

Convention entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI et les établissements hospitaliers agréés en vue de la prise en charge du programme de soins multidisciplinaire coordonné pour la dialyse hépatique

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

Sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, instituée 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 soins de santé, ci-après dénommé « Comité de l'assurance », premier contractant,

et, d'autre part, le pouvoir organisateur de l'hôpital, second contractant :

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}

La présente convention vise à définir les modalités d'une approche multidisciplinaire des patients en dialyse hépatique. Un programme de soins multidisciplinaire implique, d'une part, que les missions remplies par les dispensateurs de soins sont combinées et coordonnées et, d'autre part, que l'intégration des dimensions médicale et paramédicale est garantie pour les patients. Chaque phase diagnostique et/ou thérapeutique est posée en concertation par les membres de l'équipe, décrits à l'article 4. Compte tenu des droits du patient, il est désigné a priori un interlocuteur qui assure le contact avec le patient.

DÉFINITION DES CONTRACTANTS HOSPITALIERS

Article 2

Peuvent adhérer à la présente convention, les établissements hospitaliers agréés disposant d'un centre de dialyse agréé et d'un centre de transplantation agréé comme service médical conformément aux dispositions de l'AR du 23 juin 2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et dans lequel des transplantations hépatiques ont été réalisées en 2005. Les patients en insuffisance hépatique y sont traités dans le cadre d'un programme de soins multidisciplinaire visé à l'article 23 de la loi AMI coordonnée.

BÉNÉFICIAIRES VISÉS PAR LA PRÉSENTE CONVENTION

Article 3

Entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base de la présente convention multidisciplinaire, les bénéficiaires atteints de troubles hépatiques sévères compliqués dans l'attente d'une transplantation hépatique et appartenant à l'une des catégories suivantes :

1) *Acute-on-chronic liver failure*, définie comme décompensation hépatique clinique récente chez un patient atteint de cirrhose (fondée sur la base d'une biopsie du foie ou indirectement par imagerie et examens cliniques), dans laquelle un facteur déclenchant est identifié (comme une infection, une hémorragie,...) et une cholestase intrahépatique est constatée (bilirubine \geq 12 mg/dL), à l'exception des situations suivantes :

- une infection bactérienne non contrôlée ;
- dans les 48h après une hémorragie gastro-intestinale élevée ;
- une pression artérielle moyenne de $<$ 60mmHg malgré un traitement par vasopresseurs ;
- une thrombocytopénie \leq 50.000 ;
- une coagulopathie sévère (INR $>$ 2.3).

2) une cirrhose biliaire primaire accompagnée de démangeaisons non traitables.

3) insuffisance hépatique aiguë après une chirurgie hépatobiliaire étendue.

4) *primary non-function* après une transplantation hépatique.

Conformément à l'article 1^{er}, 17°, de l'AR du 29 décembre 1997, le champ d'application de la présente convention a trait, jusqu'au 31 décembre 2007 inclus, uniquement au régime général.

À compter du 1^{er} janvier 2008 toutefois, les travailleurs indépendants disposeront des mêmes droits que les bénéficiaires du régime général pour tout ce qui concerne les soins de santé.

LE PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE POUR LES PATIENTS EN DIALYSE HÉPATIQUE

Article 4

Les patients qui entrent en ligne de compte pour l'intervention sont des patients dans l'attente d'une transplantation hépatique pour lesquels une concertation multidisciplinaire est tenue entre un spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, un interniste, gastro-entérologue ou pédiatre bénéficiant d'une expérience en hépatologie, un interniste ou un pédiatre attestant de connaissances et d'expérience particulières en néphrologie, le chirurgien du centre de transplantation et l'infirmier concerné A1, permettant de dispenser au patient les meilleurs soins possibles. Le cas échéant, un accompagnement psychosocial est prévu.

LES PRESTATIONS DE DIALYSE HÉPATIQUE : DÉFINITION ET PRIX

Article 5

Comme le mentionne l'article 2, la dialyse doit être réalisée dans un hôpital qui est équipé d'un centre de dialyse agréé et d'un centre de transplantation agréé comme service médical.

