
1.2.2. Maxiforfait, forfaits hôpital de jour et douleur chronique						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....			
	Chambre à deux lits	.....			
	A un lit	.....				.....

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Il s'agit de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

Annexe 37 (suite 1)

1.2.3. Salle de plâtre	Date .....		.....
1.2.4. Manipulation Cathéter à chambre implantable	Date .....		.....
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale (4)	du..... au.....	.....	.....		- .....
1.4. Rééducation fonctionnelle	du..... au.....	.....	.....	.....
1.5. Forfait rééducation fonctionnelle pre- post-cure	du..... au.....	.....	.....
SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR			.....	.....	.....

2. PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES	Code	Quantité	A charge de la mutualité	A charge du patient	
				Intervention Personnelle (1)	Supplément ou autre montant (2)
2.1. Produits pharmaceutiques et para-pharmaceutiques					
2.1.1. Produits remboursables					
2.1.1.1. Montant totalement à charge de la mutualité				
2.1.1.2. Partiellement à charge du patient					
<i>Nom produit:</i>
2.1.1.3. Médicaments sans l'accord du médecin-conseil					
<i>Nom du produit:</i>
2.1.2. Produits non remboursables					
<i>Nom du produit:</i>
2.1.3. Produits parapharmaceutiques					
<i>Nom du produit:</i>
2.2. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
2.2.1. Produits remboursables					
<i>Nom de la fourniture:</i>
<i>Marge de sécurité (1) :</i>
<i>Marge de délivrance (1) (3):</i>
2.2.2. Produits non remboursables					
<i>Nom de la fourniture:</i>
SOUS-TOTAUX: PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES		

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou para-médicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire. Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.
- (3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants de prothèses; ce montant est facturé sous "Intervention personnelle".
- (4) Remboursement pour les frais augmentés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile (Cfr. Art.3 §2 a) de l'AR 23 juin 2003)

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité**

**Service des soins
de santé**

**Avenant à la Convention nationale entre les établissements
hospitaliers et les organismes assureurs
du 29 novembre 2013 (HOP/2014)**

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 10 mars 2014, sous la présidence de monsieur D. CRABBE, conseiller général, délégué à cette fin par monsieur H. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, du Service des Soins de santé, il a été convenu,

vu la législation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

ce qui suit, entre :

d'une part,

les représentants des organismes assureurs et

d'autre part,

les représentants des associations d'établissements hospitaliers,

Article premier.

L'alinéa 8, de l'article 3 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs est remplacé par l'alinéa suivant :

« En dérogation à l'alinéa précédent, les hôpitaux qui ne disposent pas d'un service de diagnostic et de traitement chirurgical (C), ni d'un service de diagnostic et de traitement médical (D), ni d'un service de pédiatrie (E), peuvent en cas d'une admission avant 12 heures le jour de l'admission et de départ après 14 heures le jours de sortie, porter en compte le « montant par jour » tant pour le jour d'admission que pour le jour de sortie. »

Article 2.

La prestation suivante est supprimée de la liste du « groupe 5 » de liste nominative des prestations figurant en annexe 1 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 29 novembre 2013.

278832 278843 Ténosynovectomie des extenseurs

Article 3

A l'article 6 un paragraphe 4 rédigé comme suit est ajouté:

« §4. Dans les situations qui nécessitent des soins urgents dans un lit d'hôpital et/ou dans les cas où une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée est administrée, sans préjudice de l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais qui découlent du séjour du bénéficiaire dans l'établissement et des soins qui ont été dispensés à ce bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

Ce budget ne comprend pas le coût des spécialités pharmaceutiques, ni les honoraires des dispensateurs de soins et autres frais liés aux prestations de santé énumérées ci-après :

- a) les soins de santé ordinaires et les prestations techniques en matière de diagnostic et de traitement par les médecins généralistes et les médecins spécialistes ;
- b) les soins réalisés par des kinésithérapeutes ;
- c) les prestations visées respectivement aux articles 9, a) (obstétrique), 36 (logopédie), 5 et 14 I) (soins dentaires, stomatologie et prestations y afférentes) et aux articles 35 et 35bis (implants) de la nomenclature des prestations de santé ;
- d) la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, appareils auditifs, appareils orthopédiques, matériel de plâtre et matériel assimilé, autres prothèses, implants et autres produits ou équipements à visée thérapeutique, qui sont fournis sur prescription médicale et destinés à être emportés par le patient à son domicile après son renvoi de l'hôpital pour la poursuite de son traitement à domicile ;
- e) tous les soins et autres prestations qui sont requis pour la rééducation fonctionnelle et professionnelle. ».

Annexe 2

Article 4.

Cet avenant produit ses effets à partir du 1^{er} janvier 2014

Fait à Bruxelles, le 10 mars 2014.

Pour les associations d'établissements
hospitaliers,

K. DEGRAVE
M. MAHAUX
A. MONHONVAL
I. NOLIS
R. POEDTS
I. VAN BREMPT

Pour les organismes assureurs,

Y. ADRIAENS
A. CLEVE
L. COBBAERT
A. CROMMELYNCK
L. DAUGINET
J. HUCHON
M. NEELEN
G. WOUTERS

Annexe 3

Modèle de lettre pour les hôpitaux concernant les modification au niveau de la facturation des mini forfaits

Votre facture de soins au sein de notre hôpital de jour du ####/####

Madame, Monsieur

Le ####/#### , nous vous avons envoyé la facture des soins qui vous ont été prodigués dans notre hôpital de jour le ####/####.

