

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

**Service des soins
de santé**

**CONVENTION AVEC LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET LES ORGANISMES ASSUREURS
CONCLUE LE 24 JANVIER 1996**

TEXTE COORDONNE 08.07.2002/2

Eléments :

1. Le premier (16.12.1996), le deuxième (28.01.1998) et le troisième avenant (10 mai 2001) à la convention du quatrième avenant à la convention (8 juillet 2002) avec entre autres la liste nominative avec les changements et application de l'article 64bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et application de l'Annexe n° 3, point 6 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux..
2. Les circulaires du
 - 25.3.1999 (1999/2) concernant la facturation de la prestation de coronarographie en hospitalisation de jour (464133-464144) et la modification de la nomenclature le 1.11.1998 (432331-432342);
 - 26.6.1999 (1999/5) concernant l'attestation de prestation en hospitalisation de jour (équivalences);
 - 14.11.2001 (2001/6) concernant les honoraires des accoucheuses pour certaines prestations dispensées le week-end ou un jour férié.
3. L'A.R. du 8 novembre 1999 et l'A.R. du 9 juillet 2000 concernant le matériel de viscéro-synthèse.
4. Changements et application de l'A.R. du 12 août 2000 concernant le prix de journée forfaitaire en hôpital général.
5. Adaptation de la liste des prestations suivant la nomenclature au 24 septembre 2002.

Article premier.

La présente convention définit les rapports entre les établissements et services hospitaliers, les organismes assureurs et les bénéficiaires tels qu'ils sont prévus dans l'article 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 2.

Le paiement du montant par admission, tel qu'il est fixé par le Ministre compétent, est dû pour chaque première journée d'hospitalisation comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain. Ce montant par admission est également dû en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, 6. (liste A) de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Ce montant par admission n'est pas dû en cas d'admission dans un service SP pour des soins palliatifs ou dans des unités pour le traitement des grands brûlés

Le paiement du montant par journée d'entretien, tel qu'il est fixé par le Ministre compétent, est dû pour chaque journée d'hospitalisation comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain. Ce montant par journée d'entretien est également dû en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, 6 (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002.

Au cas où, le même jour et dans le même hôpital, une admission en hospitalisation chirurgicale de jour est suivie immédiatement ou non d'une hospitalisation, le montant par admission et le montant par journée d'entretien ne sont dus qu'une seule fois pour cette journée.

Sont comptés ensemble pour une journée d'hospitalisation, le jour d'entrée et le jour de sortie, sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement : admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement d'une journée d'hospitalisation est dû tant pour le montant de l'admission que pour le montant de la journée d'entretien.

En cas d'octroi de congé de week-end ou de congé à l'occasion de jour férié légal, le jour de départ ne peut être porté en compte que lorsque le bénéficiaire quitte l'établissement hospitalier après 14 heures et le jour de retour ne peut être porté en compte que lorsque le bénéficiaire revient à l'établissement hospitalier avant 12 heures.

Article 3.

§ 1^{er}. Le bénéficiaire hospitalisé en chambre commune est redevable des montants visés dans l'article 2.

§ 2. Lorsque le bénéficiaire a exigé d'être hospitalisé dans une chambre à deux lits, ou dans une chambre à un lit sans que son état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent, des suppléments aux montants définis dans l'article 2 peuvent être portés en compte sous les conditions prévues dans l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Article 4.

§ 1^{er} . Les montants prévus aux §§ 3 (miniforfait) et 4 (maxiforfait) et 5 (fonction d'hôpital de jour) sont dus dans les situations qui sont visées aux mêmes paragraphes, et ce aux conditions suivantes :

- l'hospitalisation donne lieu à un séjour hospitalier ne comprenant pas une nuitée, quelle que soit la durée du séjour,
- et il est effectivement fait usage d'une salle d'opération qui satisfait aux normes d'un service agréé de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C),
et/ou
il est fait usage du service des urgences,
et/ou
le malade occupe effectivement un lit d'hôpital,
et/ou
le malade est traité dans la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour», agréée en application de la loi sur les hôpitaux,
- et l'hospitalisation ne se fait ni dans les salles d'attente et d'examen ni dans les locaux d'un service de consultation policlinique de l'établissement hospitalier,
- et l'hospitalisation n'est pas suivie immédiatement par une hospitalisation prévue dans le même établissement hospitalier,
- et si, en cas d'hospitalisation suite à une prestation prévue dans le § 5, une nuitée est indiquée, une procédure doit être prévue à cet effet, comme prévu à l'arrêté royal du 25 novembre 1997 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour».

