**Candidature en vue de figurer dans la liste des établissements hospitaliers pour les prestations 228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340 relatives à la** **chirurgie complexe pour les tumeurs de l'œsophage, les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques.**

* À envoyer dûment complété, signé et accompagné des annexes demandées, avant le 31 mars 2019, à l’adresse suivante :

**INAMI, Service des soins de santé**

**À l'attention de Mme Tara Bouwens**

**Avenue de Tervueren 211**

**1150 Bruxelles**

1. ***L'établissement hospitalier qui se porte candidat***
2. ***Identification de l'établissement hospitalier***

Nom de l'établissement hospitalier : ……………………………………………………….......................

N° d’identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Campus :……………………………………………………………………………………………………….

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro : ………………….……………..………………….…………………………………………

Code postal et commune : …………………………………………………………………………………..

1. ***Identification du gestionnaire responsable de l'établissement hospitalier qui se porte candidat :***

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………………...

Adresse électronique : ………………………………………………………………………………………

1. ***Identification du directeur médical de l'établissement hospitalier qui se porte candidat :***

Nom et prénom : ………………………………………………………..……….…………………………...

Adresse électronique :………………………………………………………………………………………..

1. ***Personne de contact en cas de questions administratives éventuelles :***

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………………..……………...

Adresse électronique : ………………………………………………………………………………………..

Tél.:……………………………………………………………………………………………………………...

1. ***Expérience de l'établissement hospitalier***

L'établissement hospitalier a réalisé en 2016, 2017 ou 2018:

au moins 20 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228012-228023, 228174-228185, 228233-228244 ou 228255-228266) (\*) ;

au moins 10 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228012-228023, 228174-228185, 228233-228244 ou 228255-228266) et s’il a conclu un accord de coopération avec un établissement de soins qui a effectué au moins 10 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228012-228023, 228174- 228185, 228233-228244 ou 228255-228266). L'accord de coopération indique dans quelle institution de soins les prestations visées à l'article 4.1. seront concentrées à partir du 1er janvier (\*) ;

* *(\*) À préciser dans le formulaire figurant à l'annexe 1 selon la date et le dispensateur de soins*

1. ***Lorsqu'un accord de coopération a été conclu avec un établissement de soins au sens de l'article 5.2, point b) de l'accord [[1]](#footnote-1):***

Nom de l'établissement hospitalier 1 : ..…………………………………………………………………….

N° d’identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

1. ***Expérience de l'équipe soignante***

Au centre, il peut être faire appel à :

une équipe soignante référente ayant de l'expérience dans les problèmes spécifiques aux techniques chirurgicales et aux résultats attendus ;

des praticiens de l’art infirmier ayant une expérience spécifique en management infirmier du trajet pré- et postopératoire en chirurgie majeure de l’œsophage ainsi qu’en management infirmier des complications ;

des praticiens de l’art infirmier compétents en soins aux patients ayant subi une intervention gastro-intestinale et oncologique majeure ;

des soins infirmiers fréquents aux patients de manière à identifier les symptômes d'alarme à temps.

1. ***Agrément programme de soins d'oncologie***

Disposez-vous de l'agrément pour le programme de soins d'oncologie visé à 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 ?

Oui  Non ☐

1. ***Identification et composition de l'équipe***

*🡪 (si d'autres médecins spécialistes participent, vous pouvez ajouter leurs données en annexe)*

1. ***Au moins deux médecins spécialistes en chirurgie dotés d'une expertise dans la chirurgie oncologique et non oncologique de l’œsophage:***

Médecin spécialiste en chirurgie 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………………..……………...

Adresse électronique : ………………………………………………………………………………………..

Numéro INAMI : ...……..……………………………………………………………………………………...

Formations/Publications pertinentes (avec références) :

…………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Médecin spécialiste en chirurgie 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………………..……………...

Adresse électronique : ………………………………………………………………………………………..

Numéro INAMI : ...……..……………………………………………………………………………………...

