

**CONVENTION ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTÉ
DE L'INAMI ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AGRÉÉS POUR LE REMBOURSEMENT
DE LA CHIRURGIE COMPLEXE DANS LES TUMEURS DE L'ŒSOPHAGE, LES TUMEURS
DE LA JONCTION GASTRO-ŒSOPHAGIENNE ET LES AFFECTIONS ŒSOPHAGIENNES
NON ONCOLOGIQUES**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6° bis ;

Sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste (désignée ci-après par « la CNMM ») et de la Commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs, formulées les 3 et 10 décembre 2018;

Il est convenu ce qui suit entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, désigné ci-après dans le texte par « le Comité de l'assurance », premier contractant,

et, d'autre part,

le responsable au nom du pouvoir organisateur de l'établissement de soins, « *nom de l'établissement de soins* », désigné ci-après par « le centre pour la chirurgie œsophagienne complexe », remplissant les critères définis à l'article 5, deuxième contractant ;

et

le directeur médical du centre pour la chirurgie œsophagienne complexe, au nom des médecins spécialistes en chirurgie œsophagienne oncologique et non oncologique, liés au centre pour la chirurgie œsophagienne complexe, visé à l'article 5, troisième contractant.

ARTICLE 1. BUT DE LA CONVENTION

[...]

ARTICLE 2. DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE UTILISÉE

Pour l'application de la présente convention, il convient d'entendre par :

1° consortium : l'ensemble des établissements de soins et le centre pour la chirurgie œsophagienne complexe qui ont conclu des accords formels entre eux en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des patients conformément à la présente convention ;

- 2° nomenclature : la nomenclature des prestations de santé telle que visée 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 ;
- 3° centre pour la chirurgie œsophagienne complexe, désigné ci-après « centre »: l'établissement de soins où la concertation multidisciplinaire, les interventions chirurgicales et tous les autres traitements y afférents, visés à l'article 4, sont concentrés en un seul lieu et qui dispose d'une équipe de médecins spécialistes et de personnel paramédical spécialisés dans le traitement chirurgical des affections œsophagiennes. Les patients y sont renvoyés par leur médecin généraliste, un médecin spécialiste ou via un autre établissement de soins ;
- 4° programme de soins d'oncologie : le programme de soins d'oncologie tel que visé dans l'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés.

ARTICLE 3. GROUPE CIBLE

[...]

ARTICLE 4. PRESTATIONS

Les prestations suivantes entrent uniquement en ligne de compte pour une intervention de l'assurance si elles sont effectuées par deux médecins spécialistes en chirurgie dotés d'une expertise spécifique prouvée en chirurgie oncologique et non oncologique de l'œsophage dans un centre, visé à l'article 5.

4.1. Interventions chirurgicales

4.1.1. Libellés

228270-228281	Œsophagectomie ou gastro-œsophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité..... N 1100
228292-228303	Œsophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuitéN 1500
228314-228325	Œsophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étenduN 1300
228336-228340	Œsophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu..... N 1700

4.1.2. Règles d'application

Toutes les dispositions de la nomenclature qui sont applicables pour les prestations chirurgicales du Chapitre V de la nomenclature (par exemple anesthésie, aide opératoire...) sont également applicables pour les prestations susmentionnées.

Dans la situation mentionnée à l'article 5.2., b) les prestations 228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340 sont effectuées et facturées dans le centre. Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2019 inclus, elles peuvent également être effectuées et facturées dans les établissements de soins ayant signé un accord de coopération avec le centre, comme stipulé à l'article 5.6.2.

Les prestations 228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 228012-228023, 228174-228185, 228233-228244 et 228255-228266 de la nomenclature.

