**INSTITUT NATIONAL D’ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963

Avenue de Tervueren 211 - 1150 Bruxelles

**Service des soins de santé**

**CONVENTION RELATIVE AU MONITORING CARDIORESPIRATOIRE À DOMICILE**

**DE NOUVEAU-NÉS ET DE NOURRISSONS**

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 soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, nommé ci-après en abrégé « Comité de l’assurance »;

et d'autre part,

le service de pédiatrie de *#dénomination et siège de l'hôpital#*. Ce service est désigné, dans la présente convention, par le terme « établissement ».

 **OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 1er.** La présente convention prévoit, pour certains bénéficiaires de l’assurance, une intervention de l’assurance dans les frais de monitoring cardiorespiratoire à domicile.

 La convention définit notamment les bénéficiaires de la convention, les prestations remboursables prévues, ainsi que les montants et les modalités de paiement des prix et des honoraires des prestations. De plus, elle décrit également les relations entre les différentes parties concernées par la conclusion et la mise en application de cette convention, à savoir le pouvoir organisateur de l’établissement, l’établissement, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé tels que visés aux articles 3 et 4 de la présente convention et les médecins référants des bénéficiaires, les organismes assureurs et le Service des soins de santé de l'INAMI.

L’ÉTABLISSEMENT

Article 2. § 1ier. L’établissement avec lequel la présente convention peut être conclue est un service de pédiatrie d’un hôpital qui dispose d’un service NIC agréé ou qui à la date du 31 décembre 2014 a conclu une convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons avec le Comité de l’assurance de l’INAMI.

 L’hôpital dont l’établissement fait partie, doit avoir la possibilité de réaliser un examen polysomnographique chez les nouveau-nés et nourrissons dans ses propres murs.

 L’établissement qui conclut la présente convention proposera les activités que cette convention prévoit (*à savoir : évaluer sur la base d’un examen médical quels sont les nouveau-nés et nourrissons pour lesquels un monitoring cardiorespiratoire est indiqué, la formation des parents en matière de monitoring cardiorespiratoire, le suivi médical du monitoring cardiorespiratoire des nouveau-nés et nourrissons dans le cas où ce monitoring cardiorespiratoire avait effectivement débuté dans le cadre de la présente convention, etc.*) sur un seul site hospitalier de l’hôpital dont l’établissement fait partie.

 §2. Les activités prévues par la présente convention peuvent éventuellement aussi être proposées sur un autre site hospitalier de l’hôpital dont l’établissement fait partie ou – sur la base d’un contrat entre les hôpitaux concernés – dans un autre hôpital. Dans ce cas, la même équipe de médecins et leurs collaborateurs (praticien de l’art infirmier, psychologue, travailleur social,…) proposera personnellement l’entièreté des activités prévues par la présente convention, sur les différents lieux sur lesquels cet établissement est actif. Cela implique concrètement que chaque médecin qui, tel que visé dans l’article 5, §1er de la présente convention, effectue personnellement sur un site l’évaluation médicale - et décide si un monitoring cardiorespiratoire est indiqué -, doit également personnellement effectuer cette évaluation médicale - et décider si un monitoring cardiorespiratoire est indiqué - sur chaque autre site, aux heures durant lesquelles ces activités visées par la convention y sont proposées. Chaque collaborateur qui est concerné sur un site par les activités visées dans l’article 6 de la présente convention est également tenu d’effectuer ces mêmes activités sur chaque autre site, aux heures durant lesquelles ces activités visées par la convention y sont proposées. Par conséquent, les activités prévues dans l’article 5 § 1er et dans l’article 6 de la présente convention, ne peuvent simultanément être proposées sur les différents sites.

Si l’établissement souhaite proposer les activités dans le cadre de la présente convention sur plusieurs sites, ceux-ci sont considérés comme faisant partie de l’établissement. L’établissement avec lequel cette convention est conclue est responsable de l’application de la convention sur les différents sites. L’établissement est dès lors le seul point de contact dans le cadre de la présente convention. L’établissement est aussi responsable de la notification au médecin-conseil visée dans l’article 10 et de toutes les autres obligations administratives et autres obligations dans le cadre de cette convention.