Formations/Publications pertinentes (avec référence) :

…………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. ***Au moins deux médecins spécialistes en gastroentérologie possédant une qualification professionnelle particulière en oncologie OU médecins spécialistes portant un titre professionnel particulier en oncologie médicale :***

Médecin spécialiste 1 :

possédant une qualification professionnelle particulière en oncologie

portant un titre professionnel particulier en oncologie médicale

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : ……………………………………………………………………………………

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Médecin spécialiste 2 :

possédant une qualification professionnelle particulière en oncologie

portant un titre professionnel particulier en oncologie médicale

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : …………………………………………………………………………….……..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

1. ***Au moins deux médecins spécialistes en radiodiagnostic possédant une formation et ayant de l'expérience dans la radiologie interventionnelle, ci-après dénommés « radiologues interventionnels » et possédant une experience en matière d’urgences thoraciques et gastro-intestinales :***

Médecin spécialiste en radiodiagnostic 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : ……………………………………………………………………………….…..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Médecin spécialiste en radiodiagnostic 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : ………………………………………………………….………………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

1. ***Au moins deux médecins spécialistes en gastroentérologie ayant de l'expérience dans l'endoscopie interventionnelle de l'appareil digestif par voie orale :***

Médecin spécialiste en gastroentérologie 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : ……………………………………………………………………….…………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Médecin spécialiste en gastroentérologie 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………………………….…...

Adresse électronique : ….………………………………………………………………………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

1. ***Au moins deux médecins spécialistes portant un titre professionnel particulier en soins intensifs :***

Médecin spécialiste en soins intensifs 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…….………………...….………...

Adresse électronique : ……………………………………………………….……………………………..

Numéro INAMI :……………………………………………………………………………………………...

Médecin spécialiste en soins intensifs 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………………….…………...

Adresse électronique : ………………………………………………………………………….………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

1. ***Au moins deux médecins spécialistes en anesthésie-réanimation ayant de l'expérience dans la chirurgie thoracique et digestive :***

Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..………………………….………...

Adresse électronique : …………………………………………………………………………………...

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : ……………………………………………………………………………….…..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

1. ***Au moins un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie ayant une expérience en chirurgie oncologique du farynx et du hypofarynx***

Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie:

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………………………….…...

Adresse électronique : …………………………………………………………………………………...

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

1. ***Identification et composition de l'équipe « consortium » :***
2. ***Au moins deux médecins spécialistes en anatomie pathologique ayant de l'expérience dans le diagnostic des tumeurs de l’œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne:***

Médecin spécialiste en anatomie pathologique 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………….……………………...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

Médecin spécialiste en anatomie pathologique 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………….……………...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

1. ***Au moins deux médecins spécialistes ayant de l'expérience dans le radiodiagnostic avec une activité principale (> 50 % ETP) en imagerie abdominale et thoracique et ayant de l'expérience dans les affections oesophagiennes, y compris le cancer. (il peut également s'agir des radiologues interventionnels, visés ci-dessus au point II, c) :***

Médecin spécialiste en radiodiagnostic 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………….…………………...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

Médecin spécialiste en radiodiagnostic 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..……………….…………………...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

1. ***Au moins trois médecins spécialistes en radiothérapie oncologique :***

Médecin spécialiste en radiothérapie oncologique 1 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

Médecin spécialiste en radiothérapie oncologique 2 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

Médecin spécialiste en radiothérapie oncologique 3 :

Nom et prénom : ………………………………………………………..…………………………….……...

Adresse électronique : …………………………………………………………….……………………..

Numéro INAMI :…………………………………………………………………………………………...

Établissement hospitalier :……………………………………………………………………………….

1. ***Engagements***

L'établissement hospitalier s'engage à :

- informer le Service des soins de santé de tout changement dans la composition de l'équipe par courriel à l'adresse suivante :

sec\_dir\_med@riziv-inami.fgov.be ;

- permettre à tous les délégués de l'INAMI, de l'équipe d'audit et des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires dans le cadre de la mise en œuvre de cet accord.

1. ***Annexe à joindre :***
2. **Un aperçu du nombre d'interventions de type duodéno-pancréatectomies (cf. annexe 1).**
3. **Un plan de développement clair et détaillé dans lequel l'hôpital indique de quelle manière la capacité supplémentaire, tant pour l'augmentation des interventions chirurgicales que pour la tenue de la consultation multidisciplinaire, sera organisée dans les prochaines années (cf. annexe 2).**
4. **Une copie de l'accord de coopération avec les établissements hospitaliers, comme mentionné à l’article 5.2, b) et c), indiquant dans quelle établissement hospitalier les prestations visées à l'article 4.1. seront concentrées à partir du 1er janvier 2020.**

Les soussignés confirment :

* + - avoir pris connaissance de l'accord entre le Comité de l’assurance du Service des soins de santé de l’INAMI et les établissements hospitaliers agréés pour le remboursement de la chirurgie complexe du pancréas pour des affections bénignes, prémalignes et malignes du pancréas et/ou de la région périampullaire ;
    - que les informations ci-dessus et les annexes (modèles, accord de coopération) ont été complétées de manière complète et correcte.

