

Convention entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et des établissements de soins pour le remboursement de la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale (version 24/10/2016)

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 (ci-après CNMM) émis les 4 juillet 2016 et 26 octobre 2016 et la Commission de convention hôpitaux-organismes assureurs émis les 14 juillet et 25 octobre 2016;

et après avis du Conseil technique médical, formulé le 13 juillet 2016;

Il est convenu ce qui suit entre :

d'une part,

- a) 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 plus loin dans le texte par « le Comité de l'assurance », premier contractant,

et d'autre part,

- b) le responsable au nom du pouvoir organisateur de l'hôpital « nom de l'hôpital », répondant aux critères fixés à l'article 6, deuxième contractant;
- c) les médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique attachés à l'hôpital « nom de l'hôpital », répondant aux critères fixés à l'article 7, représentés par le chef de service de la section chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, troisième contractant :

OBJECTIF DE LA CONVENTION

Article 1^{er}

La présente convention prévoit une intervention de l'assurance pour la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale par lambeau libre microchirurgical perforant et détermine les conditions et les modalités d'intervention de façon à réaliser les objectifs suivants :

- limiter les contributions personnelles (ticket modérateur + supplément) pour les patients à un montant raisonnable;
- la facturation des suppléments "esthétiques" lors de ces interventions est impossible, même en chambres à deux lits;
- les honoraires de l'équipe de chirurgiens plasticiens sont adaptés à la durée et à la complexité de l'opération et à l'intensité du suivi postopératoire ;
- garantir qu'en moyenne dans au moins 40% des interventions aucun supplément n'est attesté.

LES PRESTATIONS POUR LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE AUTOLOGUE : LIBELLE, CONDITIONS DE REMBOURSEMENT ET TARIFS

Article 2

La reconstruction mammaire autologue comporte 3 phases :

Phase 1 : La transplantation microchirurgicale de tissu

Phase 2 : Remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction du mamelon

Phase 3 : Tatouage du mamelon et de l'aréole.

Article 3 - Phase 1

a) Libellé

252652-252663	Reconstruction mammaire unilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur)
252674-252685	Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant, (y compris la fermeture du site donneur)
252696-252700	Reconstruction mammaire unilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs préalablement à l'intervention
252711-252722	Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs préalablement à l'intervention

Les lambeaux libres micro-chirurgicaux suivants entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance via les codes de prestation 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 et 252711-252722:

DIEP	Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Flap
SIEP	Superficial Epigastric Artery Perforator Flap
SGAP	Superior Gluteal Artery Perforator Flap
IGAP	Inferior Gluteal Artery Perforator Flap
LAP	Lumbar Artery Artery Perforator Flap
DCIAP	Deep Circumflex Iliac Artery Perforator Flap
TUG	Transverse Upper Gracilis Artery Perforator Flap (medial thigh)
PFAP	Profunda Femoris Artery Perforator Flap (posterior thigh)
TFLAP	Tensor fascia lata Artery Perforator Flap (lateral thigh)
ALT	Antero-lateral Thigh Artery Perforator Flap

b) Conditions de remboursement

Les prestations 252652-252663 et 252674-252685 n'entrent en ligne de compte pour un remboursement que si la reconstruction mammaire est réalisée après une intervention mutilante sur un ou deux seins à la suite d'un cancer du sein ou après mastectomie préventive en raison d'une prédisposition génétique au cancer du sein (mutation). L'indication de chirurgie ablative est posée dans le cadre d'une Consultation oncologique multidisciplinaire (COM). La décision de procéder à une reconstruction primaire est prise simultanément en concertation avec le chirurgien plasticien. En cas de reconstructions secondaire et tertiaire, le dossier médical comporte le dernier rapport COM disponible et un rapport d'une consultation oncologique en vue de l'intervention.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252652-252663 peut être octroyée au maximum une fois par sein et n'est due que si une des prestations 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227894-227905 a été remboursée au préalable ou simultanément.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252674-252685 peut être octroyée au maximum une fois et n'est due que si deux des prestations suivantes, identiques ou différentes, ont été remboursées au préalable ou simultanément : 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227894-227905.

Les prestations 252696-252700 et 252711-252722 n'entrent en ligne de compte pour un remboursement qu'après accord du Collège des médecins-directeurs obtenu conformément à la procédure mentionnée au point c) et si la reconstruction mammaire est faite :

1. suite à l'absence de tissu mammaire causé par le syndrome de Poland ;
2. suite à la perte totale du tissu mammaire :
 - après traumatisme sévère ;
 - après une nécrose si le rapport du chirurgien démontre la faisabilité de l'intervention ;
 - après une mastectomie totale comme traitement pour une infection sévère ;
 - après une mastectomie totale suite à des tumeurs bénignes volumineuses ou la maladie de Reclus.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252696-252700 peut être accordée au maximum une fois par sein.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252711-252722 peut être octroyée au maximum une fois.