Si vous bénéficiez d'une assurance hospitalisation, vous pouvez soumettre cette facture à votre assureur. Suite à une modification de la réglementation en date du 1^{er} janvier 2014 cette facture ne mentionne plus qu'il s'agit d'une admission en hôpital de jour.
Nous vous conseillons d'envoyer cette facture accompagnée de la présente lettre à votre assureur.

Selon les conditions de votre police d'assurance hospitalisation, votre assureur remboursera éventuellement une partie des coûts dans lesquels votre mutuelle n'intervient pas.

Formule de politesse,

Signature

Fonction du signataire

Annexe: adaptation des instructions de facturation

Afin que l'information à propos de ces situations de soins urgents et de perfusions puisse aussi se retrouver dans la facture électronique, il suffit :

- a. d'indiquer dans l'enregistrement 20 zone 10, le type facture 9
- b. d'indiquer dans l'enregistrement 30 zone 4, le pseudo-code 761213, avec zones montant (Z 19, Z 27 et Z 30-31) égales à zéro. Ce pseudo-code reçoit le nouveau libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse »
- c. de réintroduire le pseudo-code service 720 dans la zone 13 des enregistrements 30, 40 et 50. De cette manière, chaque prestation qui est introduite avec type facture 9 est couplée au pseudo-code de l'ancien mini-forfait sans que le mini-forfait ne soit lui-même porté en compte. Ce pseudo-code service reçoit, donc, le nouveau libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse »
- d. de réintroduire les pseudo-codes prestation relative dans l'enregistrement 30 zone 17-18:
 - 761316: tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier
 - 761434: tout état nécessitant une perfusion intraveineuse

Les adaptations les plus importantes aux instructions de facturation sont reprises dans les pages qui suivent.

Celles-ci seront officialisées via la prochaine mise à jour.

Dans cette mise à jour, les autres références au mini-forfait seront également adaptées : toutes les mentions "*mini-forfait supprimé à partir du 1/1/2014*" seront remplacées par "*mini-forfait plus facturable à partir du 1/1/2014, mais le pseudo-code 761213 reçoit le libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro*".

Dans cette mise à jour, le pseudo-code 761213 sera à nouveau ajouté à la liste "prestation relative".

Date d'entrée en vigueur : facultatif pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2014 et obligatoire pour les prestations exécutées à partir du 1/3/2014.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
3) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques		0750002
3 bis) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient		0750175
3 ter) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP		0751811
4) Frais de déplacements pour prématurés		0773581
4 bis) Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.(art. 4 § 4 Convention Psy-OA)		0761946
au départ d'un service isolé Sp ou G (art. 5 bis Convention Hôp-OA)		0761961
5) Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation		0592001
6) Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek		
a) Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures		0760524
b) Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygénothérapie hyperbare		0760642
c) Forfait « hôpital de jour »	0760653	0760664
7) Journée d'entretien forfaitaire		
a) Utilisation de la salle de plâtre	0761036	0761040
(☞) Miniforfait	0761213 (*)	-
Maxiforfait	0761235	0761246
Forfait groupe 1	0768176	0768180
Forfait groupe 2	0768191	0768202
Forfait groupe 3	0768213	0768224
Forfait groupe 4	0768235	0768246
Forfait groupe 5	0768250	0768261
Forfait groupe 6	0768272	0768283
Forfait groupe 7	0768294	0768305
Forfait 1 douleur chronique	0768316	0768320
Forfait 2 douleur chronique	0768331	0768342
Forfait 3 douleur chronique	0768353	0768364
Forfait manipulation cathéter à chambre	0768375	0768386
b) Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)	0761073	-
c) Journée d'entretien forfaitaire de dialyse rénale	0761272	0761283

(☞) (*) Le mini-forfait n'est plus facturable à partir du 1/1/2014.

Ce pseudo-code reçoit le nouveau libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et il est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro (facultatif pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2014 et obligatoire pour les prestations exécutées à partir du 1/3/2014).

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 13 SUITE 2

TABLE DE CODIFICATION DES PSEUDO-CODES SERVICES

Liste des services pour patients traités dans une section de l'hospitalisation de jour et pour patients ambulants		
Codes I.N.A.M.I.	Type Hôpital	Libellé
002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	Salle de plâtre
(☞) 720 (*)	Gén.	Mini-forfait (jusqu'au 31/12/2013 inclus) Soins urgents ou perfusion intraveineuse (à partir du 1/1/2014)
730	Gén.	Maxi-forfait
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
840	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathéter à chambre
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

Pseudo-code I.N.A.M.I.	Code comptable Santé publique	Index R.C.M./R.I.M.	Libellé
			Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
610	310	S1	d'affections cardio-pulmonaires
620	312	S2	d'affections locomotrices
630	311	S3	d'affections neurologiques
640	314	S4	d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
650	313	S5	de polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
660	315	S6	d'affections psychogériatriques

(☞) (*) Ce pseudo-code service est utilisé dans toutes les situations qui donnaient lieu à la facturation du mini-forfait avant le 1/1/2014 (soins urgents et perfusion intraveineuse) (facultatif pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2014 et obligatoire pour les prestations exécutées à partir du 1/3/2014).