4.1.3. Honoraires

	Numéros de code			Honoraires	Intervention Ambulant		Intervention hospitalisé	
	AMB	HOS			Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
N = 1,299767	228270	228281	= N 1100	1.429,74	1.429,74	1.429,74	1.429,74	1.429,74
N = 1,299767	228292	228303	= N 1500	1.949,65	1.949,65	1.949,65	1.949,65	1.949,65
N = 1,299767	228314	228325	= N 1300	1.689,70	1.689,70	1.689,70	1.689,70	1.689,70
N = 1,299767	228336	228340	= N 1700	2.209,60	2.209,60	2.209,60	2.209,60	2.209,60

La valeur de la lettre-clé des prestations 228012-228023, 228174-228185, 228233-228244 et 228255-228266 de la nomenclature sera mise à 0 euro au plus tard le 1^{er} juillet 2019.

4.2. Concertation multidisciplinaire pour des affections œsophagiennes complexes (désignée ci-après par « concertation multidisciplinaire »)

4.2.1. Libellés

350674-350685	Intervention globale pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du diagnostic d'affections bénignes, prémalignes ou malignes de l'œsophage et/ou de la jonction gastro-œsophagienne, tenue dans le centre pour les patients envoyés par un médecin-spécialiste d'un établissement de soins n'appartenant pas au staff médical du centre K 121
350696-350700	Intervention globale pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du diagnostic d'affections bénignes, prémalignes ou malignes de l'œsophage et/ou de la jonction gastro-œsophagienne, tenue dans le centre pour les

	patients qui se sont présentés directement au centre et qui n'ont pas été dirigés via un autre établissement de soinsK 51
350711-350722	Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin spécialiste référant qui ne fait pas partie du staff du centre K 17
350733-350744	Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin généraliste traitant.... K 17

4.2.2 Règles d'application

Cette intervention couvre les honoraires de tous les médecins spécialistes du centre qui participent à cette concertation multidisciplinaire spécifique, ainsi que les frais de coordination, d'organisation, de rapport avec description du diagnostic et du plan de traitement (y compris le plan de traitement après une éventuelle intervention chirurgicale) ainsi que l'enregistrement au Registre du cancer.

Participent à cette concertation multidisciplinaire :

- 1) l'équipe du centre mentionnée à l'article 5.3., composée au minimum d'un médecin spécialiste traitant en chirurgie et du médecin spécialiste en gastroentérologie disposant de compétences professionnelles particulières en oncologie ou d'un médecin-spécialiste porteur du titre professionnel particulier en oncologie médicale ;
- 2) un médecin-spécialiste en radiodiagnostic ou un radiologue interventionnel, visé à l'article 5.4., b) ;
- 3) un médecin spécialiste en anatomopathologie, visé à l'article 5.4., a) ;
- 4) un médecin-spécialiste en anesthésie-réanimation et/ou un médecin-spécialiste disposant du titre professionnel particulier, visé à l'article 5.3., e) ;
- 5) le médecin qui réfère de l'hôpital périphérique ;
- 6) le cas échéant, le médecin généraliste.

Les prestations 350711-350722 et 350733-350744 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois et uniquement lors de la réalisation d'une des prestations 350674-350685 ou 350696-350700.

La prestation 350674-350685 ne peut pas être cumulée avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 de la nomenclature.

Une concertation multidisciplinaire est demandée par écrit :

- 1) soit par le médecin-spécialiste traitant du centre si le patient s'est présenté directement au centre ou si le patient a été envoyé directement par le médecin généraliste ;
- 2) soit par le médecin-spécialiste traitant de l'établissement de soins qui réfère.

Le centre assure l'organisation de la concertation multidisciplinaire. Elle peut se dérouler via vidéoconférence.

Le rapport de la concertation multidisciplinaire est rédigé sur base du formulaire standardisé visé à l'article 7.4. :

Le rapport est transmis à tous les médecins qui ont participé à la concertation, au médecin demandeur, au médecin généraliste du patient, à la Fondation Registre du cancer et au médecin-conseil de l'organisme assureur du patient.