Le cumul des montants visés au § 3 du présent article avec les montants visés dans l'article 2 n'est pas possible.

Les montants prévus aux §§ 4 (maxiforfait) 5 (fonction d'hôpital de jour) et 7 (salle de plâtre) ne sont pas dus pendant une période d'hospitalisation dans un hôpital, à l'exception des hôpitaux psychiatriques, des services SP et des services G pour autant que ces deux derniers services ne fassent pas partie d'un hôpital général.

Les montants prévus aux §§ 4 (maxiforfait) 5 (fonction d'hôpital de jour) sont dus dans le cas des prestations 355073 - 355084, 453110 - 453121, 453132 - 453143, 453073 - 453084, 453095 - 453106, 453154 - 453165, 453176 - 453180, 464074 - 464085, 464096 - 464100, 464111 - 464122, 464133 - 464144, 589013 - 589024, 589050 - 589061, 589072 - 589083, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589153 - 589164, 589175 - 589186, 589212 - 589223, 589256 - 589260, lorsque les soins ambulatoires en question sont dispensés à un bénéficiaire qui est hospitalisé dans un autre établissement hospitalier.

Si, pour la même hospitalisation d'un patient, il est effectué plusieurs prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu aux § 3 (miniforfait), § 4 (maxiforfait), § 5 (fonction d'hôpital de jour) et au § 7 (salle de plâtre) seul le montant le plus élevé peut être porté en compte. Si en plus de ces prestations, il est effectué une prestation donnant lieu à l'attestation de montants tels que ceux visés dans l'article 2 en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour où une prestation est effectuée qui figure dans l'annexe 3, 6. (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002, seul les montants par admission et par jour sont dus.

§ 2. Le montant du miniforfait visé au § 3 est fixé pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2002 au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 30 juin 2002 selon les dispositions de l'article 4, § 3 de la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

Le montant du maxiforfait visé au § 4 est fixé pour la période du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre 2002 au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 30 juin 2002 selon les dispositions de l'article 4, § 4 de la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

Le montant du mini- et maxiforfait que l'hôpital peut porter en compte au 30 juin 2002 selon les dispositions de l'article 4, § 2, 2^e alinéa, § 3 et § 4 de la convention nationale en vigueur le 30 juin 2002, correspond respectivement à la moitié de la partie B2 et la partie B2 qui était d'application à l'hôpital au 1^{er} novembre 1998.

S'il s'agit d'un nouvel hôpital le montant du miniforfait est égal à 30 % du prix par paramètre de l'activité de l'hôpital comme prévu dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 et le montant du maxiforfait égal à 60 % de ce prix par paramètre d'activité.

Le miniforfait et le maxiforfait s'élèvent au moins à 25 euros.

§ 3. Le miniforfait comme visé au § 2 est dû :

- a) dans le cas d'une prestation mentionnée au chapitre premier de la liste nominative des prestations prévue en annexe I à la présente convention;
- b) pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier. Cette justification doit être fournie par l'établissement et est censée être approuvée par le médecin-conseil si celui-ci n'a pas notifié son opposition dans les deux mois qui suivent la facturation.
- c) pour tout état nécessitant une perfusion intraveineuse.

§ 4. Le maxiforfait comme visé au § 2 est dû :

- a) dans le cas d'une prestation mentionnée au chapitre II de la liste nominative des prestations prévue à l'annexe I susvisée;
- b) dans le cas d'une prestation nécessitant une anesthésie générale effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie;
- c) lors de l'administration d'une médication chimiothérapique de la catégorie de remboursement A nécessitant une surveillance médicale et infirmière en cas de perfusion intravasculaire nécessaire pour des motifs thérapeutiques ou d'instillation intracavitaire ou intravésicale.

§ 5. En vue de stimuler l'exécution ambulatoire dans la fonction d'hôpital de jour, il est dû, pour les prestations suivantes respectivement le forfait A, B, C ou D.

