

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES
SERVICE DES SOINS DE SANTE

CONVENTION RELATIVE À L'INSTAURATION ET AU SUIVI ULTERIEUR DE L'ASSISTANCE VENTILATOIRE MECANIQUE AU LONG COURS À DOMICILE, CONCLUE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET L'«BENAMING INRICHTENDE MACHT» DE «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» A «LOCALITEIT» DANS LE CADRE DUQUEL FONCTIONNE L'ETABLISSEMENT VISE PAR LA PRESENTE CONVENTION.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23 § 3;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

et d'autre part,

L'«BENAMING_INRICHTENDE_MACHT» de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» à «LOCALITEIT» dans le cadre duquel fonctionne l'établissement visé par la présente convention.

Article 1^{er}. Dans la présente convention, l'unité fonctionnelle experte qui assure au sein du Service de pneumologie de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile au sens de la présente convention est désignée par le terme « l'établissement ».

Plus loin dans cette convention l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile est désignée par l'acronyme « AVD ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 2.

La présente convention définit notamment les conditions concernant les bénéficiaires et l'établissement au sens de la convention, les prestations prévues pour lesquelles une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est possible ainsi que les montants de leurs prix et honoraires et les modalités de paiement de l'intervention. De plus, elle décrit également les relations entre les différentes parties impliquées dans la conclusion et la mise en application de cette convention, à savoir le pouvoir organisateur de l'établissement, l'établissement, les médecins référant, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé tels que définis à l'article 3 de cette convention, les organismes assureurs et le Service des soins de santé de l'INAMI.

BENEFICIAIRES DE L'INTERVENTION POUR L'AVD PAR PRESSION POSITIVE, PAR PRESSION PERITHORACIQUE NEGATIVE OU PAR PRESSION POSITIVE A DEUX NIVEAUX, ET DE L'INTERVENTION POUR LA PERCUSSION INTRAPULMONAIRE ET/OU L'AUGMENTATION DE LA TOUX.

Article 3.

Les patients suivants sont considérés comme bénéficiaires au sens de la présente convention, et entrent en compte pour l'instauration et le suivi ultérieur d'une AVD et pour une intervention de l'assurance soins de santé pour les techniques mentionnées et décrites aux articles 6 à 10 inclus :

A. Pour l'AVD continue par pression positive :

Un patient trachéotomisé ou non trachéotomisé atteint d'une affection respiratoire restrictive ou un patient trachéotomisé atteint d'une affection respiratoire obstructive, chez lequel l'insuffisance respiratoire ne peut être imputée exclusivement à un Syndrome d'Obésité-Hypoventilation et qui, en dehors de toute poussée aiguë, est incapable de maintenir durant > 1 heure les valeurs de gazométrie mesurées pendant l'assistance ventilatoire.

Le fait que ces valeurs ne peuvent pas être maintenues, est confirmé par

- 1) une diminution de la SpO₂ de > 4 % par rapport à la valeur en fin d'assistance ventilatoire,
- 2) ou une augmentation de la PCO₂ de > 4 mm Hg par rapport à la valeur en fin d'assistance ventilatoire, tandis que la PCO₂ durant l'assistance ventilatoire est > 35 mm Hg
- 3) ou (chez des patients atteints d'une affection restrictive progressive et ressortant de la catégorie B) le nombre d'heures d'utilisation effective par 24 heures démontré par le compteur.

B. Pour l'AVD discontinue (= au minimum 12 h/jour) par pression positive :

Un patient trachéotomisé ou non trachéotomisé avec une hypoventilation alvéolaire, chez lequel l'insuffisance respiratoire ne peut être imputée exclusivement à un Syndrome d'Obésité-Hypoventilation, mais à

- soit une affection respiratoire restrictive d'origine pleurale, pulmonaire, neuromusculaire ou squelettique,
- soit une affection respiratoire obstructive et qui est trachéotomisé,

et qui, en dehors de toute poussée aiguë et malgré une assistance ventilatoire nocturne, est incapable de maintenir pendant la journée, sans assistance ventilatoire, des valeurs stables de gazométrie.

Que pendant la journée quelques heures après la fin de l'assistance ventilatoire les valeurs de gazométrie ne peuvent être maintenues, est confirmé par :

- 1) une diminution de la SpO₂ de >4 % par rapport à la valeur en fin d'assistance ventilatoire,
- 2) ou une augmentation diurne de la PCO₂ de >4 mm Hg (mesure artérielle, transcutanée ou en fin d'expiration) par rapport à la valeur en fin d'assistance ventilatoire, tandis que la PCO₂ durant l'assistance ventilatoire est >35 mm Hg.
- 3) ou (chez des patients atteints d'une affection restrictive progressive et ressortant de la catégorie C1 ou C2) le nombre d'heures d'utilisation effective par 24 heures démontré par le compteur.

