

# JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2006/12/28/2007022101/justel>

---

Dossier numéro : 2006-12-28/54

## Titre

28 DECEMBRE 2006. - Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le sida et de son traitement

Situation : Intégration des modifications en vigueur publiées jusqu'au 23-03-2017 inclus.

Source : SECURITE SOCIALE

Publication : Moniteur belge du 26-01-2007 page : 4424

Entrée en vigueur : 01-01-2006

---

## Table des matières

Art. 1-11

---

## Texte

Article [1](#). Dans les conditions mentionnées au présent arrêté, le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et les Centres de référence sida (ci-après : CRS) conventionnés avec le même Comité de l'assurance peuvent conclure des conventions, une par Région, dans le cadre desquelles, par dérogation aux dispositions réglementaires et légales en vigueur dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, provisoirement et à titre d'expérience, un régime spécifique est prévu pour le remboursement par cette assurance de prestations de formes spécifiques de prévention secondaire, de traitement et de lutte contre le VIH/sida.

[Art. 2](#). Les prestations visées dans le cadre des conventions prévues à l'article 1er concernent :

1° Offrir aux personnes ayant des problèmes liés au VIH, à des maladies sexuellement transmissibles (MST) ou à d'autres aspects de la santé sexuelle, des tests VIH gratuits, complétés au besoin par un diagnostic MST, dans le respect absolu de la vie privée, soit en observant l'anonymat total, soit en travaillant en dehors de toutes les instances en rapport avec la personne.

2° Offrir et organiser des modalités de soins adaptées au moins aux groupes cibles suivants :

- a) les porteurs du VIH conscients, adoptant en permanence un comportement à haut risque;
- b) les porteurs du VIH qui, pour des raisons culturelles, par précarité, par ignorance ou à la suite de troubles psychologiques ou autres, constituent un risque de diffusion du virus;
- c) les porteurs présumés et inconscients du VIH;
- d) les groupes présentant un risque élevé lié à des maladies sexuellement transmissibles.

Les soins définis à l'alinéa 1er, 1° et 2°, sont offerts de manière enregistrable et mesurable. Les CRS concernés font une analyse concernant :

1° l'approche concrète des groupes cibles et des phénomènes visés;

2° le résultat de l'approche et, plus précisément, les éléments qui se sont révélés fructueux ou manifestement améliorables;

3° les phénomènes qui n'ont pu recevoir de réponse et les réponses alternatives efficaces;

4° le résultat global final de l'initiative.

Les CRS produisent des recommandations :

1° au macro-niveau, aux responsables politiques, dans une large perspective de santé;

2° sur le plan sociologique, concernant les (sous-)cultures en question, en vue notamment d'une approche spécifique en réseaux sociaux ou par d'autres voies adéquates;

3° sur le plan organisationnel, pour une approche fonctionnelle des soins par d'autres dispensateurs de soins (CRS, hôpitaux, dispensateurs de soins de première ligne).

**Art. 3.** Aux fins de conclure une convention avec le Comité de l'assurance, les CRS remplissent les conditions suivantes :

1° Posséder une expérience spécifique en ce qui concerne le dépistage anonyme et gratuit du sida, telle que visée à l'article 2, alinéa 1er, 1° et 2°;

2° Disposer d'une équipe multidisciplinaire composée d'au moins un médecin, un sexologue et un assistant social ou praticien de l'art infirmier social, possédant tous une formation et une expertise spécifiques prouvées concernant la prise en charge de patients séropositifs et des groupes cibles et activités visés dans le présent arrêté;

3° Soumettre à l'approbation du Comité de l'assurance un plan stratégique de soins explicitant leur approche concrète. Le Comité de l'assurance demande, avant l'approbation de ce plan, l'avis du Conseil d'accord visé à l'article 6.

**Art. 4.**<sup>[1]</sup> § 1er.<sup>[1]</sup> Le remboursement visé à l'article 1er couvre l'ensemble des frais occasionnés par les CRS, dans le cadre du présent arrêté, et nécessaires à l'exécution des tâches telles que précisées à l'article 2 et élaborées concrètement dans le plan de soins approuvé par le Comité de l'assurance.