- forfait A : 173,53 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait A» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention
- forfait B : 223,10 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait B» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention
- forfait C : 297,47 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait C» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention
- forfait D : 371,84 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait D» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention

Ce régime de financement spécial est d'application :

- pour les hôpitaux disposant d'une fonction de traitement de jour organisée et intégrée dans l'établissement sous la direction d'un médecin spécialiste et ayant des procédures déterminées en matière de sélection des patients, de sécurité, de surveillance qualitative, de continuité, de rédaction de rapports et de collaboration avec les divers services médico-techniques ou pour les hôpitaux qui, en application de la loi sur les hôpitaux, sont agréés pour la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour»;
- pour les patients qui, pendant une période de 15 jours avant ou après la prestation visée, ne séjournent pas en hôpital, à l'exception de l'hospitalisation chirurgicale de jour.

§ 6. Par hémodialyse effectuée dans un centre d'hémodialyse chronique agréé par l'autorité compétente, est dû le montant que l'hôpital pouvait porter en compte le 30 juin 2002 en application des dispositions de l'article 4 § 6 de la convention nationale. Ce montant sera adapté à partir du 1^{er} avril 2002 s'il est constaté dans le rapport annuel 2001 de l'Association belge de néphrologie (néerlandophone et francophone) que l'hôpital concerné peut être classé dans un autre ordre de grandeur des prestations de substitution à la fonction rénale extra-hospitalier en comparaison avec le rapport annuel 2000.

S'il s'agit d'un nouvel hôpital, le montant pour l'hémodialyse est égal à 37,18 euros majorés de 40 % du prix par paramètre d'activité dudit hôpital comme visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (à l'exclusion des montants complémentaires ou de rattrapage prévus dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 de même que du subsidie complémentaire prévu dans l'article 102 de la même loi). Ce montant sera majoré si le centre de dialyse dispose d'un programme de traitement alternatif de substitution à la fonction rénale extra-hospitalier (dialyse péritonéale chronique ambulatoire, auto-dialyse collective en dehors d'un site hospitalier, hémodialyse à domicile) de 22,31 euros, 43,38 euros ou 48,34 euros si respectivement $\geq 10\%$ et $< 25\%$, $\geq 25\%$ et $< 35\%$ ou au moins 35 % du nombre total de patients placés sous la surveillance de ce centre subissent un traitement alternatif de substitution à la fonction rénale. Ce montant s'élève à 111,55 euros minimum et 247,89 euros au maximum.

S'il s'agit d'un bénéficiaire subissant une hémodialyse qui est admis dans un service classique d'un établissement hospitalier agréé pour effectuer des hémodialyses, le cumul du montant défini dans l'article 2 et d'une intervention pour hémodialyse est possible ; dans ce cas, l'intervention pour hémodialyse s'élève à 50 % des interventions visées à l'alinéa 1^{er}, avec un minimum de 86,76 euros.

S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans un autre établissement hospitalier non agréé pour effectuer des hémodialyses, l'établissement hospitalier où est effectuée l'hémodialyse peut porter en compte une intervention à l'assurance dont le montant correspond à l'intervention visée à l'alinéa 1^{er}.

§ 7. En cas d'utilisation de la salle de plâtre dans les mêmes conditions de durée de séjour que celles fixées au § 1^{er}, un montant forfaitaire de 22,72 euros lié à l'indice pivot 103,14 en vigueur au 1^{er} juin 1999 (base 1996 = 100), est dû : en cas de pose d'un plâtre

- pour toute fracture ou luxation
- ou pour tout traitement orthopédique
- ou prise de moulage;

la prise de moulage est affectée d'une valeur relative égale ou supérieure à N 66.

§ 8. La liste nominative des prestations prévue en annexe à la présente convention est revue et mise à jour annuellement par la Commission de conventions.

Article 4bis.

§ 1^{er}. Pour les bénéficiaires traités dans une des situations décrites à l'article 4, les montants fixés à l'article 4, §§ 4, 5, 6 et 7 sont dus à l'exception de ceux visés au § 2 du présent article.

§ 2. Lorsque le bénéficiaire traité pour une des situations visées à l'article 4, §§ 4 et 5, a exigé d'être hospitalisé dans une chambre à un lit ou dans une chambre à deux lits, sans que son état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent, des suppléments aux montants définis dans l'article 4 peuvent être portés en compte sous les conditions prévues dans l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Article 5.

Sans préjudice des dispositions de l'article 90 de la loi relative aux hôpitaux, le budget des moyens financiers tel que visé dans l'article 87 de la même loi ainsi que les montants tels que visés dans l'article 4 couvrent de manière forfaitaire tous les frais résultant du séjour du bénéficiaire dans l'établissement et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier.