Avant que l’établissement puisse proposer les activités dans le cadre de la présente convention sur plusieurs sites, l’établissement est tenu d’en aviser le service des soins de santé de l’INAMI par lettre. Celle-ci devra comporter les données suivantes:

* le nom de chaque médecin spécialiste en pédiatrie (pédiatre) qui est responsable de l’évaluation médicale et qui décide si un monitoring cardiorespiratoire est indiqué, tel que visé dans l’article 5 §1er de la présente convention;
* le nom de chaque autre collaborateur impliqué dans les activités prévues dans l’article 6 de la présente convention;
* les différents sites sur lesquels l’établissement souhaite appliquer la convention;
* par site: les jours et heures pendant lesquels les activités seront proposées dans le cadre de la présente convention et la confirmation que les pédiatres et collaborateurs susnommés effectueront aux jours et heures indiqués personnellement les activités prévues dans cette convention;
* les contrats conclus entre les hôpitaux concernés (si un site se situe dans un autre hôpital).

Toutes les modifications apportées à ces données doivent préalablement être communiquées au Service des soins de santé de l’INAMI.

Le Service d’évaluation et de contrôle médicaux est responsable du contrôle du respect de ces dispositions et du respect des engagements concrets de l’établissement en ce qui concerne l’équipe qui veille à l’application de la convention sur les différents sites, selon l’horaire établi. Le non-respect du chef de l’établissement implique que les prestations dans le cadre de la présente convention ne sont pas remboursables et que la convention avec l’établissement cessera de sortir ses effets dès que le Service d’évaluation et de contrôle médicaux aura averti le Service de soins de santé du non-respect de la convention du chef de l’établissement. Dans ce cas, le Service de soins de santé informera l’établissement et le Comité de l’assurance de la résiliation de la convention.

LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION « MONITORING »

Article 3. Entrent en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire à domicile et sont - par conséquent - considérés comme bénéficiaires dans le sens de la présente convention, les nouveau-nés et les nourrissons (en se basant sur la date de naissance) âgés de moins d’un an au démarrage du monitoring, qui sont des bénéficiaires de l’assurance et qui appartiennent à au moins une des catégories suivantes:

Catégorie 1: prématurés qui ont eu besoin d’une surveillance cardiorespiratoire jusqu’à leur sortie du service de néonatologie,

* et qui sont nés après une grossesse de maximum 30 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*),
* et/ou qui sont nés avec un poids à la naissance de maximum 1.500 grammes.

Catégorie 2: nouveau-nés et nourrissons:

* qui, d’une part, souffrent d’une des maladies ou affections suivantes:
1. Une affection médicale qui a conduit à une trachéostomie et/ou une forme d’assistance chronique des voies respiratoires à domicile comme une CPAP, une BiPAP, un tube nasopharyngien ou d’autres formes d’assistance des voies respiratoires;
2. Dysplasie broncho-pulmonaire;
3. Malformation d’Arnold-Chiari;
4. Une affection maxillo-faciale qui entraîne des obstructions de la respiration:
* Syndrome de Pierre Robin;
* Rétrognathie prononcée;
* Macroglossie;
* Fente palatine ou palais étroit en forme d’ogive (palais ogival);
* Autre affection syndromique associée à des obstructions de la respiration (par exemple : Pycnodysostose, Syndrome de Rubinstein-Taybi, Syndrome de CHARGE,…);
1. Trisomie 21 ou autre anomalie génétique ou congénitale entrainant un rétrécissement des voies respiratoires supérieures;
2. Affections neuromusculaires;
3. Achondrodysplasie;
4. Syndrome de Prader-Willi;
5. Mucopolysaccharidose;
6. Laryngomalacie et trachéomalacie symptomatiques;
7. Syndrome d’hypoventilation centrale;
8. Stridor ou ronflement sévère avec signes cliniques d’obstructions respiratoires graves sans anomalie syndromique.
* Et chez qui, d’autre part, un examen polysomnographique (PSG) s’est avéré anormal, ce qui signifie que la PSG démontre:
	+ soit une ou plusieurs apnées centrales de minimum 21 secondes, associée(s) à soit une désaturation (SaO2 ≤ 87 %), soit une bradycardie importante (maximum 59 par minute);
	+ soit minimum 4 apnées obstructives, chacune de minimum 4 secondes (interruption du flux d’air nasobuccal, malgré la persistance des mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux qui ne sont cependant pas précédés d’un soupir ou d’un mouvement).