4.2.3. Honoraires

	Numéros de code			Honoraires	Intervention Ambulant		Intervention hospitalisé	
	AMB	HOS			Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K = 1,230835	350674	350685	= K 121	148,93	148,93	148,93	148,93	148,93
K = 1,230835	350696	350700	= K 51	62,77	62,77	62,77	62,77	62,77
K = 1,230835	350711	350722	= K 17	20,92	20,92	20,92	20,92	20,92
K = 1,230835	350733	350744	= K 17	20,92	20,92	20,92	20,92	20,92

4.3. Indexation

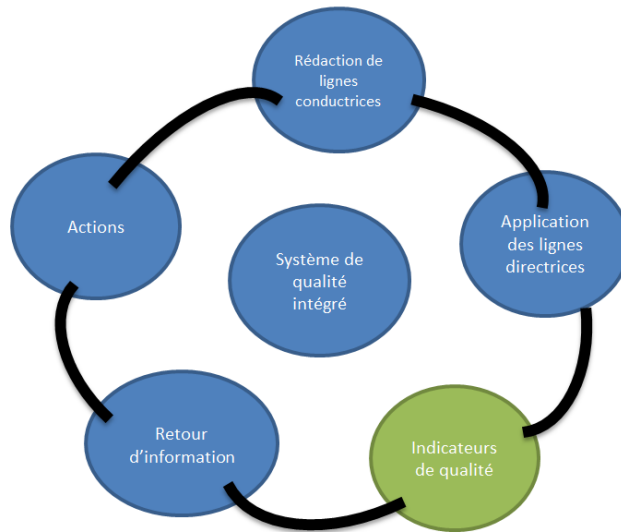
Au 1^{er} janvier de chaque année, les montants des interventions visées aux articles 4.1.3. et 4.2.3. sont, sur la base de l'évolution entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente, indexé de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, à condition que le Conseil général ait prévu la marge financière pour l'indexation.

ARTICLE 5. CRITÈRES À REMPLIR PAR LE CENTRE

[...]

ARTICLE 7. SUIVI DE LA CONVENTION

La présente convention observe un système de qualité intégré avec des indicateurs de performance tels que figurant dans les recommandations du rapport KCE 152.



7.1. Le Groupe de pilotage “Chirurgie complexe” :

L’accompagnement et le suivi de la mise en œuvre de la convention sont confiés à un groupe de pilotage « Chirurgie complexe », dénommé ci-après « Groupe de pilotage ».

Ce Groupe de pilotage est composé de 12 membres, désignés par le Comité de l’assurance:

- deux membres effectifs et deux membres suppléants proposés par les organisations représentatives des médecins ;
- deux membres effectifs et deux membres suppléants proposés par les organisations représentatives des fédérations des hôpitaux ;
- deux membres effectifs et deux membres suppléants proposés par les organismes assureurs
- 6 membres médecins-experts, dont 3 de chaque groupe linguistique, proposés par le Collège d'oncologie.

Le Groupe de pilotage est présidé par un représentant de l’INAMI. L’organisation, l’accompagnement et le secrétariat sont assurés par l’INAMI et le SPF Santé publique en collaboration avec le centre du cancer Sciensano. La Fondation Registre du cancer apporte son soutien au Groupe de pilotage et participe aux travaux du Groupe de pilotage dans un rôle consultatif.

Le Groupe de pilotage se réunit au moins deux fois par an.

Le Groupe de pilotage siège valablement lorsqu’il réunit au moins six membres. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, ne tenant pas compte des abstentions.

7.2. Missions

7.2.1. Au plus tard pour le 1^{er} mars 2019, le Collège d'oncologie mettra à jour les guidelines¹ pour le traitement des patients atteints d'une tumeur de l'œsophage et/ou de la jonction gastro-œsophagienne. Après approbation par le groupe de pilotage, cette directive actualisée sera envoyée aux centres adhérents.