Sur une base annuelle, l'intervention totale de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations mentionnées à l'article 2 ne peut dépasser 242.500 euros par CRS.

Du montant précité, 75 % sont adaptés à partir du 1er janvier 2007, le 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente, de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

La convention définit les modalités de versement des avances et de décompte définitif de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base de justificatifs.

Tous les ans, chaque CRS communique au Service des soins de santé un rapport comptable qui porte spécifiquement sur les prestations fournies par eux dans le cadre de la présente convention.

<sup>[1]</sup> § 2. L'intervention annuelle par CRS de l'assurance obligatoire soins de santé se limitera néanmoins à :

1° Pour 2012 : 267.201,27 €

2° Pour 2013 : 272.902,78 €

3° Pour 2014 : 275.853,44 €

4° Pour 2015 : 276.994,15 €

5° Pour 2016 : 278.335,64 €

Les CRS envoient au Service des soins de santé de l'INAMI, les rapports comptables finaux qui portent sur ces 5 années accompagnés des pièces justificatives au plus tard dans les 3 mois qui suivent la publication de l'arrêté royal du ## fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions visant à régler l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA au Moniteur belge. Tous les rapports comptables seront examinés par le Service des soins de santé et approuvés par lui.<sup>[1]</sup>

-----  
(1)<AR 2017-03-06/06, art. 18, 003; En vigueur : 31-12-2016>

**Art. 5.** Chaque convention renferme une disposition stipulant que le Comité de l'assurance peut décider de la récupération de montants qui ont été utilisés de manière non conforme à la convention ainsi qu'une disposition autorisant le Comité de l'assurance à dénoncer à tout moment la convention moyennant le respect d'un préavis raisonnable, notamment lorsque le CRS n'a pas respecté les obligations faisant l'objet de la convention.

**Art. 6.** L'expérience est suivie par un Conseil d'accord composé du médecin responsable de chaque CRS ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec le Comité de l'assurance ainsi que du Collège des médecins-directeurs.

A l'intention de ce Conseil d'accord, dans le cadre du présent arrêté, les CRS établissent annuellement un rapport d'activité en fonction de leur plan stratégique de soins.

Ces rapports sont examinés au Conseil d'accord et traités dans un rapport de synthèse destiné au Comité de l'assurance.

Le secrétariat de ce Conseil d'accord est assuré à tour de rôle par les CRS.

**Art. 7.** Outre les rapports visés à l'article 6, les CRS transmettent, avant le 31 mars 2009, au Ministre de la Santé publique, au Ministre des Affaires sociales, au Ministre de l'Intérieur et au Comité de l'assurance, les recommandations prévues à l'article 2, alinéa 3, en vue de leur mise en oeuvre.

**Art. 8.** Les demandes de conclusion de conventions sont adressées par courrier recommandé au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé dans le mois qui suit la publication du présent arrêté au Moniteur belge.

Pour être prise en considération, la demande contient, en plus du plan stratégique de soins visé à l'article 3, alinéa 3, une description complète du projet qui montre que les conditions du présent arrêté sont remplies.

Le Comité de l'assurance vérifie si le projet pour lequel une demande de convention est introduite remplit l'ensemble des conditions énumérées à l'article 3.

Si plusieurs projets, dans une même Région, remplissent lesdites conditions, le Comité de l'assurance effectue

un classement sur base d'éléments objectifs tels la durée et l'ampleur de l'expérience acquise en matière des offres et de l'organisation décrites à l'article 2, alinéa 1er, 1° et 2°.

Avant de conclure une convention, le Comité de l'assurance examine si une marge budgétaire est disponible.

[Art. 9.](#) Les conventions visées au présent arrêté royal expirent au plus tard le 31 décembre 2010.

[<sup>1</sup> Sans préjudice de l'alinéa 1er, les conventions entrées en vigueur avant le 1er janvier 2010 peuvent être prolongées [<sup>2</sup> jusqu'au 31 décembre 2016]<sup>2</sup>.]<sup>1</sup>

-----  
(1)<AR 2012-04-24/07, art. 1, 002; En vigueur : 01-01-2011>

(2)<AR 2017-03-06/06, art. 18, 003; En vigueur : 31-12-2016>

[Art. 10.](#) Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2006.

[Art. 11.](#) Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.