Conformément aux dispositions de l’article 9 § 3 de la présente convention, un examen polysomnographique ne sera effectué que sur indication médicale et non à titre de dépistage.

Catégorie 3: prématurés nés après une grossesse de minimum 31 semaines et maximum 36 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*):

* chez qui, au cours des 10 derniers jours qui ont précédé la sortie de l’hôpital, des apnées de minimum 21 secondes et/ou des bradycardies de maximum 59 par minute se sont produites. Ces apnées et/ou bradycardies doivent avoir été notées dans le dossier clinique de l’enfant;
* et chez qui, au cours des 10 derniers jours qui ont précédé la sortie de l’hôpital, une polysomnographie s’est avérée anormale (cf. les critères en matière de polysomnographies anormales en vigueur pour la catégorie 2). Une polysomnographie ne sera en principe effectuée que chez des enfants qui satisfont à la condition susmentionnée en matière d’apnées ou de bradycardies au cours des 10 derniers jours qui précèdent la sortie de l’hôpital.

**DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT ALTE**

Article 4. A côté des catégories de bénéficiaires mentionnées à l’article 3 de la présente convention, l’établissement peut également offrir, à titre provisoire, un monitoring cardiorespiratoire à des nouveau-nés et nourrissons qui ont présenté une forme grave de « ALTE » ou de « Apparent Life-Threatening Event», afin de ne pas diminuer en une fois le dispositif diagnostique et thérapeutique du pédiatre visé à l’article 5 pour ce groupe-cible et ainsi, de permettre une diminution progressive du nombre de cas de monitoring cardiorespiratoire après un ALTE. Lorsque la présente convention cessera ses effets, cette indication sera réexaminée sur base de la littérature médico-scientifique.

 Pour entrer en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire dans le cadre de la présente convention, il doit s’agir d’un nouveau-né ou nourrisson bénéficiaire de l’assurance, qui est âgé de moins de 1 an au début du monitoring (en se basant sur la date de naissance) et qui a présenté une forme grave de « ALTE » ou de « Apparent Life-Threatening Event» pour laquelle, après qu’elle ait été constatée, il a immédiatement été examiné dans un hôpital et pour laquelle après une mise au point médicale complète, aucune cause médicale (qui pourrait être traitée) n’a pu être trouvée.

 En outre, ce nouveau-né ou nourrisson doit également encore satisfaire à l’une des conditions spécifiques suivantes :

* Le nouveau-né ou nourrisson a présenté un ALTE pour lequel un transport d’urgence en ambulance vers un hôpital s’est avéré nécessaire;
* Le nouveau-né ou nourrisson, à son arrivée à l’hôpital à la suite de son ALTE, a dû être admis immédiatement au service de soins intensifs de l’hôpital;
* Pendant l’observation à l’hôpital après qu’un ALTE se soit déclaré, un incident grave documenté s’est produit;
* Il s’agit d’un ALTE chez un nouveau-né ou nourrisson qui est né après une grossesse de maximum 36 semaines et 6 jours (en se basant sur la date de début de la dernière menstruation);
* Après qu’un ALTE se soit produit, le nouveau-né ou nourrisson présente une hypoxie grave ou acidose grave à son arrivée à l’hôpital;
* Un examen polysomnographique révèle que le nouveau-né ou nourrisson présente au moins une des caractéristiques suivantes:
* Minimum 6 apnées obstructives ou mixtes de chacune 6 secondes minimum;
* Une bradycardie avec un rythme cardiaque de 59 par minute maximum;
* Une désaturation inférieure à 80%.