7.2.2. Au plus tard pour le 1^{er} mai 2019, la Fondation Registre du cancer effectue une mesure de base (T0) avec un calcul des indicateurs de performance pour T0. Le rapport contenant les résultats de la mesure de base sera approuvé par le Groupe de pilotage.

7.3. Indicateurs de processus et de résultats, y compris les valeurs cibles

Au minimum, les indicateurs de processus et de résultats spécifiques suivants sont décrits pour les tumeurs de l'œsophage et/ou de la jonction gastro-œsophagienne, avec leur méthode de calcul et la fixation des valeurs cibles, qui doivent être suivies pendant la durée de la présente convention :

- a) taux de mortalité postopératoire in-hospital après 30 jours et après 90 jours, observé et corrigé selon l'âge, le sexe, le stade, la comorbidité et le statut de performance (pour le calcul des « adjusted odds ratios ») ;
- b) proportion de patients traités chirurgicalement avec une résection R0 ;
- c) « observed survival », « relative survival » à 1, 3 et 5 ans (« observed and adjusted » selon l'âge, le sexe, le stade et la comorbidité) (cf. rapport KCE 266) ;
- d) nombre de complications chirurgicales et médicales majeures (ICHOM 2.3 « lung cancer report ») ;
- e) ~~durée entre la confirmation du diagnostic et le début du traitement, (4 semaines – 90 %, après 3 ans 4 semaines – 95 %) ;~~

L'ensemble des indicateurs de processus et de qualité, la méthode de calcul, et les valeurs cibles minimales sont décrits dans le guide de lecture relatif au calcul des indicateurs pour la chirurgie du pancréas qui est repris en annexe 1. Ce guide de lecture a été élaboré par la Fondation Registre du cancer, le centre du cancer Sciensano et le Collège d'oncologie. En concertation avec les experts le détail de ce guide de lecture sera continué. Au plus tard le 1^{er} juillet 2019, le guide de lecture sera approuvé par le Groupe de direction.

7.4. Formulaire standardisé pour le rapport de la concertation multidisciplinaire :

Le formulaire standard pour le rapport de la concertation multidisciplinaire, visé à l'article 4.2., mentionne au moins les éléments suivants:

- 1) le nom du médecin qui réfère ainsi que les noms des médecins participants et du médecin spécialiste demandeur;
- 2) l'énoncé du problème initial;
- 3) un aperçu des données médicales disponibles;
- 4) une élaboration du diagnostic avec une estimation de l'évolution.
- 5) un plan de traitement concret à court et à plus long terme avec une motivation tenant compte d'arguments médicaux mais aussi psychiques et sociaux.

¹ College of Oncology – National Clinical Practice Guidelines Oesophageal Cancer – Version 2.2012

Un modèle de formulaire standardisé sera établi au plus tard pour le 1^{er} mars 2019, après approbation du Comité de pilotage et envoyé aux centres.

7.5. Enregistrement

Le centre enregistre tous les patients atteints d'une tumeur de l'œsophage et/ou de la jonction gastro-œsophagienne dans le Registre du cancer de manière prospective.

En vue du suivi et de l'évaluation des activités, un enregistrement prospectif direct des données suivantes est prévu dans un Registre du cancer « real time » ad hoc à la Fondation Registre du cancer :

- les données de l'enregistrement de la concertation multidisciplinaire ;
- ~~le rapport opératoire complet ;~~
- les variables supplémentaires nécessaires pour calculer les indicateurs spécifiques (processus, structure et résultats).

Si nécessaire, le rapport opératoire complet peut être demandé par la Fondation Registre du cancer.

Un aperçu global du set de données à enregistrer est joint en annexe 2.

Les médecins spécialistes en chirurgie visés au point 5.3., a), sont responsables de l'enregistrement en temps utile, correct et complet de ces données dans le Registre du cancer.