Ne sont pas compris dans ces montants, le coût des spécialités pharmaceutiques ainsi que les honoraires des dispensateurs de soins relatifs aux prestations de santé énumérées ci-après :

- a) les soins courants et les prestations techniques de diagnostic et de traitement donnés par les médecins de médecine générale et les médecins-spécialistes;

- b) les soins donnés par les kinésithérapeutes;
- c) les prestations d'obstétrique faites par une accoucheuse comme fixées à l'article 9, a), de la nomenclature des prestations de santé;
- d) les prestations visées dans les chapitres VI et IX de la nomenclature des prestations de santé;
- e) tous les soins et toutes autres prestations nécessités par la rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle;
- f) les soins dentaires effectués par un stomatologue (DR) ou par d'autres dispensateurs de soins comme mentionnés dans l'article 4, § 1^{er} de la nomenclature des prestations de santé et les prestations qui y sont liées comme stipulé à l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé.

Article 6.

§ 1^{er}. Au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune, quel que soit le service et au plus tôt au moment de l'admission, un acompte de 150,00 euros maximum peut être demandé. Ce maximum est ramené à 75,00 euros pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé et pour les personnes qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance ainsi que pour les personnes à leur charge.

Si la somme de sept fois l'intervention personnelle dans les frais de séjour en vigueur pour un titulaire ordinaire du 2^{ème} au 8^{ème} jour de son hospitalisation, comme prévu à l'article 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1997, et de l'intervention personnelle forfaitaire dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables, comme prévu à l'article 2, b de l'A.R. du 7 mai 1991, majorée du montant défini à l'article 2, § 3, de l'A.R. du 21 septembre 1993 et de toute autre intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien devant encore être fixée après le 1^{er} juillet 1995, dépasse le montant de 150,00 euros, la Commission de conventions s'engage à relever les maxima mentionnés à l'alinéa premier du présent paragraphe à un montant au moins égal à la somme visée au présent alinéa.

§ 2. Au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre à un lit ou dans une chambre à deux lits, il peut être demandé un acompte supplémentaire qui atteint au maximum sept fois le montant du supplément pour une chambre à un lit ou une chambre à deux lits.

§ 3. Un nouvel acompte comme prévu aux §§ 1^{er} et 2 du présent article peut être réclamé au début de chaque nouvelle période de séjour de sept jours.

§ 4. Le solde des acomptes doit être réglé au guichet de l'établissement au cas où, lors de la sortie du bénéficiaire, la facture définitive est payée au comptant ; sinon, le solde est réglé lors de l'envoi de la facture au bénéficiaire. Le solde est remboursé dans les 3 mois qui suivent la fin du mois dans lequel le bénéficiaire a quitté l'établissement.

§ 5. L'impossibilité de payer l'acompte ne peut constituer un motif de refuser le séjour d'un bénéficiaire dans une chambre de l'établissement hospitalier au prix visé à l'article 87 de la loi du 7 août 1987.

§ 6. Au bénéficiaire qui est traité dans une des situations décrites à l'article 4 de la présente convention ou en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour où une prestation est effectuée qui figure dans l'annexe 3, 6. (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002, il ne peut être réclamé aucun acompte, de quelque nature qu'il soit, sauf s'il a exigé d'être soigné dans une chambre à un lit ou dans une chambre à deux lits. Dans ce cas, l'acompte s'élève au maximum au montant du supplément pour une chambre à un lit ou une chambre à deux lits

Article 7.

§ 1^{er}. L'établissement s'engage à ne pas porter en compte au patient d'autres frais que :

- a) les frais prévus à :
- l'article 3, §§ 1 et 2, et à l'article 4*bis*, §§ 1 et 2;
 - l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.
 - l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation.
- b) les frais prévus à l'article 5, deuxième alinéa (honoraires) ;
- c) les produits et services sans indication médicale stricte et réclamés par le patient ou son représentant. Lors de son admission, le patient ou son représentant sont informés de la liste de ces produits et services, qui mentionne également les tarifs qui peuvent être portés en compte.

Pour la fourniture de produits et services et les tarifs portés en compte pour ceux-ci qui n'apparaissent pas sur cette liste, l'accord écrit du patient ou de son représentant est requis.