Un examen polysomnographique ne sera réalisé uniquement que si le médecin qui suit l’ALTE considère que cet examen est indiqué. La réalisation d’un tel examen chez les patients ayant présenté un ALTE n’est donc absolument pas une obligation. S’il a été opté, après l’ALTE, pour un examen polysomnographique dans le but de démontrer que le nouveau-né ou le nourrisson entre en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire, cet examen polysomnographique doit faire partie de la mise au point médicale complète réalisée dans un hôpital immédiatement après l’ALTE et cet examen doit être effectué avant que le nouveau-né ou le nourrisson ne quitte l’hôpital dans lequel il a été examiné après l’ALTE et ne retourne à la maison.

NATURE ET PRIX DE LA PRESTATION MONITORING CARDIORESPIRATOIRE

Article 5. § 1er. Le monitoring cardiorespiratoire ne peut être remboursé dans le cadre de la présente convention que si un médecin spécialiste en pédiatrie (pédiatre) faisant partie de l’équipe de l’établissement a examiné, avant le démarrage du monitoring cardiorespiratoire à domicile, le bénéficiaire dans l’établissement afin d’évaluer son problème médical et de déterminer si le monitoring cardiorespiratoire à domicile est indiqué.

 § 2. Si un médecin spécialiste en pédiatrie (pédiatre) qui appartient à l’équipe de l’établissement estime qu’il est tout de même indiqué de placer sous monitoring cardiorespiratoire à domicile un nouveau-né ou un nourrisson qui n’appartient pas au groupe cible visé dans les articles 3 et 4, l’établissement proposera à ce nouveau-né ou nourrisson un monitoring cardiorespiratoire au domicile et ce, aussi longtemps que le médecin spécialiste en pédiatrie (pédiatre) l’estime nécessaire. Le coût du monitoring cardiorespiratoire chez ces nouveau-nés et nourrissons est sensé être compris dans les interventions forfaitaires uniques qui peuvent être portées en compte en vertu de l’article 7 de la présente convention à l’assurance pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions de l’article 3 et 4. Le coût du monitoring cardiorespiratoire de ces nouveau-nés et nourrissons ne peut dès lors pas être porté en compte séparément à l’assurance, au bénéficiaire ou ses parents.

L’établissement et l’hôpital dont l’établissement fait partie (y compris les médecins de l’établissement et de l’hôpital), ne recommanderont, n’encourageront ou ne stimuleront d’aucune manière les parents de nouveau-nés et de nourrissons qui ne font pas partie du groupe cible défini aux articles 3 et 4 à procéder, à leurs frais, au monitoring cardiorespiratoire à domicile de leur enfant.

 § 3. Aussi longtemps que le pédiatre de l’établissement qui suit le bénéficiaire est d’avis qu’il est médicalement indiqué de poursuivre le monitoring d’un bénéficiaire faisant partie du groupe cible défini aux articles 3 et 4, l’établissement poursuivra le monitoring de ce bénéficiaire, quelle que soit la durée de la période du monitoring.

 Le pédiatre de l’établissement qui suit le bénéficiaire peut décider à tout moment d’arrêter le monitoring lorsqu’il estime cet arrêt justifié à la lumière de l’évolution de l’état médical du bénéficiaire.

L’établissement et l’hôpital dont l’établissement fait partie (y compris les médecins de l’établissement et de l’hôpital) ne recommanderont, n’encourageront ou ne stimuleront en aucune manière les parents de bénéficiaires pour qui l’établissement a arrêté le monitoring, à poursuivre, à leurs frais, le monitoring cardiorespiratoire à domicile.

 § 4. L’établissement et l’hôpital dont l’établissement fait partie ne vendront ou ne loueront jamais de matériel pour le monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons aux bénéficiaires de l’assurance et à leurs parents.