Chaque centre doit, en outre, enregistrer les données susmentionnées dans l'application online de la Fondation Registre du cancer pour chaque activité prestée, au plus tard 100 jours après la date de l'intervention chirurgicale. Pour les patients qui ne subissent aucune intervention chirurgicale l'enregistrement se fait au plus tard 60 jours après la date de la concertation multidisciplinaire.

En cas de doute sur les modalités d'enregistrement d'un cas ou d'une complication, le centre concerné peut soumettre le cas/la complication au groupe de travail mis en place à la Fondation Registre du cancer.

7.6. Évaluation et communication

Les activités au sein du centre sont contrôlées chaque année afin de vérifier si les valeurs cibles sont atteintes pour les indicateurs de processus et de résultats respectifs visés à l'article 7.3.

Dans les articles 7.6., 8 et 10 on entend par « année » une période de douze mois, de date à date, qui débute pour la première fois le 1^{er} juillet 2019.

Ce suivi se déroule comme suit :

- 1) Calcul des indicateurs de processus et de résultats respectifs par centre et validation des résultats rapportés par chaque centre.

La Fondation Registre du cancer détermine chaque année et par centre le nombre de patients ayant fait l'objet d'une discussion lors d'une concertation multidisciplinaire, le nombre de patients ayant subi les interventions visées à l'article 4 et calcule les indicateurs de procès et de résultats spécifiques.

-Au plus tard le 31 décembre de l'année concernée (année x), la Fondation Registre du Cancer fournit aux représentants de chaque centre un rapport qui indiquera également dans lequel sont mentionnées les éléments non conformes aux règlesconditions et orientations relatives a cette convention. éventuelles irrégularités.

Le centre valide les résultats dans les 30 jours suivant la date d'envoi du rapport. A partir de la deuxième année, les centres ajoutent une évaluation globale et éventuellement un plan d'amélioration individuel s'il est établi que les résultats ne sont pas conformes aux règlesconditions et orientations relatives à cette convention. et établit un plan d'amélioration pour les éventuelles non-conformités. Ces propositions sont envoyées à la Fondation Registre du cancer. La Fondation Registre du cancer soumet les rapports annuels avec/ l'évaluation globale et éventuellement les plans d'amélioration des centres au Groupe de pilotage au plus tard le 28 février de l'année x+1. Les résultats annuels validés, l'évaluation globale validés et les éventuels plans d'amélioration sont communiqués aux centres respectifs.

- 2) Rédaction du rapport annuel général présentant les résultats validés par chaque centre et la validation de ce rapport par le Groupe de pilotage, y compris les éventuelles actions d'amélioration.

Après validation/consolidation des résultats par chaque centre, la Fondation Registre du cancer rédige ~~également~~ chaque année un rapport annuel général qui est soumis à l'approbation du Groupe de pilotage « Chirurgie complexe », au plus tard le 30 avril de l'année x+1.

Au plus tard le 30 juin de l'année x+1, le Groupe de pilotage valide le rapport annuel général, l'évaluation globale et les propositions de plans d'amélioration.

2bis) Par dérogation aux points 1) et 2) sera pour les deux premières années (périodes du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020 et du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021), seul un rapport annuel général relatif aux données validées pour l'ensemble des centres, sont soumises au Groupe de pilotage.

- 3) Les rapports annuels visés aux points 1), 2) et 2bis par centre sont publiés sur le site de l'INAMI et du SPF Santé Publique, après soumission à la CNMM et au Comité de l'assurance soins de santé.

7.7. Audit

À tout moment, le Groupe de pilotage peut proposer au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de réaliser un audit ad hoc dans un centre. L'audit peut être effectué par la cellule « audit hôpitaux » en concertation avec un ou plusieurs experts internationaux, désignés par le Collège d'oncologie. Après validation externe des résultats de l'audit par un ou plusieurs experts internationaux, désignés par le Collège d'oncologie, les résultats sont soumis au Groupe de pilotage, qui invite le centre concerné dans les 30 jours suivant la réception des résultats à une audition. Si l'audit et l'audition montrent que les dispositions de la présente convention ne sont pas respectées, le Groupe de pilotage peut proposer au Comité de l'assurance de suspendre l'exécution de la convention ou de mettre fin à la convention conformément aux dispositions de l'article 10.3., b).