Les prestations 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 et 252711-252722 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations suivantes de l'art. 14, c) NPS : 250176-250180, 250191-250202, 251856-251860, 251871-251882, 251893-251904, 251812-251823, 251834-251845, 251952-251963, 252571-252582.

c) Procédure

L'intervention de l'assurance pour les prestations 252696-252700 et 252711-252722 n'est possible qu'après l'accord préalable du Collège des médecins-directeurs. A cette fin, l'hôpital envoie par la poste le formulaire de demande standard dûment complété et signé, dont le modèle est établi par le Collège des médecins-directeurs, à l'organisme assureur du patient ainsi qu'au Collège des médecins-directeurs. Le formulaire destiné au Collège des médecins-directeurs doit être accompagné de photographies dont les lignes directrices sont basées sur celles de la Plastic Surgery Educational Foundation (PSEF). La décision prise par le Collège des médecins-directeurs est envoyée via la poste à l'organisme assureur et à l'hôpital. Si la décision est positive, la prestation peut être exécutée et facturée.

d) Honoraires

	Numéro de code		Honoraires	Intervention Ambulatoire		Intervention Hospitalisé	
	AMB	HOS		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K = 2,035887	252652	252663	= K 1.517	3.088,44	3.088,44	3.088,44	3.088,44
K = 2,035887	252696	252700	= K 1.517	3.088,44	3.088,44	3.088,44	3.088,44
K = 2,036035	252674	252685	= K 2.305	4.693,06	4.693,06	4.693,06	4.693,06
K = 2,036035	252711	252722	= K 2.305	4.693,06	4.693,06	4.693,06	4.693,06

Les honoraires pour les prestations concernant la reconstruction mammaire couvrent l'indemnisation pour le médecin pratiquant l'intervention et pour l'aide opératoire, en ce compris tous les actes en rapport avec le lipofilling et la liposuction.

Les dispositions relatives à l'anesthésiologie de l'art. 12 de la nomenclature des prestations de santé restent intégralement applicables aux prestations susmentionnées, en fonction de leur catégorie (valeur K).

Art. 4 - Phase 2 : Remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction du mamelon.

a) Libellé :

252733-252744	Reconstruction unilatérale de la plaque aréolo-mamelonnaire et remodelage d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'un extenseur tissulaire mammaire
252755-252766	Reconstruction bilatérale de la plaque aréolo-mamelonnaire et remodelage d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'un extenseur tissulaire mammaire
252770-252781	Remodelage complémentaire d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'un extenseur tissulaire mammaire

b) Conditions de remboursement

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252733-252744 est unique et ne peut être octroyée que si une des prestations 252652-252663 ou 252696-252700 a été effectuée au préalable ou simultanément.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252755-252766 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252674-252685 ou 252711-252722 a été remboursée au préalable.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252770-252781 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252733-252744 ou 252755-252766 a été remboursée au préalable.

Les prestations 252733-252744, 252755-252766 en 252770-252781 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 251672-251683, 251716-251720, 252490-252501, 252512-252523, 252571-252582 et/ou 252593-252604.

c) Honoraires

	Numéro de code				Honoraires	Intervention Ambulatoire		Intervention Hospitalisé	
	AMB	HOS				Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K = 2,036315	252733	252744	= K	336	684,20	684,20	684,20	684,20	684,20
K = 2,036315	252755	252766	= K	391	796,20	796,20	796,20	796,20	796,20
K = 2,036315	252770	252781	= K	168	342,10	342,10	342,10	342,10	342,10

Les honoraires pour ces prestations couvrent l'indemnisation pour le médecin pratiquant l'intervention et pour l'aide opératoire, en ce compris tous les actes en rapport avec le lipofilling et la liposuction.

Les dispositions relatives à l'anesthésiologie de l'art. 12 de la nomenclature des prestations de santé restent intégralement applicables aux prestations susmentionnées, en fonction de leur catégorie (valeur K). L'implant mammaire peut être porté en compte conformément aux dispositions de la Liste des prestations d'implants et de dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Art. 5 - Phase 3 : Tatouage du mamelon et de l'aréole.

a) Libellé :

252792-252803	Tatouage unilatéral de la région aréolaire par le chirurgien plasticien ou sous sa supervision
252814-252825	Tatouage bilatéral de la région aréolaire par le chirurgien plasticien ou sous sa supervision

b) Conditions de remboursement

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252792-252803 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252652-252663 ou 252696-252700 a été remboursée au préalable.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252814-252825 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252674-252685 ou 252711-252722 a été remboursée au préalable.