C1. Pour l'AVD nocturne (soit 8/24 h) par pression positive ou pression périthoracique négative :

Un patient trachéotomisé ou non trachéotomisé appartenant à l'un des 3 groupes suivants :

- a) Patients présentant un syndrome d'hypoventilation centrale – soit malédiction d'Ondine soit acquis dans le cadre d'une affection neurologique centrale ou neuromusculaire - caractérisé par l'absence quasi totale de réaction ventilatoire à l'hypoxie ou à l'hypercapnie.
- b) Ou patients atteints d'une affection pulmonaire restrictive d'origine neuromusculaire, qui, en dehors de toute poussée aiguë, répondent à un des critères suivants
 - 1) soit présenter une PaCO₂ diurne ≥ 47 mm Hg.
 - 2) soit à l'oxymétrie transcutanée nocturne, présenter une baisse de la SpO₂ à $\leq 90\%$ durant au moins 5 minutes consécutives et présenter une PCO₂ nocturne artérielle, transcutanée ou en fin d'expiration de ≥ 47 mm Hg durant un total d'au moins une heure du temps passé au lit.
 - 3) Soit présenter une affection pulmonaire restrictive suite à une affection neuromusculaire rapidement progressive et présenter, lors de deux examens successifs espacés d'un an maximum, une perte d'au moins 10 % de la valeur de la CV, ou présenter une affection pulmonaire restrictive suite à une maladie neuromusculaire rapidement progressive et présenter une pression inspiratoire maximale < 60 cm H₂O ou une CV < 50 % de la valeur attendue.
- c) Ou patients répondant à tous les critères pour l'AVD nocturne par pression positive à 2 niveaux, mentionnés ci-dessous en C2, a), mais chez lesquels durant la mise au point ou en cours du suivi cette technique paraît ne pas être supportée ou ne pas mener à une correction substantielle de la PCO₂ nocturne.

C2. Pour l'AVD nocturne (soit 8/24 h) par pression positive à 2 niveaux :

Un patient appartenant à l'un des 2 groupes suivants :

- a) Patients atteints d'une affection respiratoire restrictive d'origine pulmonaire, pleurale ou squelettique, chez lesquels l'insuffisance respiratoire ne peut être imputée exclusivement à un Syndrome d'Obésité-Hypoventilation et qui, en dehors de toute poussée aiguë, répondent à au moins un des critères suivants :
 - 1) présenter une PaCO₂ diurne de ≥ 47 mm Hg
 - 2) à l'oxymétrie transcutanée nocturne, présenter une baisse de la SpO₂ à $\leq 90\%$ durant au moins 5 minutes consécutives et présenter une PCO₂ nocturne artérielle, transcutanée ou en fin d'expiration de ≥ 47 mm Hg durant un total d'au moins une heure du temps passé au lit.

Pour chaque patient présentant un indice de Quetelet (BMI) de > 30 kg/m², avant l'instauration de l'AVD nocturne par pression positive à 2 niveaux, l'existence ou non d'un SAOS est vérifiée par une polysomnographie, dont les tracés sont conservés.

- b) Patients présentant un Syndrome d'Obésité-Hypoventilation qui, malgré des mesures documentées d'hygiène de vie (exercice physique) et un régime durant au moins 6 mois, continuent à présenter un BMI ≥ 40 kg/m²,
 - 1) qui ne présentent pas un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sérieux (donc pas de IAH > 20 par heure) et qui ne présentent pas une BPCO (donc pas de FEV₁/FVC $\leq 0,65$), et avec une affection pulmonaire restrictive causée par cette obésité morbide,
 - 2) qui ont déjà été hospitalisés au préalable au moins 1 fois à cause d'un épisode d'insuffisance respiratoire
 - 3) qui ensuite, sans AVD, lors de deux examens espacés de 6 semaines et effectués chaque fois en dehors de toute poussée aiguë, répondent à l'un des 2 critères suivants :
 - présenter une PaCO₂ diurne de ≥ 50 mm Hg
 - présenter une hausse nocturne de la PCO₂ artérielle, transcutanée ou en fin d'expiration à ≥ 50 mm Hg en présence d'une baisse de la SpO₂ à $< 88\%$ durant une heure, ou une baisse de la SpO₂ à $< 90\%$ pendant $> 30\%$ du sommeil effectif enregistré au cours d'une PSG.
 - 4) chez lesquels l'effet du traitement est documenté avec une PSG démontrant une amélioration des mesures nocturnes de la SpO₂ et de la PCO₂, tandis que la

qualité du sommeil ne se détériore pas substantiellement en comparaison avec les PSG précédentes.

Tous les tracés polysomnographiques sont conservés.

Une AVD à l'essai doit pour chaque bénéficiaire mentionné en C1 ou C2 conduire à une amélioration substantielle des valeurs gazométriques anormales mesurées précédemment, objectivée à l'aide d'une mesure de jour de la PCO₂ ou nocturne continue transcutanée de la PCO₂ et de la saturation en oxygène. En cas de ventilation invasive, il peut éventuellement être fait appel aussi à une mesure nocturne de la PCO₂ en fin d'expiration. Les résultats de ces mesures sont conservés au dossier.

C2bis Pour l'AVD discontinuée (minimum 12 h/jour) par pression positive à deux niveaux

Enfants âgés de < 5 ans qui remplissent les conditions prévues sous C1 ou C2, a.

D. Pour la percussion intrapulmonaire :

Un patient appartenant à l'un des 2 groupes suivants :

- 1) patients atteints d'une maladie neuromusculaire et/ou d'une tétraplégie haute (C1 à C8), chez qui on n'a pas pu mesurer une pression expiratoire maximale de > 50 cm H₂O, ni un débit expiratoire maximal de > 180 L/min;
- 2) ou patients sous AVD continue ou discontinuée ou sous AVD nocturne par pression positive, et incapables de générer une pression expiratoire maximale de 50 cm H₂O et un débit expiratoire maximal de > 180 L/min.

E. Pour un appareil d'assistance mécanique à la toux ou d'aspiration trachéale non-invasive

Le patient avec une maladie neuromusculaire, avec capacité de la toux insuffisante qui, malgré une compression thoraco-abdominale assistée, et, en cas de ventilation malgré un airstacking et une compression thoraco-abdominale, n'atteint pas un débit expiratoire maximal de > 180 L/min et doit être aspiré journalièrement.