ARTICLE 8. EVALUATION FINALE

L'évaluation finale de la présente convention est réalisée sur base de toutes les données récoltées sur une période de trois ans, telle qu'elles figurent dans le Registre du cancer, conformément aux dispositions de l'article 7.3. Cette évaluation finale est effectuée après la fin et l'enregistrement des prestations de la troisième année et fait partie du rapport final. Toutes les valeurs cibles qui ont été définies pour les indicateurs respectifs seront incluses dans l'évaluation générale de :

1°) la performance des consortiums en tant que tels

Et

2°) l'impact général par rapport à la situation T0 sur les soins des patients atteints d'un cancer de l'œsophage ayant subi une intervention chirurgicale complexe.

La méthodologie d'évaluation et les valeurs cibles moyennes seront déterminés par la Fondation Registre du cancer, le Centre du cancer de Sciensano et le Collège d'oncologie en concertation avec le Groupe de pilotage, via une procédure par étapes (step-by-step). La méthodologie entièrement développée sera soumise au Comité des assurances au plus tard en janvier 2020, après approbation du Groupe de pilotage.

Un rapport intermédiaire, basé sur les rapports annuels, sera soumis au Comité de l'assurance au plus tard pour le ~~1er novembre 2021~~ 31 mars 2022. Le rapport final sera soumis au Comité de l'assurance au plus tard pour le 30 septembre ~~2023~~.

Dans l'attente du rapport final et de la décision relative à la prolongation de la présente convention, les conventions avec les centres restent en vigueur à condition que le centre :

1. continue à répondre aux critères fixés à l'article 5, à l'exception des points 5.2., 5.6. et 5.7.;
2. dispose de l'activité minimale suivante, pour l'entièreté de la période de trois ans :
 - a) 150 patients ont fait l'objet d'une discussion dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire;
 - et
 - b) 75 interventions (228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340) ont eu lieu sur une localisation dans le centre.

Pour les centres ayant un accord de coopération, tel que visé à l'article 5.2.b), pour déterminer l'activité minimale visée au point 2, b) de l'alinéa précédente, il est également tenu compte de l'activité de(s) l'établissement(s) de soins avec qui un accord de coopération a été conclu(s) comme stipulé à l'article 5.6.2, pour la période à calculer à partir du jour ou la valeur de la lettre-clé est mise à 0 euro, tel que visé à l'article 4.1.3. et ce jusqu'au 31 décembre 2019 inclus.

ARTICLE 9. LITIGES

[...]

ARTICLE 10. DÉLAI DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

[...]

~~10.2. La présente convention cesse d'exister de plein droit lorsque le centre, visé à l'article 5.2., b) n'a pas effectué 20 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340), durant la seconde année.~~

10.3.2 La présente convention peut être résiliée à tout moment par le Comité de l'assurance, sur proposition du Groupe de pilotage visé à l'article 7.1, s'il est établi:

a) que le centre ou le consortium n'a pas atteint pendant deux années consécutives les valeurs cibles pour les indicateurs de processus et de résultats respectifs, visés à l'article 7.3.

ou

b) que les dispositions de la présente convention ne sont pas respectées sur base de l'audit visé à l'article 7.7..

Dans les deux cas, la convention prend fin le premier jour du deuxième mois qui suit la constatation par le Comité de l'assurance.

10.43. La présente convention prend fin le premier jour du deuxième mois après que le Comité de l'assurance ait pris une décision négative concernant le renouvellement de la présente convention.

Fait en trois exemplaires à Bruxelles, le

Chaque partie reconnaît avoir reçu un exemplaire original.