Article 6. § 1er. Le monitoring cardiorespiratoire à domicile pour lequel l’assurance intervient en vertu de la présente convention comprend pour chaque bénéficiaire visé aux articles 3 et 4 les éléments suivants:

* la mise à disposition d’un moniteur pour la surveillance cardiorespiratoire, prêt à l’emploi, qui enregistre dans sa mémoire tout événement cardiorespiratoire anormal. S’il s’agit d’un moniteur fonctionnant sur secteur, il doit être équipé d’une batterie de secours;
* la mise à disposition de tous les accessoires nécessaires au bon fonctionnement, y compris une quantité suffisante d’électrodes jetables;
* le réglage de la sensibilité de l’enregistrement du moniteur ainsi que sa vérification à intervalles réguliers;
* l’accompagnement des parents pour l’utilisation adéquate du matériel;
* l’implication, dans l’accompagnement et la surveillance du monitoring, des médecins qui assurent le traitement quotidien du bénéficiaire et – le cas échéant – du service hospitalier qui a renvoyé le bénéficiaire et ses parents vers l’établissement.

Quels que soient le mode de mise à disposition de l’appareillage et les accords conclus en matière d’accompagnement et de surveillance, la responsabilité finale en matière de surveillance cardiorespiratoire au sens de cette convention incombe à l’établissement.

 § 2. Par accompagnement des parents en vue d’une utilisation adéquate du matériel, il faut entendre : l’initiation à l’emploi du moniteur et des accessoires, l’apprentissage des actes à poser en cas d’alarme, ainsi que l’entretien de ces connaissances et aptitudes. De plus, un expert en matière de monitoring de nouveau-nés et de de nourrissons doit à tout moment être accessible.

 § 3. L’établissement a également pour mission d’assurer, en concertation avec l’éventuel service hospitalier qui a renvoyé le bénéficiaire, l’accompagnement:

* des familles qui ont été confrontées à un ALTE et qui s’inquiètent fortement du risque de mort subite de leur nouveau-né ou nourrisson, dans le cas où un pédiatre de l’établissement, compte tenu des dispositions de l’article 4 de la présente convention, est d’avis qu’il n’est pas nécessaire de placer ce nouveau-né ou nourrisson sous monitoring cardiorespiratoire;
* des familles qui ont été confrontées dans le passé à la mort subite d’un nouveau-né ou nourrisson et qui craignent que cela se reproduise chez un frère ou une sœur du nouveau-né ou nourrisson décédé.

 § 4. Le terme « parents » peut, dans la présente convention, également concerner un éventuel autre représentant de l’enfant à qui a été confiée la surveillance effective de l’enfant et qui se présente avec l’enfant dans l’établissement.

 § 5. Le terme « domicile » peut, dans la présente convention, concerner tous les lieux de séjour réels de l’enfant, à l’exclusion d’une hospitalisation complète dans un établissement hospitalier (hôpital) et d’une admission dans un des centres de rééducation suivants en raison du financement « all in » complet de ces centres de rééducation:

* « Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren » à Pulderbos (numéro d’identification INAMI: 7.76.502.80);
* Clairs Vallons à Ottignies (numéro d’identification INAMI: 7.76.601.78)
* « Zeepreventorium » à De Haan (numéro d’identification INAMI: 7.76.602.77)

Article 7. § 1er. Pour le monitoring et l’accompagnement décrits à l’article 6, § 1er et § 2, d’un bénéficiaire visé à l’article 3 ou 4, l’établissement peut porter en compte, à l’organisme assureur du bénéficiaire, une intervention forfaitaire unique, quelle que soit la durée du monitoring.

 Le montant de cette intervention forfaitaire unique pour le monitoring cardiorespiratoire à domicile est mentionné dans le tableau suivant:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Catégorie | Pseudocode | Forfait | Partie indexable du forfait |
| Catégorie 1 (cf. article 3) | 779133 | 866,27 EUR | 433,14 EUR |
| Catégorie 2 (cf. article 3) | 779155 | 1.299,40 EUR | 649,70 EUR |
| Catégorie 3 (cf. article 3) | 779170 | 866,27 EUR | 433,14 EUR |
| ALTE (cf. article 4) | 779192 | 866,27 EUR | 433,14 EUR |

 Cette intervention forfaitaire couvre également le coût de l’accompagnement des bénéficiaires visés à l’article 6, § 3, pour lesquels aucune prestation ne peut être portée en compte dans le cadre de la présente convention.