En cas de correction insuffisante de la SpO₂ sous AVD, le mélange gazeux est enrichi en O₂, en respectant les dispositions de la convention « oxygénothérapie de longue durée à domicile ».

Article 4.

Pour une prolongation de l'AVD chez un bénéficiaire visé à l'article 3, A, une répétition des observations objectives de gazométrie effectuées lors de l'instauration de l'AVD n'est plus obligatoire. Il suffit de vérifier si les buts du traitement sont atteints. La nécessité ou non d'une répétition est appréciée par l'un des médecins de l'équipe de l'établissement visés à l'article 13, 2^{ème} alinéa, 1, a).

Pour une première prolongation de l'AVD chez l'un des bénéficiaires visés à l'article 3, B, C1, C2, ou C2bis le contrôle des valeurs gazométriques par rapport aux buts à atteindre, à savoir leur amélioration diurne, est obligatoire. L'interprétation de ces valeurs gazométriques doit cependant se faire dans leur contexte médical. Pour chaque prolongation suivante, ceci n'est plus obligatoire et elles sont mesurées dans le cadre du suivi clinique du patient. La nécessité ou non de la gazométrie est alors appréciée par l'un des médecins de l'équipe de l'établissement visés à l'article 13, 2^{ème} alinéa, 1, a). Si avant une prolongation ultérieure de l'AVD de nouvelles mesures gazométriques objectives n'ont pas été effectuées récemment, le motif en est clairement mentionné dans le rapport médical qui accompagne la demande de prolongation.

Lors de toute prolongation éventuelle de l'AVD chez un des bénéficiaires mentionnés à l'article 3, B, C1 ou C2 une attention particulière est cependant toujours accordée à leur observance. En cas de doute quant à cette observance chez un des bénéficiaires visés à l'article 3, C1 ou C2, celle-ci appert notamment de l'amélioration objective de la SpO₂, PCO₂ ou PO₂ par rapport à la (aux) valeur(s) initiale(s) si

l'AVD a été utilisée par le bénéficiaire jusqu'à la nuit précédant leur constat. Une amélioration insuffisante de la gazométrie doit donner lieu à un examen de la qualité de la thérapie.

Lors d'une prolongation éventuelle de l'AVD chez les bénéficiaires visés à l'article 3, C2, b), en cas d'amaigrissement jusqu'à un BMI < 35 kg/m² l'exécution d'un nouveau bilan diagnostique – y compris une polysomnographie – s'impose afin de vérifier si une AVD est encore indiquée.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES PREVUES.

Article 5.

Toute AVD remboursable au sens de la présente convention comprend une prise en charge au long cours, intégrale et coordonnée de chaque bénéficiaire mentionné aux articles 3 et 4, sous la responsabilité médicale partagée du médecin prescripteur de l'établissement, du médecin généraliste et du médecin spécialiste référant.

Article 6.

La prestation « AVD continue par pression positive » au sens de la présente convention comprend :

- 1) La mise à disposition du bénéficiaire par l'établissement de tout le matériel nécessaire à l'AVD, c'est à dire :
 - a) Un respirateur volumétrique prêt à l'emploi ou un respirateur barométrique prêt à l'emploi offrant la possibilité de garantir un volume déterminé, un appareil de réserve du même type, ainsi que toute la tubulure nécessaire à la connexion du patient au respirateur. Ces respirateurs assurent 24 heures sur 24 une ventilation suffisante.
 - b) Les respirateurs sont équipés d'une batterie permettant une autonomie de 6 heures. Le cas échéant, une batterie externe est simultanément livrée à cet effet et au besoin installée sur la chaise roulante.
 - c) Un ballon ambu et un humidificateur sont aussi mis à disposition.
 - d) En cas d'AVD non invasive, des systèmes destinés à maintenir les voies aériennes dégagées de manière optimale sont prévus et le bénéficiaire doit être pourvu de (une réserve de) tous masques, harnais et embouts buccaux nécessaires. Selon la nécessité clinique un aspirateur de mucosités et des sondes d'aspiration sont mis à disposition, en particulier pour les bénéficiaires ressortissant de l'article 3, D et de l'article 3, E.
 - e) En cas d'AVD par trachéostomie un ballon ambu, deux aspirateurs de mucosités (+ les sondes d'aspiration nécessaires) et un système d'humidification sont mis à disposition. La convention ne prévoit pas la délivrance de canules.

L'établissement assure l'installation à domicile et l'entretien des appareils et, le cas échéant, remplace toujours soit un appareil défectueux soit toutes ses parties défectueuses.

Tout accessoire nécessaire (tubulure, sondes, filtres, piège à eau, valves...) est fourni au bénéficiaire en nombre suffisant pour assurer le traitement de façon continue.

- 2) La surveillance, qui comprend de la part de l'établissement :
 - a) L'initiation théorique et surtout pratique du bénéficiaire, de son entourage - y compris tous les dispensateurs de soins assurant les soins à domicile et le médecin généraliste traitant et le médecin spécialiste référant - aux divers aspects techniques de l'AVD continue, en ce compris la réanimation en cas d'accident ;
Le retour à domicile se décidera en accord avec le bénéficiaire et son/ses médecin(s) traitant(s).
 - b) La disponibilité permanente envers le bénéficiaire, non seulement par une permanence téléphonique assurée 24/24 heures, mais également par la mise en place d'une structure

organisationnelle permettant à tout moment une indispensable intervention spécialisée et appropriée si elle était requise.

- 3) La reprise de l'équipement à la fin de la thérapie.

Article 7.

