

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 EN CAS DE SYNDROME D'OBESEITE-HYPOVENTILATION, CONCLUE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET «POUVOIR ORGANISAT» 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,

«POUVOIR_ORGANISAT»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 qui assure au sein du «SERVICE» de «ZIEKENHUIS»«CAMPUS» l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile en cas de syndrome d'obésité hypoventilation 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 ».

Plus loin dans cette convention le « syndrome d'obésité-hypoventilation » est désigné par l'acronyme « SOH ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 2.

La présente convention définit notamment les conditions concernant les bénéficiaires et l'établissement au sens de la convention, la prestation prévue - pour laquelle une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est possible - ainsi que ses 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 référents, 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 A DEUX NIVEAUX.

Article 3.

Les patients présentant un SOH répondant aux conditions du présent article sont considérés comme bénéficiaires au sens de la présente convention et entrent en compte pour l'instauration et le suivi ultérieur d'une AVD par pression positive à deux niveaux (= BiPAP) et pour une intervention de l'assurance soins de santé pour la prestation décrite aux articles 5 et 6.

Il s'agit de patients présentant un SOH 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, et

- 1) qui ne présentent pas un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère (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 détériore pas substantiellement en comparaison avec les PSG précédentes.

Tous les tracés polysomnographiques sont conservés.

Une AVD par BiPAP à l'essai doit pour chaque bénéficiaire conduire à une amélioration substantielle des valeurs gazométriques anormales mesurées précédemment, objectivée à l'aide d'une mesure de la PCO₂ de jour ou nocturne continue transcutanée et d'une mesure de la saturation en oxygène. Les résultats de ces mesures sont conservés au dossier.

Article 4.

Pour une première prolongation de l'AVD chez un des bénéficiaires visés à l'article 3, 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. Avant 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. 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 une attention particulière est cependant toujours accordée à leur observance. En cas de doute quant à cette observance, 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, 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.

LA PRESTATION REMBOURSABLE PREVUE.

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 à l'article 3, sous la responsabilité médicale partagée du médecin prescripteur de l'établissement, du médecin généraliste et du médecin spécialiste référent.

Article 6.

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 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.
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 référent sont impliqués dans cette surveillance.
 - b) La disponibilité permanente de l'établissement.
- 3) La reprise de l'appareillage à la fin de la thérapie.

HONORAIRES ET PRIX DE LA PRESTATION PREVUE AUX ARTICLES 5 ET 6.

Article 7.

Les honoraires et prix de l'AVD nocturne par BiPAP (8/24 heures) sont fixés forfaitairement par 24 heures à 7,52 euros, dont 3,74 euros ne sont pas indexables

Article 8.

La partie indexable de chacun des honoraires et prix mentionnés à l'article 7, qui couvre de manière forfaitaire les frais de personnel – y compris ceux des médecins - 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 7, 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 9.

L'établissement au sens de cette convention est une unité fonctionnelle au sein de *##dénomination de l'hôpital et éventuellement du site d'un hôpital fusionné##* qui répond à toutes les conditions reprises ci-dessous :

- 1) il avait conclu avant le 31 décembre 2006 une convention de rééducation fonctionnelle incluant le traitement par nCPAP de bénéficiaires présentant un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) ;
- 2) il satisfait aux conditions pour la conclusion à partir du 1^{er} janvier 2008 d'une convention de rééducation fonctionnelle relative au diagnostic du SAOS et à son traitement par nCPAP, et il a conclu à ce titre une nouvelle convention ;
- 3) il a également instauré ou suivi en 2005 ou en 2006 l'AVD dans le cadre de la convention alors en vigueur, soit par BiPAP soit par encore une autre technique d'AVD que la nCPAP, chez au moins 1 patient

Toutefois, à titre exceptionnel, une unité fonctionnelle qui répond à toutes les conditions reprises ci-dessous peut également être considérée comme établissement au sens de cette convention :

- 1) avoir conclu avant le 31 décembre 2006 une convention de rééducation fonctionnelle n'incluant pas le traitement par nCPAP de patients présentant un SAOS, mais visant exclusivement l'instauration et le suivi d'AVD chez d'autres patients et ce, tant par BiPAP que par une autre technique d'AVD ;
- 2) ne pas satisfaire à toutes les conditions pour la conclusion à partir du 1^{er} janvier 2008 d'une convention de rééducation fonctionnelle relative à l'instauration et le suivi d'AVD chez des patients autres que ceux présentant un SAOS ;
- 3) être intégré dans (le site d'un) établissement hospitalier qui dispose d'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. Cette obligation peut à titre d'exception dûment motivée continuer à être déléguée par contrat à un autre service d'un établissement hospitalier proche ;
- 4) avoir instauré et suivi en 2005 ou en 2006 l'AVD, soit par BiPAP soit par une autre technique d'AVD, chez au moins 1 patient.