Fait à (lieu) ……………………………..le (date)………./………./………

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable au nom du pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier qui se porte candidat

Nom, prénom, signature et cachet du directeur médical de l'établissement hospitalier qui se porte candidat

**ANNEXE 1**

**Candidature en vue de figurer dans la liste des établissements hospitaliers pour les prestations 228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340 relatives à la chirurgie complexe pour les tumeurs de l'œsophage, les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques.**

**Aperçu du nombre d’interventions effectuées au niveau de l’oesophage**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hôpital où à lieu l’intervention** | **Date de l’intervention** | **Prestation (code)** | **Chirurgien 1** | **Chirurgien 2** |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
| **Hôpital où à lieu l’intervention** | **Date de l’intervention** | **Prestation (code)** | **Chirurgien 1** | **Chirurgien 2** |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |
|  |  | Kies een item. |  |  |

**ANNEXE 2**

**Candidature en vue de figurer dans la liste des établissements hospitaliers pour les prestations 228270-228281, 228292-228303, 228314-228325 et 228336-228340 relatives à la chirurgie complexe pour les tumeurs de l'œsophage, les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques.**

**Plan de développement**

**Prévisions**

1. Avec quels établissements de soins avez-vous conclus des accords formels en ce qui concerne le renvoi, le diagnostic et le traitement des patients et formez vous un consortium ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Quelle est la croissance prévue du nombre d’interventions cette année et les 2 années suivantes et éventuellement au cours des années ultérieures ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Quelle est la motivation de ces prévisions ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Disponibilité**

1. Quelles sont les disponibilités des chirurgiens expérimentés pour effectuer le nombre croissant d’interventions ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Comment entendez-vous procéder pour assurer la disponibilité de ces chirurgiens ? (par ex. transferts d’interventions moins complexes vers d’autres hôpitaux...)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Le taux d’occupation du bloc opératoire permet-il d’effectuer le nombre d’interventions supplémentaires prévues ? Comment cela sera-t-il réalisé ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Disposez-vous des lits « soins intensifs » hautement spécialisés requis ? Sinon, qu’avez-vous prévu en la matière ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Organisation des protocoles pré-, per- et postopératoires.**

1. Pouvez-vous expliquer comment les protocoles pré-, per- et postopératoires seront organisés et comment ils seront adaptés à la croissance prévue ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Pouvez-vous indiquer comment les permanences et les services de garde seront harmonisés par rapport à la concentration des soins et comment cela sera réalisé ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Quels accords de renvoi avez-vous déjà conclus avec les établissements hospitaliers au sein du consortium ainsi qu’avec les établissements hospitaliers disposant du programme de soins de base en oncologie ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

1. Pouvez-vous indiquer de quelle manière il sera veillé à la qualité du centre lors de l’extension ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Si votre centre a conclu un accord de coopération avec un ou deux autres établissements hospitaliers pour remplir le critère d’adhésion, vous devez joindre cet accord en annexe au présent formulaire de demande. Vous devez également préciser ci-après le planning de sorte que toutes les interventions prévues à l’article 4.1. de la convention soient effectuées dans votre centre à partir du 1er janvier 2020.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Remarques/informations supplémentaires éventuelles :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 5.2. Le centre peut adhérer à l'accord si, en 2016, 2017 ou 2018, il a réalisé :

   1. au moins 20 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228012-228023, 228174-228185, 228233-228244 ou 228255-228266);
   2. au moins 10 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228012-228023, 228174-228185, 228233-228244 ou 228255-228266) et s’il a conclu un accord de coopération avec un établissement de soins qui a effectué au moins 10 interventions au niveau de l'œsophage (prestations 228012-228023, 228174- 228185, 228233-228244 ou 228255-228266). L'accord de coopération indique dans quelle institution de soins les prestations visées à l'article 4.1. seront concentrées à partir du 1er janvier 2020.

   ; [↑](#footnote-ref-1)