La prestation « AVD discontinuée par pression positive » ou « AVD discontinuée par pression positive à deux niveaux » au sens de la présente convention comprend :

- 1) La mise à disposition du bénéficiaire par l'établissement de tout le matériel nécessaire à l'AVD, c'est à dire
 - a) Un respirateur volumétrique prêt à l'emploi ou un respirateur barométrique prêt à l'emploi offrant la possibilité de garantir un volume déterminé, ainsi que toute la tubulure de connexion du patient au respirateur. Ce respirateur assure au minimum 12 h sur 24 une ventilation suffisante.
 - b) Le respirateur est équipé d'une batterie permettant une autonomie de 6 heures. Le cas échéant, une batterie externe est simultanément livrée à cet effet et au besoin installée sur la chaise roulante.
 - c) Pour les enfants âgés de < 5 ans, en cas d'AVD par pression positive à deux niveaux sans possibilité de garantir le volume (= BiPAP) : un appareil BiPAP prêt à l'emploi et un oxymètre à impulsion avec fonction d'alarme.
 - d) En cas d'AVD non invasive, des systèmes destinés à maintenir les voies aériennes dégagées d'une manière optimale sont fournis et le bénéficiaire doit être pourvu de (une réserve de) tous les masques, harnais et embouts buccaux nécessaires.
 - e) En cas d'AVD par trachéostomie un ballon ambu, un aspirateur de mucosités (+ toutes les sondes d'aspiration nécessaires) et un système d'humidification sont mis à la disposition. La convention ne prévoit pas la délivrance de canules.

L'établissement assure l'installation à domicile et l'entretien de l'appareil et, le cas échéant, remplace soit un appareil défectueux soit toutes ses parties défectueuses.

Tout accessoire nécessaire (tubulure, sondes, filtres, piège à eau, valves...) est fourni au bénéficiaire en nombre suffisant pour assurer le traitement de façon continue.

- 2) La surveillance, qui comprend :

- a) L'initiation théorique et surtout pratique du bénéficiaire et de son entourage – y compris tous les dispensateurs de soins assurant les soins à domicile et le médecin généraliste traitant et le médecin spécialiste référant - aux divers aspects techniques de l'AVD discontinuée.
- b) La disponibilité permanente de l'établissement.

- 3) La reprise de l'équipement à la fin de la thérapie.

Article 8

La prestation « AVD nocturne (soit au minimum 8/24 h) » au sens de la présente convention comprend :

- 1) La mise à disposition du bénéficiaire par l'établissement de tout le matériel nécessaire à l'AVD, c'est à dire
 - a) Pour les bénéficiaires visés à l'article 3, C1 : soit un respirateur volumétrique prêt à l'emploi ou un respirateur barométrique prêt à l'emploi offrant la possibilité de garantir un volume déterminé, soit – pour l'AVD par pression négative péri-thoracique - un générateur pour la pression négative intermittente connecté à un système de cuirasse ou à un système équivalent,
 - b) Pour les bénéficiaires visés à l'article 3, C2 : pour l'AVD par pression positive à deux niveaux sans possibilité de garantir un volume déterminé (= BiPAP) : un appareil prêt à l'emploi, ainsi que tous masques et tubulures nécessaires pour le traitement.

En cas d'AVD par trachéostomie un ballon ambu, un aspirateur de mucosités (+ toutes les sondes d'aspiration nécessaires) et un système d'humidification sont mis à la disposition. La convention ne prévoit pas la délivrance de canules.

L'établissement assure l'installation à domicile et l'entretien de l'appareil et, le cas échéant, remplace toujours soit un appareil défectueux soit toutes ses parties défectueuses.

Tout accessoire (tubulure, sondes, filtres, piège à eau, valves...) est fourni au bénéficiaire en nombre suffisant pour assurer le traitement de façon continue.

- 2) La surveillance qui comprend :
 - a) L'initiation théorique et surtout pratique du bénéficiaire et de son entourage aux divers aspects techniques de l'AVD nocturne prescrite.
Le médecin généraliste et le médecin spécialiste référant sont impliqués dans cette surveillance.
 - b) La disponibilité permanente de l'établissement.
- 3) La reprise de l'appareillage à la fin de la thérapie.

Article 9.

La prestation « percussion intrapulmonaire » au sens de la présente convention comprend :

- 1) Au cas où le bénéficiaire est déjà sous AVD : la mise à disposition complémentaire de l'appareil.
- 2) Au cas où le bénéficiaire n'est pas (encore) sous AVD : la mise à disposition de l'appareil et de tous les accessoires nécessaires (masques, embouts buccaux et conduits).

L'établissement assure l'entretien de l'appareil et, le cas échéant, remplace toujours soit l'appareil défectueux soit les parties défectueuses de l'appareil.

- 3) La surveillance, qui comprend l'apprentissage de la technique d'utilisation de l'appareil de percussion intrapulmonaire au bénéficiaire, son entourage et éventuellement au médecin généraliste traitant et au médecin spécialiste référant et au kinésithérapeute.
- 4) La reprise de l'appareil à la fin de la thérapie.

Article 10.

La prestation « assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non invasive » au sens de la présente convention comprend :

1. La mise à disposition de l'appareil et de tous les accessoires nécessaires
L'établissement assure l'entretien de l'appareil et, le cas échéant, remplace toujours soit l'appareil défectueux soit ses parties défectueuses.
2. La surveillance, qui comprend l'apprentissage au bénéficiaire, son entourage et éventuellement au médecin généraliste traitant et au médecin spécialiste référant et au kinésithérapeute, de la technique d'utilisation de l'appareil d'assistance mécanique à la toux.
3. La reprise de l'appareil à la fin de la thérapie.