 L’intervention forfaitaire n’est due qu’une seule fois par bénéficiaire, même si le bénéficiaire s’adresserait à plusieurs hôpitaux ayant conclu la convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons. L’établissement attirera l’attention des parents du bénéficiaire sur ce point et les informera que s’ils font encore appel ultérieurement à un autre hôpital qui offre un monitoring cardiorespiratoire pour nouveau-nés et nourrissons, cet hôpital pourra leur facturer le coût du monitoring cardiorespiratoire.

 § 2. La partie indexable des interventions forfaitaires mentionnées au § 1er est liée à l’indice pivot des prix à la consommation (indice 99,04 – décembre 2012 – base 2013). La partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

Article 8. Les prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé ne sont pas comprises dans l’intervention forfaitaire prévue à l’article 7, § 1er. Par conséquent, ces prestations peuvent être portées en compte séparément. Toutefois, les polysomnographies réalisées dans l’établissement ainsi que les consultations chez les pédiatres de l’établissement qui concernent totalement ou partiellement le monitoring et/ou les raisons qui justifient ce monitoring et qui sont réalisées pendant la période du monitoring et dans la semaine qui précède le démarrage et qui suit la fin du monitoring, peuvent être portées en compte pour les bénéficiaires de la présente convention uniquement aux honoraires officiels sur la base desquels l’intervention de l’assurance est calculée et qui peuvent être consultés sur le site web de l’INAMI. (Il s’agit ici, en principe, des tarifs pour les médecins dits « conventionnés ».)

 À l’exception des prestations de nomenclature remboursables séparément, l’établissement s’engage à ne porter en compte aucun supplément au bénéficiaire ou à ses parents pour le monitoring et l’accompagnement décrits à l’article 6, § 1er et § 2, d’un bénéficiaire visé à l’article 3 ou 4 et pour l’accompagnement des bénéficiaires visés à l’article 6, § 3, qui n’entrent pas en ligne de compte pour un monitoring. Cette disposition s’applique aussi si, pour l’exécution de ces missions, l’établissement ferait appel en partie à des membres de l’équipe qui ne sont pas médecins (p.ex. praticien de l’art infirmier, psychologue, assistant social,…).

 L’établissement s’engage à prendre toutes les mesures nécessaires envers les médecins et d’éventuels autres membres du personnel de son équipe afin de respecter ces dispositions.

RELATIONS AVEC LES MÉDECINS TRAITANTS

ET LES SERVICES QUI ONT RENVOYE LE BENEFICIAIRE VERS L’ETABLISSEMENT

Article 9. § 1er. Si un bénéficiaire est renvoyé par un autre service hospitalier vers l’établissement, le service hospitalier qui a renvoyé le bénéficiaire vers l’établissement doit fournir un rapport médical complet à l’établissement concernant ce bénéficiaire avant que le bénéficiaire ne soit pris en charge par cet établissement.

 § 2. L’établissement s’engage à ne pas porter en compte de PSG à l’organisme assureur et au bénéficiaire si le service hospitalier qui a renvoyé le bénéficiaire vers l’établissement en a déjà porté une en compte.

 § 3. En matière de PSG, l’établissement s’engage à n’effectuer lui-même de PSG que sur indication médicale et non à titre de dépistage. Il s’engage, de plus, à inciter les services avec lesquels il collabore et qui renvoient des bénéficiaires vers l’établissement à adopter la même attitude concernant l’exécution de PSG.

 § 4. L’établissement doit:

* en concertation avec l’éventuel service hospitalier qui a renvoyé le bénéficiaire vers l’établissement, assurer un accueil permanent des bénéficiaires et de leurs familles dans le cadre d’un service d’urgences assurant une garde pédiatrique permanente, accessible jour et nuit;
* assurer une permanence téléphonique 24 heures sur 24 afin de répondre à tous les appels des familles, des services hospitaliers qui ont renvoyé les bénéficiaires vers l’établissement et des médecins traitants au sujet des bénéficiaires qui sont sous monitoring;
* communiquer, dans le cadre de la collaboration avec les médecins concernés, au médecin du service hospitalier qui a renvoyé le bénéficiaire et aux médecins traitants du bénéficiaire au moins un rapport détaillé concernant la prise en charge du bénéficiaire dans le cadre de la présente convention et leur fournir toute l’information complémentaire qu’ils souhaitent.