Ces produits et services sont portés en compte au patient exclusivement au moyen de la facture, à la rubrique «frais divers».

§ 2. Pour tout matériel médical ou paramédical, référence doit être faite aux législations et réglementations existantes du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement et/ou de l'I.N.A.M.I..

L'établissement s'engage, dans les limites de sa compétence, à créer autant que possible, vis-à-vis de ses patients, la transparence quant à ces produits. A cet effet, la liste visée au § 1^{er}, c), contiendra un alinéa incitant le patient à s'informer de la façon la plus complète possible sur ces produits.

Article 8.

Pour l'application du régime du tiers payant, la réglementation telle qu'elle a été établie par l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et par le règlement du 29 décembre 1986, pris en exécution de l'arrêté royal précité du 10 octobre 1986, est applicable.

Le paiement des factures des établissements hospitaliers a lieu au plus tard dans les deux mois qui suivent celui au cours duquel les documents nécessaires à la facturation, à savoir la facture papier et le support magnétique, ont été reçus par l'organisme assureur. Le délai court à partir de la date de réception figurant sur le bordereau transmis aux établissements hospitaliers, pour autant que lesdits documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et qu'ils aient été acceptés par l'organisme assureur.

Dans la mesure où les documents ont été transmis par l'établissement dans les délais fixés par le Comité de l'assurance, le non paiement dans le délai prévu au 2^{ème} alinéa donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majorée de 1,75 % fixé à la date d'échéance du délai de paiement. Ces intérêts moratoires sont calculés à partir du premier jour du troisième mois suivant celui de la date visée au 2^{ème} alinéa.

La charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité si le retard est dû à la transmission tardive ou insuffisante des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 9.

L'établissement s'engage à fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement du prix des journées d'hospitalisation et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière.

Article 10.

L'établissement s'engage à permettre aux médecins-conseil des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service du Contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

Article 11.

Sans préjudice des dispositions légales en la matière, la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers est compétente pour se prononcer sur tout litige découlant de l'application de la présente convention.

L'examen de ces litiges peut être confié à des comités régionaux institués par la Commission permanente qui fixe le règlement d'ordre intérieur.

Article 12.

§ 1^{er}. En cas de dépassement des prix et montants prévus à la présente Convention, l'établissement hospitalier qui y a adhéré est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement avec un minimum de 125 euros.

§ 2. En cas d'infractions autres que celles prévues au § 1^{er}, l'établissement hospitalier ou l'organisme assureur est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 euros par infraction.

§ 3. Les sanctions prévues aux §§ 1^{er} et 2 de cet article sont prononcées par la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers.

Article 13.

L'objectif budgétaire des montants prévus à l'article 4 de la présente convention est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Dès qu'un dépassement significatif ou un risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire est constaté, en application de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mesures de correction suivantes seront appliquées :

- en ce qui concerne les interventions prévues à l'article 4, §§ 1^{er}, 2, 3, 4, 5 et 7 :
 - par priorité des mesures sélectives, qui doivent encore être précisées;
 - à défaut de mesures sélectives, une diminution linéaire des montants prévus à l'article 4, §§ 3, 4, 5 et 7;
- en ce qui concerne l'intervention prévue à l'article 4, § 6 (hémodialyse) :
 - adaptation des dispositions de l'article 4, § 6, alinéa 3 pour stimuler les formes alternatives de dialyse extra-muros, par la réduction de l'intervention forfaitaire prévue à l'article 4, § 6, alinéa 1^{er}, lorsqu'un nombre déterminé de dialyses n'est pas effectué en dehors de l'établissement hospitalier.
Cette mesure doit s'accompagner d'une adaptation des normes d'agrément pour les centres de dialyses.
- révision des pourcentages prévus à l'article 4, § 6, alinéa 1^{er};

Article 14.

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} avril 1998. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2002 et il n'y a pas de reconduction tacite.

Article 15.

Par dérogation aux dispositions de l'article 14, l'adhésion à la présente convention par un établissement hospitalier nouvellement agréé ou par un établissement hospitalier ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion entre en vigueur – à partir du premier jour du mois qui suit celui de la notification au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion, par ledit établissement, à la présente convention, sauf si cette adhésion s'effectue dans un délai de 30 jours suivant la réception, par l'établissement hospitalier de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, la reprise ou de la fusion.