HONORAIRES ET PRIX DES PRESTATIONS PREVUES AUX ARTICLES 5 A 10 INCLUS

Article 11.

- 1) Les honoraires et prix de l'AVD continue sont fixés forfaitairement par 24 heures à
 - 25,08 euros en cas d'AVD par méthode non invasive, dont 12,49 euros ne sont pas indexables
 - 27,09 euros en cas d'AVD par trachéostomie, dont 13,49 euros ne sont pas indexables.

- 2) Les honoraires et prix de l'AVD discontinuée – pour les enfants âgés de < 5 ans, y compris la mise à disposition d'un saturomètre avec fonction d'alarme - sont fixés forfaitairement par 24 heures à
 - 14,61 euros en cas d'AVD par méthode non invasive, dont 7,27 euros ne sont pas indexables
 - 16,45 euros en cas d'AVD par trachéostomie, dont 8,19 euros ne sont pas indexables.

- 3) Les honoraires et prix de l'AVD nocturne (8/24 heures) sont fixés forfaitairement par 24 heures à
 - 12,27 euros en cas d'AVD par méthode non invasive avec un respirateur barométrique offrant la possibilité de garantir un volume déterminé, dont 6,11 euros ne sont pas indexables
 - 13,02 euros en cas d'AVD par trachéostomie avec un respirateur barométrique offrant la possibilité de garantir un volume déterminé, dont 6,48 euros ne sont pas indexables
 - 7,52 euros en cas d'AVD par BiPAP, dont 3,74 euros ne sont pas indexables
 - 14,66 euros en cas d'AVD avec pression périthoracique négative, dont 7,30 euros ne sont pas indexables.

- 4) Les honoraires et prix de l'aide respiratoire intermittente par appareil à percussion intrapulmonaire sont fixés forfaitairement par 24 heures à 4,42 euros, dont 2,20 euros ne sont pas indexables. En cas d'utilisation chez un bénéficiaire sous AVD et/ou assistance mécanique à la toux, ils sont additionnés aux montants applicables mentionnés ci-dessus ;

- 5) Les honoraires et prix de l'assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non invasive sont fixés forfaitairement par 24 heures à 5,70 euros, dont 2,84 euros ne sont pas indexables. En cas d'utilisation chez un bénéficiaire sous AVD et/ou percussion intrapulmonaire, ils sont additionnés aux montants applicables mentionnés ci-dessus.

Article 12.

La partie indexable de chacun des honoraires et prix mentionnés à l'article 11, qui couvre de manière forfaitaire les frais de personnel – y compris ceux du(es) médecin(s) - qui ne peuvent déjà être couverts via un quelconque autre intervention, est liée à l'indice pivot 104,14 (base 2004) des prix à la consommation, valable à partir du 1^{er} octobre 2006. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

La partie non indexable de chacun des honoraires et prix mentionnés à l'article 11, qui couvre de manière forfaitaire les frais de matériel, peut être adaptée sur base d'un dossier motivé qui en démontre l'augmentation.

L'ETABLISSEMENT

Article 13.

L'établissement au sens de cette convention est une unité fonctionnelle au sein de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS». Ce dernier remplit les conditions suivantes :

- 1) Il y a un service d'urgences avec présence permanente d'un médecin réanimateur ou urgentiste, offrant 24h/24h la possibilité d'accueil et de réanimation de patients insuffisants respiratoires.
- 2) Il y a un service pour l'hospitalisation et le traitement de patients visés à l'article 3 de la présente convention. Hospitalisation et traitement peuvent y avoir lieu pour l'instauration de l'AVD avant que le bénéficiaire ne quitte l'hôpital ou quand une hospitalisation en cours d'AVD est nécessaire.

En outre, l'établissement remplit lui-même en tant qu'unité fonctionnelle encore les conditions suivantes :

- 1) Son équipe comprend :
 - a) deux médecins spécialistes avec une expérience en matière de ventilation en général et en particulier d'AVD chez les bénéficiaires mentionnés à l'article 3, et, s'il compte aussi des enfants parmi ses bénéficiaires, un pédiatre avec intérêt particulier en pneumologie pédiatrique ou en l'aspect ventilation en général, et plus particulièrement en AVD chez des enfants.
 - b) une équipe composée de plusieurs dispensateurs de soins diplômés, infirmiers/infirmières ou autres, avec une expérience en matière de soins de patients avec une insuffisance respiratoire chronique, sous ventilation en général et sous AVD en particulier.
 - c) un membre du personnel techniquement formé pour la gestion, la mise à disposition, la réparation... de tout matériel pour l'AVD.
- 2) Il assure à l'hôpital, par son personnel mentionné ci-dessus en 1), b) et c), un service de garde organisé et formé, qui peut être contacté 24 heures sur 24. En outre, l'établissement assure la possibilité qu'un (bio)technicien, infirmier/infirmière ou autre dispensateur de soins diplômé et expérimenté puisse, en cas de besoin, se rendre aussi au domicile du bénéficiaire (intervention endéans les 5 heures). L'établissement peut déléguer une partie de ce paquet de soins à une firme de soins compétente. La structure et le fonctionnement du service de garde doivent être clairement stipulés par écrit et les modalités doivent en être communiquées par écrit au Service des soins de santé de l'INAMI, et oralement et par écrit à chaque bénéficiaire.
- 3) Il a assuré au cours des deux années calendrier successives 2004-2005 l'AVD d'au moins 15 bénéficiaires différents tels que mentionnés à l'article 3, A, B, C1 ou C2. De plus il ne s'agissait pour aucune des deux années, exclusivement de bénéficiaires tels que mentionnés à l'article 3, C1 ou C2.
Sans préjudice de l'article 32, 3^{ème} alinéa de la présente convention, ceci est également le cas pour les deux années calendrier successives 2005-2006 et toutes les deux années calendrier suivantes (2006-2007, 2007-2008 etc.).
- 4) Il collabore avec un centre de référence pour les troubles neuromusculaires ayant conclu à ce titre une convention avec l'INAMI.