 **§ 5.** Aucun médecin de l’établissement ne se substituera aux médecins traitants du bénéficiaire. Le rôle des médecins de l’établissement consiste à prendre en charge les activités prévues par la présente convention. Il s’agit principalement des activités suivantes:

* évaluer sur la base d’un examen médical quels sont les nouveau-nés et nourrissons pour lesquels un monitoring cardiorespiratoire est indiqué;
* la formation des parents en matière de monitoring cardiorespiratoire;
* le suivi médical du monitoring cardiorespiratoire des nouveau-nés et nourrissons dans le cas où ce monitoring avait effectivement débuté dans le cadre de la présente convention.

 Cette disposition déontologique vaut pour chaque activité des médecins concernés, même en dehors de l’établissement.

NOTIFICATION AU MÉDECIN-CONSEIL

Article 10. § 1er. L’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé n’est due uniquement qu’après que l’établissement ait informé le médecin-conseil de l’organisme assureur du bénéficiaire du monitoring cardiorespiratoire du bénéficiaire. L’établissement fait cette notification au moyen du formulaire joint en annexe 1 à la présente convention. Ce formulaire peut toujours être modifié par le Collège des médecins-directeurs. Le formulaire doit être signé par les parents du bénéficiaire et par le pédiatre visé à l’article 5 de la présente convention qui a examiné le bénéficiaire.

Le médecin-conseil doit avoir reçu la notification relative au monitoring d’un bénéficiaire dans le cadre de la présente convention au plus tard le 30ième jour qui suit le démarrage du monitoring. Si le médecin-conseil reçoit la notification plus de 30 jours après le démarrage du monitoring, aucune intervention pour le monitoring du bénéficiaire concerné n’est due. Dans ce cas, l’établissement et l’hôpital dont l’établissement fait partie (y compris les médecins de l’établissement et de l’hôpital) ne porteront jamais en compte, en aucune façon, directement ou indirectement, les frais liés au monitoring au bénéficiaire et ses parents.

Pour autant qu’un bénéficiaire réponde à toutes les conditions fixées dans la présente convention, l’intervention forfaitaire unique prévue à l’article 7 est due si le médecin-conseil, dans les quinze jours qui suivent la réception d’une notification complète, n’a signifié aucune décision de refus. Toute décision de refus doit être motivée. Si le médecin-conseil reçoit la notification plus de 30 jours après le démarrage du monitoring, il signifiera une décision de refus.

 L’établissement s’engage à fournir sans délai au médecin-conseil toute l’information complémentaire qu’il souhaite obtenir en ce qui concerne le monitoring d’un bénéficiaire.

**FACTURATION, CHIFFRES DE PRODUCTION ET COMPTABILITÉ**

**Article 11.** L’établissement facture les montants de l’intervention de l’assurance pour les prestations réalisées à l’organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l’hôpital dont l’établissement fait partie (facturation électronique obligatoire).L’établissement facture ces prestations au moyen du pseudocode mentionné à l’article 7 de la catégorie dont fait partie le bénéficiaire.

 Les prestations doivent être portées en compte sur la base du montant de l’intervention de l’assurance en vigueur à la date de début du monitoring cardiorespiratoire d’un bénéficiaire.

 Les prestations peuvent être portées en compte dès que le monitoring cardiorespiratoire d’un bénéficiaire a effectivement démarré et que la période visée à l’article 10 dans laquelle le médecin-conseil peut refuser l’intervention de l’assurance est écoulée.

 L’établissement transmet aux parents du bénéficiaire un récapitulatif de ce qui a été porté en compte pour lui à l’organisme assureur pour le monitoring cardiorespiratoire.

**Article 12.** **§ 1er.** Avant la fin du mois qui suit la fin de chaque trimestre, l’établissement transmet les chiffres de production (soit le nombre de prestations réalisées, par type et par mois, multiplié par leurs prix respectifs) relatifs à ce trimestre au Service des soins de santé et ce, au moyen de l’application informatique que le Service des soins de santé a mis à disposition à cet effet.