Les prestations 252792-252803 et 252814-252825 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 252615-252626

c) Honoraires

	Numéro de code				Honoraires	Intervention Ambulatoire		Intervention Hospitalisé	
	AMB	HOS				Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K = 1,349114	252792	252803	= K	72	97,14	97,14	97,14	97,14	97,14
K = 1,349114	252814	252825	= K	144	194,27	194,27	194,27	194,27	194,27

CRITERES AUXQUELS L'ETABLISSEMENT DE SOINS DOIT SATISFAIRE

Article 6

Seuls les établissements de soins disposant d'une clinique du sein coordinatrice agréée telle que visée à l'arrêté royal du 26 avril 2007 fixant les normes auxquelles le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein et le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doivent répondre pour être agréés peuvent adhérer à la présente convention. Les prestations mentionnées aux articles 3, 4 et 5 peuvent également être effectuées dans les cliniques du sein satellite, agréées conformément à l'AR du 26 avril 2007 susmentionné, qui a conclu un accord de collaboration avec la clinique du sein coordinatrice d'un centre qui a adhéré à la convention, à condition que le responsable du pouvoir organisateur de l'hôpital disposant d'une clinique du sein satellite, cosigne la présente convention et que le chirurgien en charge de l'intervention soit lié au centre coordinateur et respecte toutes les conditions mentionnées dans la présente convention.

En outre, l'établissement de soins doit disposer d'un contrôle de qualité interne et externe assorti d'une évaluation obligatoire de la satisfaction des patients.

L'établissement de soins dispose au moins deux médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique en service qui satisfont aux critères mentionnés à l'article 7. La justification de leur activité effective est donnée en transmettant à l'INAMI les conventions avec les prestataires de soins concernés.

CRITERES AUXQUELS LE MEDECIN TRAITANT SPECIALISTE DOIT SATISFAIRE

Article 7

Les prestations de la présente convention ne peuvent être portées en compte que par les médecins qui sont agréés comme médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et qui sur la base de leur CV peuvent prouver une qualification particulière en reconstructions mammaires selon la méthode du lambeau libre perforant. La qualification particulière doit être démontrée dans une déclaration sur l'honneur de la part du chirurgien dans laquelle il précise les points suivants :

- a) le nombre d'interventions visées à l'article 3 qu'il/elle a exécutées lui-même/elle-même.
- b) le nombre d'interventions visées à l'article 3 qu'il/elle a exécutées en tant qu'assistant(e).

Outre le nombre minimum d'interventions mentionné aux points a) et b) du présent article, il y a lieu accessoirement de démontrer et de préciser un des deux points suivants :

- c) les formations en lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivies à l'intérieur du pays et/ou à l'étranger;
- d) les éventuelles publications et/ou la collaboration à des publications concernant la reconstruction mammaire (et en particulier les lambeaux libres microchirurgicaux perforants dans une revue évaluée par des pairs).

L'établissement de soins communique au plus tard le jour de la signature au Service des soins de santé de l'INAMI les noms des médecins spécialistes mentionnés à l'art. 7, avec les déclarations sur l'honneur concernant leur qualification particulière et la justification de leur activité effective comme mentionné à l'article 6..

Toute modification concernant le statut de ces médecins spécialistes est communiquée au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

ENGAGEMENTS DU PREMIER CONTRACTANT

Article 8

Le Service s'engage à publier le contenu de la présente convention via le site web de l'INAMI et, après évaluation, la liste des établissements de soins contractants qui satisfont aux critères mentionnés à l'article 6, ainsi que des chirurgiens plasticiens y attachés qui ont apporté la preuve de leur qualification, tel que le mentionne l'article 7.

ENGAGEMENTS DES DEUXIEME ET TROISIEME CONTRACTANTS

Article 9 - Honoraires supplémentaires

Les honoraires supplémentaires (non remboursables par l'assurance maladie obligatoire) pour les médecins spécialistes qui procèdent et assistent à l'opération d'une patiente en chambre individuelle peuvent s'élever à maximum 100 % des honoraires mentionnés à l'article 3. Il est remarqué que la présente convention ne garantit pas que les polices des assureurs complémentaires assurent la prise en charge partielle ou totale des honoraires supplémentaires.

Conformément à l'art. 152, § 2, 2°, de la Loi sur les hôpitaux, les honoraires supplémentaires visés au précédent alinéa sont fixés dans la réglementation générale de l'hôpital contractant. L'hôpital démontre également que dans la réglementation générale, les honoraires supplémentaires pour les prestations relatives aux interventions visées dans la présente convention ne sont pas augmentés. Les extraits correspondants sont ajoutés en annexe à la présente convention.