Pour déposer leur candidature à la conclusion de la présente convention, un représentant responsable du pouvoir organisateur d'un établissement candidat et le médecin responsable ont adressé au Service des soins de santé, à l'intention du Collège des médecins-directeurs, les renseignements repris dans le modèle en annexe 3 à la présente convention. Ces renseignements démontrent que l'établissement répond aux conditions du présent article. Pour des raisons pratiques, le modèle en annexe 3 peut être adapté par le Collège des médecins-directeurs.

Article 14.

Pour le suivi ultérieur via consultation et gazométrie chez les bénéficiaires référés pour lesquels il a instauré l'AVD, l'établissement collabore avec les médecins spécialistes référant.

Au plus tôt à partir du 01.01.2009 et au plus tard à partir du 01.01.2010, il est référé et collaboré pour le suivi ultérieur selon un protocole élaboré sur base de l'expérience acquise sur le terrain depuis le 01.01.2008. Après accord du Comité de l'assurance ce protocole fait aussi partie de la convention et ce au plus tard le 01.01.2010.

PROCEDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR L'INTERVENTION DANS LES PRESTATIONS PREVUES A LA PRESENTE CONVENTION.

Article 15.

Sous réserve de modifications légales relatives aux demandes et accords pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, les prestations prévues aux articles 5 jusqu'à 10 inclus de la présente convention n'entrent en compte pour une intervention par l'assurance obligatoire soins de santé que si le Collège des médecins-directeurs compétent en la matière ou, 2 ans après l'entrée en vigueur de la présente convention, le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, alors compétent en la matière, a pris une décision positive à propos de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

Article 16.

Toute demande de première intervention est introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En cas d'accord de l'instance compétente, l'intervention de l'assurance est due que pour toutes les journées d'AVD et ce, à partir de la date fixée par cette instance et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil.

L'établissement s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction d'une demande d'intervention. A la demande introduite au moyen d'un formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, un rapport médical est joint, établi selon le modèle en annexe 1 à la présente convention. Pour des raisons pratiques ce modèle peut être adapté par le Collège des médecins-directeurs.

Si l'établissement a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande d'intervention, le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire les coûts de prestations éventuelles effectuées certains jours qui ne donnent pas droit à une intervention de l'assurance à cause d'une tardivité de l'introduction de la demande.

Article 17.

Une demande éventuelle de prolongation de l'intervention pour l'AVD à partir de l'établissement est effectuée selon les dispositions des articles 139 et 144 de l'arrêté royal susmentionné.

Article 18.

Un accord d'intervention pour les prestations mentionnées aux articles 5 jusqu'à 10 inclus comporte une période d'au maximum 12 mois à partir de la date de début de la période accordée.

OBLIGATIONS EN MATIERE DE FACTURATION ET DE COMPTABILITE.

Article 19.

Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à facturer aux organismes assureurs, sur indication de l'établissement, les honoraires et prix fixés à l'Art. 11 de la présente convention par bande magnétique de l'établissement hospitalier duquel l'établissement fait partie.

Les prix et honoraires fixés à l'article 11 de la présente convention ne peuvent en aucun cas être cumulés le même jour avec une des prestations 211024 ou 211046 mentionnées à l'annexe de l'AR du 14 septembre 1984 contenant la nomenclature des prestations de santé.

Uniquement en cas d'hospitalisation intercurrente d'un bénéficiaire traité au préalable à domicile par AVD les prix et honoraires mentionnés à l'article 11 de cette convention peuvent au cours d'une période d'intervention être cumulés le même jour, avec un prix de journée d'hospitalisation.

Copie d'une facture sur papier est transmise à chaque bénéficiaire, bien que la facturation soit effectuée par bande magnétique.

Le pouvoir organisateur de l'établissement assume toute la responsabilité pour la conformité à toutes les dispositions de la convention, des prestations facturées sur base de cette convention pour les bénéficiaires aux organismes assureurs.

Article 20.

Le pouvoir organisateur de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» au sein duquel l'établissement fonctionne, tient une comptabilité sur base du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (A.R. du 14.8.1987). Les activités prévues dans cette convention sont considérées comme poste de frais, établi de manière telle que les revenus (produits) et les dépenses (frais) en soient directement connues. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le pouvoir organisateur de l'établissement envoie au Service des soins de santé de l'INAMI ces données comptables relatives à l'année comptable précédente (qui court du 1 janvier jusqu'au 31 décembre de l'année précédente).

TENUE ET TRANSMISSION DE CHIFFRES DE PRODUCTION.

Article 21.

L'établissement tient à jour une liste de tous les bénéficiaires sous AVD et des périodes d'accord d'intervention pour l'AVD de chacun des bénéficiaires.

Sur la base des données mentionnées à l'alinéa précédent, l'établissement établit ses chiffres de production (= le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que le Service des soins de santé lui transmet à cet effet. Cette dernière mentionne toutes les prestations pour lesquelles l'assurance soins de santé obligatoire peut intervenir dans le cadre de la présente convention, avec leur description, prix et pseudocode.