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.

PROCEDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR L'INTERVENTION DANS LA PRESTATION PREVUE A LA PRESENTE CONVENTION.

Article 10.

Sous réserve de modifications légales relatives aux demandes et accords pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, la prestation prévue aux articles 5 et 6 de la présente convention n'entre 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 11.

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 12.

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 13.

Un accord d'intervention pour la prestation mentionnée aux articles 5 et 6 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 14.

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. 7 de la présente convention par bande magnétique de l'établissement hospitalier duquel l'établissement fait partie.

Les prix et honoraires fixés à l'article 7 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 BiPAP pour son SOH les prix et honoraires de la BiPAP nocturne (8/24 heures) mentionnés à l'article 7 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 15.

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 16.

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 17.

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 26 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 18.

S'il n'est pas respecté à temps, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé à l'article 17 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 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 19.

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 20.

En l'absence de réaction adéquate et dans le délai aux manques visés à l'article 19, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé à l'article 17, 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 21.

Uniquement un respect finalement correct et complet de l'engagement visé à l'article 17 lève une suspension d'office visée aux articles 18 et 20. Dans ce cas, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

DISPOSITIONS A CARACTERE GENERAL

Article 22.

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 7 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 la prestation décrite aux articles 5 et 6 de la présente convention.

Article 23.

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 24.

Sans préjudice de l'article 14, dernier alinéa, de la présente convention, l'établissement ayant fourni le rapport médical prévu à l'article 11, 2^{ème} alinéa, assume toute autre responsabilité légale et réglementaire inhérente à l'AVD du bénéficiaire.

Article 25.

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 26.

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 par BiPAP pour le traitement du SOH.

Ce Conseil d'accord comprend :

- d'une part, les médecins responsables des établissements conventionnés, qui peuvent décider de désigner parmi eux une délégation ;
- 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.

Le Conseil d'accord prévu par la présente convention peut se réunir avec le Conseil d'accord en matière de médecine du sommeil et/ou avec le Conseil d'accord en matière d'AVD.

PERIODE D'EFFETS DE LA PRESENTE CONVENTION.

Article 27.

La présente convention faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets au 1er janvier 2008.

La convention est valable jusqu'au 31 décembre 2009 inclus, sauf dénonciation avant cette date par l'une des parties - quel qu'en soit le motif, donc aussi pour des raisons qui ne sont pas mentionnées dans la convention - par lettre recommandée adressée à l'autre partie, en tenant compte d'un délai de préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Article 28.

Sans préjudice des dispositions transitoires mentionnées à l'article 29, 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.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 29.

Les demandes d'un bénéficiaire pour (la prolongation de) l'intervention pour l'AVD déjà 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, quelles qu'en aient été l'indication ou la modalité d'AVD utilisée.

Des demandes rédigées et reçues par le médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire après le 1er janvier 2008, non relatives à un bénéficiaire visé à l'article 3 ni à la prestation visée aux articles 5 et 6 de la présente convention, ne peuvent être susceptibles d'un accord en vertu de la présente convention que si elles concernent une prolongation d'intervention :

- 1) après une éventuelle 1^{ère} demande visée à l'alinéa 1^{er} du présent article, ayant fait l'objet d'un 1^{er} accord,
- 2) ou après une AVD instaurée ou suivie par l'établissement, ayant déjà fait l'objet d'un ou plusieurs accord(s) donnés avant le 31 décembre 2007.

Ces demandes de prolongation pour un bénéficiaire peuvent être introduites par l'établissement jusqu'à la fin de son AVD ou de la modalité d'AVD accordée avant le 1er janvier 2008 et elles sont appréciées selon les principes de l'article 4 de la présente convention.

En cas d'accord, les honoraires et prix suivants sont d'application :

- 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 discontinue 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 volumétrique ou 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 volumétrique ou 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.

La partie indexable des honoraires et prix susmentionnés suit les dispositions de l'article 8 de la présente convention.

En cas d'accord, l'établissement s'engage à poursuivre l'AVD de chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que celles appliquées avant le 1er janvier 2008. Outre les dispositions des alinéas 1 jusqu'à 3 incluses du présent article, les dispositions des articles 10 jusqu'à 25 incluses de la présente convention sont aussi d'application pour les accords donnés en fonction du présent article.

Article 30.

Une période d'accord en cours au 31 décembre 2007 pour une AVD reste valable jusqu'à l'échéance prévue par cet accord. A partir du 1er janvier 2008, les dispositions de l'article 29, 3^{ème} et 4^{ème} alinéa s'y appliquent également.

Les 1^{ères} demandes rédigées et reçues par le médecin conseil après le 1er janvier 2008 sont appréciées exclusivement en fonction des critères mentionnés dans la présente convention.