Pour les prestations couvertes par les honoraires mentionnés aux articles 3, 4 et 5, aucun autre supplément d'honoraires ne peut être porté en compte en dehors du supplément maximum mentionné à l'alinéa 1^{er}, que la reconstruction ait été exécutée en un seul temps ou en plusieurs temps opératoires.

Article 10 - Choix du type de chambre

En aucune manière il ne peut être fait pression sur la patiente pour se faire hospitaliser dans une chambre individuelle. L'hôpital ajoute en annexe à la présente convention, les données suivantes par rapport à l'année précédent la signature de la présente convention :

- le nombre de patients qui ont demandé à être hospitalisé dans une chambre commune ou à deux lits ;
- le nombre de patients qui ont demandé à être hospitalisé dans une chambre individuelle.

Les suppléments en chambre ordinaire visés à l'article 97 de la Loi sur les hôpitaux sont d'application.

Article 11 - Le consentement éclairé

La patiente doit donner son consentement éclairé préalablement à l'intervention. Elle est informée concernant l'intervention et les conséquences de son choix pour l'admission en chambre simple sur base d'une brochure rédigée par l'établissement de soins en concertation avec la profession, dans laquelle sont rassemblées toutes les informations médicales et financières utiles, de sorte que la patiente puisse refuser ou autoriser l'intervention et puisse décider du choix de la chambre en connaissance de cause.

Article 12 - Devis et formulaire d'admission

Un devis écrit et un projet de formulaire d'admission sont remis à la patiente au plus tard 7 jours avant l'intervention. Lors de l'établissement de ce devis, il est tenu compte du choix de la chambre et des dispositions de l'article 9 ('honoraires supplémentaires') de la présente convention.

Article 13 - Acomptes

Sans préjudice des dispositions dans la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs par rapport aux acomptes pour les frais de séjour, les acomptes sur les honoraires ne peuvent être réclamés que s'ils sont mentionnés dans le devis écrit et uniquement sur les montants à charge du patient à raison de maximum 50% du supplément d'honoraire et avec un m maximum de 1250 euros. A cette fin la procédure de l'article 53, § 1/1 de la loi SSI sera suivie.

EVALUATION

Article 14

La présente convention fera l'objet d'une évaluation annuelle par un GT ad hoc de la CNMM composé de représentants des parties contractantes, les membres du Collège des médecins directeurs et de représentants des organismes assureurs, qui a pour but de considérer l'application sur le terrain de la présente convention à la lumière des objectifs mentionnés en son point 1 de la présente convention. Ceci implique : 1° la récolte et l'interprétation de toutes les informations sur la base de constatations, plaintes, statistiques, avis de presse, ... et 2° le cas échéant, formulation de recommandations en vue d'adapter la convention. Y seront également associés les assureurs complémentaires. Les résultats du GT sont soumis à la CNMM, au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance.

Après évaluation, le Collège des médecins directeurs peut proposer d'adapter la liste des affections exceptionnelles, reprise dans l'article 3, b) de la présente convention, en fonction des demandes introduites qui ont été approuvées pour le remboursement sur base de leur caractère particulièrement digne d'intérêt, et qui ont un caractère répétitif.

La première évaluation aura lieu avant la fin 2017, sur base de l'information des 6 premiers mois.

LITIGES

Article 15

La CNMM prend connaissance de tout type de différend ou de désaccord relatif à la reconstruction mammaire autologue et peut être saisi par les patients, les organismes assureurs et les hôpitaux pour les résoudre.

DELAI DE VALIDITE DE LA CONVENTION

Article 16

La présente convention, dûment signée, produit ses effets le 1^{er} jour du mois qui suit celui de la signature

La présente convention est conclue pour une période à durée indéterminée. Elle peut être dénoncée par toutes les parties moyennant le respect d'un préavis de 6 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle prend fin directement à partir du moment où le centre ne répond plus aux critères mentionnés à l'article 6.

Fait en trois exemplaires, à Bruxelles, le

Le responsable au nom du pouvoir organisateur, Le Fonctionnaire dirigeant,

Xxxxxxx
xxxxx

Dr H. DE RIDDER
Directeur général

Le médecin en chef de l'hôpital

Le médecin-spécialiste, coordinateur de la
clinique du sein de coordination

Xxxxxxx
Xxxxx

Xxxxxxx
Xxxxx

Le chef de service du Service Chirurgie
plastique

Le responsable au nom du pouvoir
organisateur de l'hôpital qui dispose d'une
clinique du sein satellite lié à la clinique du sein
coordinatrice mentionné ci-dessous,

Xxxxxxx
Xxxxx

Xxxxxxx
Xxxxx