L'établissement désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées personnelles (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI et renseigne également le Service au sujet de toute modification de ces coordonnées personnelles.

L'établissement s'engage à observer scrupuleusement les instructions susmentionnées en matière de transmission des chiffres de production.

L'établissement s'engage à soumettre, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI tout document nécessaire pour étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraîne la suspension d'office des paiements par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas transmis avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours calendriers suivant l'envoi recommandé, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention conclue avec l'INAMI pour l'établissement) sont suspendus d'office jusqu'à ce que cet engagement soit respecté.

TRANSMISSION ANNUELLE D'UN RAPPORT D'ACTIVITES.

Article 22.

Par la signature de la présente convention, le Pouvoir organisateur de l'établissement et les médecins de l'établissement s'engagent à transmettre chaque année, au plus tard pour le 31 mars de l'année civile x+1, au Service des soins de santé de l'INAMI, à l'attention du Collège des médecins-directeurs et, suite à l'anonymisation des données, à celle du Conseil d'accord prévu à l'article 31 de cette convention, un rapport de l'usage fait de la convention au cours de l'année civile x qui précède.

Ils s'engagent également à établir ce rapport de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 2 à cette convention. Pour des raisons pratiques, ce schéma et ces instructions peuvent être adaptés par le Collège des médecins-directeurs.

Il est transmis de préférence par courriel à l'adresse anita.welschen@inami.fgov.be sous forme de fichier excel. Pour des motifs d'ordre pratique, le Service des soins de santé peut adapter ces préférences.

Le premier de tels rapports concerne l'année civile 2008.

Article 23.

S'il n'est pas respecté dans les temps impartis, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé à l'article 22 au pouvoir organisateur de l'établissement et aux médecins de l'établissement par lettre postale recommandée, en leur demandant de le respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée. Ils sont également avertis par la même lettre qu'au cas où cet engagement n'aurait pas encore été respecté de façon correcte et complète dans le mois suivant son envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du premier jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations aient été effectuées.

Article 24.

En cas de transmission dans le délai d'un rapport non établi de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 2 à cette convention, le Service des soins de santé de l'INAMI indique aux médecins de l'établissement les manques constatés, en les invitant à les compléter ou corriger dans le mois qui suit l'envoi de ces observations.

Article 25.

En l'absence de réaction adéquate et dans le délai aux manques visés à l'article 24, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé à l'article 22, 2^{ème} alinéa, au Pouvoir organisateur de l'établissement et aux médecins de l'établissement par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de le respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit l'envoi. Ils sont également avertis par la même lettre recommandée à la poste qu'au cas où cet engagement n'aurait pas encore été respecté de façon correcte et complète dans le mois suivant cet envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du 1^{er} jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations ont été effectuées.

Article 26.

Uniquement un respect finalement correct et complet de l'engagement visé à l'article 22 lève une suspension d'office visée aux articles 23 et 25. Dans ce cas, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

DISPOSITIONS A CARACTERE GENERAL

Article 27.

Le pouvoir organisateur de l'établissement et l'établissement s'engagent à ne porter en compte pour les prestations couvertes par les honoraires et prix mentionnés à l'article 11 de la présente convention aucun supplément à qui que ce soit.

Ces honoraires et prix ne comprennent pas les honoraires des médecins, kinésithérapeutes et autres paramédicaux ou dispensateurs de soins qui font partie ou non du personnel propre à l'établissement et qui effectuent des prestations non comprises dans les prestations mentionnées aux articles 5 jusqu'à 10 inclus de la présente convention."

Article 28.

L'établissement s'engage à signaler au médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire sans délai la fin de l'AVD à partir de l'établissement.

Article 29.

Sans préjudice de l'article 19, dernier alinéa, de la présente convention, l'établissement ayant fourni le rapport médical prévu à l'article 16, 2^{ème} alinéa, assume toute autre responsabilité légale et réglementaire inhérente à l'AVD du bénéficiaire.

Article 30.

L'établissement transmet au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil de l'organisme assureur toute information complémentaire éventuellement demandée en vue de l'évaluation des demandes d'intervention individuelle. Il transmet aussi (en tenant compte du secret professionnel médical) au Service des soins de santé toute information complémentaire éventuellement demandée soit en vue du contrôle de l'observation de la présente convention sur le plan thérapeutique ou financier soit dans le cadre de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle.

L'établissement s'engage également à permettre à tous délégués du Service des soins de santé de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

CONSEIL D'ACCORD.

Artikel 31.

Par l'acceptation du texte de la présente convention par le Comité de l'assurance, il est créé un Conseil d'accord en matière d'AVD.

Ce Conseil d'accord comprend :

- d'une part, les médecins responsables des établissements conventionnés ;
- et d'autre part, les membres du Collège des médecins-directeurs.

Sa présidence est assurée par le Président du Collège des médecins-directeurs. Son secrétariat est assuré par le Service des soins de santé.

La mission du Conseil d'accord consiste :

- à surveiller le bon fonctionnement des conventions dans tous les établissements conventionnés et à donner un avis au Collège des médecins-directeurs au sujet de mesures éventuellement nécessaires dans ce contexte.
- à rendre un avis au Collège des médecins-directeurs si la situation visée à l'article 32, dernier alinéa se présentait.
- à formuler un avis en préparation à un protocole de collaboration entre les établissements et les médecins spécialistes référant.

PERIODE D'EFFETS DE LA PRESENTE CONVENTION.

Article 32.

La présente convention faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets au 1er janvier 2008. Sa première date d'échéance est fixée au 31 décembre 2008.