L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût du matériel de consommation utilisé lors de la réalisation d'une dialyse de détoxification dans le cadre d'une pathologie hépatique est fixée via une déclaration d'accord catégorie 3 de l'art. 35bis de la nomenclature des prestations de santé.

L'intervention prévue dans la présente convention couvre la prestation médicale « dialyse de détoxification », qui consiste en l'élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine, pour les groupes de patients définis à l'article 3. Elle est de 400 € par séance.

Cette intervention ne peut être cumulée à une prestation d'hémodialyse médicale ni à une intervention forfaitaire pour l'hémodialyse. Elle sera facturée sous le pseudo-code 761972 – 761983.

Dans le cadre de cette expérience, un système de dialyse hépatique donné nécessitera de l'albumine en forte concentration dont la prise en charge est organisée par l'AR du 21 décembre 2001 relatif à l'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

(cf. les spécialités pharmaceutiques, inscrites au § 3, point 7, du chapitre IV de l'annexe 1 à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques).

Comme l'indique l'article 4, la prestation médicale est suivie dans un cadre multidisciplinaire.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

Article 6

Le second contractant s'engage, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, à ne porter en compte aucune prestation de dialyse hépatique pour les bénéficiaires qui ne répondraient pas à la convention.

Article 7

Le responsable de l'établissement s'engage à ne porter en compte au bénéficiaire, pour les prestations médicales liées à la dialyse hépatique, aucun honoraire supérieur aux tarifs découlant de l'application des articles 42 et 50 de la loi AMI coordonnée.

Article 8

L'établissement conserve les justificatifs des dépenses et les tient à la disposition de l'INAMI.

DISPOSITION SPÉCIALE

Article 9

Le budget des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé se fonde, pour les prestations médicales de dialyse hépatique, sur un nombre de 250 séances de dialyse sur une base annuelle en Belgique.

Afin de permettre au Service des soins de santé de suivre annuellement le nombre de séances faisant l'objet d'une intervention de l'assurance, les contractants hospitaliers remettront un rapport annuel descriptif au Conseil technique médical ainsi qu'au Comité de l'assurance.

Il est indiqué, au point 7.2. de la déclaration d'accord « Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût du matériel de consommation utilisé lors de la réalisation d'une dialyse de détoxification dans le cadre d'une pathologie hépatique », que le BLIC (*Belgian Liver and Intestinal Transplantation Committee*) et le groupe de travail « Urologie et néphrologie, chirurgie de l'abdomen et pathologie du système digestif, chirurgie plastique et reconstructrice » du Conseil technique des implants rédigeront un rapport sur la base des données collectées (et de la littérature scientifique y afférente). Le Conseil technique des implants transmettra ensuite ce rapport au Conseil technique médical.

Le Conseil technique médical évalue l'évolution du dossier à la lumière des dernières conclusions scientifiques après deux années, et en fait rapport à la Commission nationale médico-mutualiste qui, à son tour, rend un avis pour le Comité de l'assurance.

DÉLAI DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 10

La présente convention, dûment signée, prend effet le

La présente convention est valable pour trois ans, mais peut toujours être dénoncée par une des parties à l'aide d'un recommandé adressé à l'autre partie, sous réserve d'un délai de préavis de trois mois qui prend effet le premier jour du mois qui suit la date d'envoi du recommandé.

Elle vient à expiration sans délai :

- le jour où l'assurance obligatoire soins de santé prévoit, via la nomenclature des prestations de santé, une intervention pour la dialyse hépatique.
- à partir du moment où le centre ne satisfait plus aux dispositions fixées à l'article 2 et/ou 4 de la présente convention. Il appartient au pouvoir organisateur de l'hôpital de communiquer tout changement, sans délai, au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à toutes les parties concernées à commencer par les patients-bénéficiaires.

Le Fonctionnaire dirigeant qui constate ces manquements informe les organismes assureurs que ledit centre ne bénéficie pas d'une intervention pour cette prestation.

Établi en double exemplaire, à Bruxelles, le

Pour l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI,

Le responsable au nom du pouvoir organisateur,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Pour prise de connaissance,

Dr H. DE RIDDER
Directeur général.