En règle générale, elle est tacitement reconduite d'année en année, sauf dénonciation par l'une des parties par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie au minimum 3 mois avant la date d'échéance au 31 décembre de chaque année civile.

Toutefois si, après les deux années calendrier successives 2005-2006, l'établissement ne satisfaisait pas durant deux paires d'années calendrier successives, paire x et paire x + 1 (par exemple 2006-2007 et 2007-2008) à la condition en matière de bénéficiaires différents mentionnée à l'article 13, 2^{ème} alinéa, 3), de la présente convention, en principe le Collège propose au Comité de l'assurance que celle-ci

cesse de produire ses effets au 1^{er} juillet de l'année suivant la dernière des deux années calendrier successives $x + 1$ (par exemple au 1^{er} juillet 2009), après avis rendu en la matière par le Conseil d'accord.

Article 33.

Sans préjudice des dispositions transitoires mentionnées à l'article 37, la présente convention remplace, le cas échéant, à partir du 1er janvier 2008 la convention relative à l'assistance ventilatoire mécanique chronique à domicile signée le «CONV_II» portant ses effets jusqu'au 31 décembre 2007 inclus.

Article 34.

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI s'engage à conclure, excepté avec l'établissement mentionné à l'article 1^{er} de la présente convention, encore une convention identique avec au maximum 20 autres établissements remplissant chacun au moment de la conclusion et également par la suite les conditions à cet effet. Sans préjudice du nombre maximum de 21 établissements au total :

- a) au total maximum 5 conventions sont conclues pour la Région de Bruxelles - Capitale ;
- b) au total maximum 2 conventions sont conclues pour chaque province.

Pour ce faire, le Comité de l'assurance tient en premier lieu compte des critères mentionnés à l'article 13 qui doivent garantir la qualité et l'expérience constantes de tous les établissements.

Article 35.

En cas de situation conflictuelle de fait constatée par le Comité de l'assurance entre d'une part un des totaux maximum mentionnés à l'article 34, au niveau Fédéral, pour la région de Bruxelles-Capitale ou pour une province, et d'autre part le nombre d'établissements candidats (dénommés ci-après dans le présent article "candidats") à un moment donné, le Comité de l'assurance se basera pour la conclusion de conventions entrant en vigueur au 01.01.2008 sur les principes suivants, dans l'ordre de leur mention ci-dessous :

- 1) Des candidats qui satisfont à toutes les conditions prévues à l'article 13 de la présente convention auront la priorité sur ceux qui ne satisfont pas à toutes ces conditions.
- 2) Si dans une province plus de 2 ou dans la Région Bruxelles-Capitale plus de 5 candidats répondent à toutes les conditions prévues à l'article 13 de la présente convention, la préférence sera accordée aux candidats qui dans la province ou dans la région concernée ont suivi entre le 01.01.2001 et le 31.12.2005 inclus le plus grand nombre total de bénéficiaires différents sous AVD. Le cas échéant, il est demandé aux établissements concernés de démontrer ce nombre. Si un même bénéficiaire a été suivi pour son AVD par plus d'un candidat, il comptera pour le candidat qui l'a suivi en dernier, au cours de la période concernée.
- 3) Si le nombre total de candidats qui répondent à toutes les conditions prévues à l'article 13 de la présente convention s'élève au niveau fédéral à plus de 21, par province le nombre de candidats est déterminé par 100.000 habitants au 01.01.2006. Les provinces sont classées par nombre décroissant de candidats par 100.000 habitants. Jusqu'à l'obtention du nombre fédéral prévu de 21 on écarte chaque fois un des deux candidats dans les provinces ayant le nombre le plus élevé de candidats par 100.000 habitants.

Dans la ou les province(s) concernée(s), la préférence est chaque fois accordée au candidat qui, entre le 01.01.2001 et le 31.12.2005 inclus, a suivi le plus grand nombre de bénéficiaires différents sous AVD. Le cas échéant, il est demandé aux établissements concernés de démontrer ce nombre. Si un même bénéficiaire a été suivi pour son AVD par plus d'un candidat dans la ou les province(s) concernée(s), il comptera pour le candidat qui l'a suivi en dernier, au cours de la période concernée.

Article 36.

En cas de situation conflictuelle de fait constatée à un moment donné par le Comité de l'assurance, entre d'une part un des totaux maximum mentionnés à l'article 33, Fédéral, pour la région de Bruxelles-Capitale ou pour une province, et d'autre part le nombre d'établissements conventionnés et d'établissements candidats (dénommé ci-après dans le présent article "candidat"), le Comité de l'assurance donnera pour la conclusion de conventions qui entreront en vigueur après le 01.01.2008 d'abord la préférence au maintien de toutes les conventions existantes qui répondent à toutes les conditions plutôt qu'à la conclusion d'une convention avec un nouveau candidat, même s'il appert que ce nouveau candidat répond à toutes les conditions reprises à l'article 13 de la présente convention.

Ensuite, il appliquera si nécessaire, les principes repris à l'article 35, dans l'ordre de leur mention dans cet article.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 37.

Les demandes d'un bénéficiaire pour (la prolongation de) l'intervention pour l'AVD au sens de la présente convention, qui ont été rédigées ou reçues par le médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire avant le 1er janvier 2008 sont appréciées en fonction des critères mentionnés dans la convention en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 inclus. Les demandes rédigées et reçues après le 1^{er} juillet 2007 sont appréciées en fonction des critères mentionnés dans la présente convention.

Les périodes d'accord pour une AVD en cours au 31 décembre 2007 restent d'application jusqu'à l'échéance prévue par cet accord.