 Chaque prestation qui a été réalisée pour un bénéficiaire ne peut figurer qu’une seule fois dans les chiffres de production. Une prestation doit être mentionnée dans les chiffres de production pour le mois pendant lequel le monitoring cardiorespiratoire a démarré. Elle ne doit donc pas encore avoir été facturée ou remboursée à cet instant. Les prestations dont il apparaît d’avance qu’elles ne sont pas remboursables (par exemple parce qu’elles ne répondent pas aux conditions fixées dans le cadre de la présente convention ou parce que le bénéficiaire n’est pas assuré dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ne doivent cependant pas figurer dans les chiffres de production.

 L’établissement s’engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d’évaluation et de contrôle médicaux de l’INAMI, tous les documents nécessaires à l’appui des chiffres de production communiqués. La transmission volontaire de chiffres de production erronés entraînera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

 **§ 2.** Si les chiffres de production ne sont pas transmis avant la fin du premier mois qui suit la fin d’un trimestre, l’établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours calendriers qui suivent l’envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l’INAMI et l’établissement) seront suspendus d’office tant qu’il n’est pas satisfait à cet engagement.

 **§ 3.** L’établissement désigne une personne de contact qui sera responsable de la transmission des chiffres de production. L’établissement communique les coordonnées de cette personne de contact (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé qu’il informe également de tout changement de ces coordonnées.

**Article 13.** Le pouvoir organisateur de l’établissement tient une comptabilité basée, d’une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.8.1987), et d’autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l’application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus.

 Le pouvoir organisateur est tenu de conserver les justificatifs des recettes et des dépenses pendant 10 ans.

 La comptabilité doit toujours être accessible, dans ce délai, au Service des soins de santé de l’INAMI.

 Si le Service des soins de santé le demande explicitement, un relevé des revenus et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention doit être transmis au Service des soins de santé au moyen d’un modèle déterminé par ce Service.

**ENVELOPPE ANNUELLE**

**Article 14.** Le montant total de toutes les prestations relatives au monitoring cardiorespiratoire qui sont réalisées dans une même année calendrier et qui sont portées en compte aux organismes assureurs est limité à 2.569.000 EUR par année calendrier.

 Cette limite s’applique au total de toutes les prestations relatives au monitoring cardiorespiratoire qui sont portées en compte aux organismes assureurs par l’établissement et par tous les autres établissements qui ont conclu une convention en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissonsavec le Comité de l’assurance.

Pour l’application de ces dispositions, il faut se baser sur la date de début du monitoring : cette date de début (et donc pas la date de facturation) détermine donc l’année calendrier pour laquelle la prestation réalisée fait partie de l’enveloppe de cette année calendrier.

 La partie indexable de l’enveloppe annuelle de 2.569.000 EUR est fixée à 1.284.500 EUR. Cette partie indexable est adaptée conformément aux dispositions de l’article 7, § 2, de la présente convention. Si l’enveloppe annuelle est indexée au cours d’une année calendrier déterminée, l’enveloppe annuelle qui peut être remboursée pour cette année doit être calculée proportionnellement sur la base des enveloppes annuelles respectives tant avant qu’après l’indexation compte tenu de la durée de la période qui précède et qui suit l’indexation.

 Si la convention, au cours d’une année calendrier donnée, n’est d’application que pour une partie de l’année calendrier considérée, l’enveloppe annuelle précitée doit proportionnellement être réduite en tenant compte de la période pendant laquelle la convention est applicable au cours de l’année calendrier visée. Étant donné que la présente convention n’entre en vigueur qu’au 1er avril 2015 conformément aux dispositions de l’article 21, l’enveloppe dans le cadre de la présente convention s’élève dès lors à € 1.935.548 pour la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 inclus.

**Article 15. §1er.** Si le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l’assurance constatent que le nombre total de prestations relatif au monitoring cardiorespiratoire que l’ensemble des services hospitaliers ayant conclu la convention en la matière ont réalisé dans une même année calendrier et ont porté en compte ou porteront en compte aux organismes assureurs (peu importe la date de facturation) dépasse l’enveloppe annuelle fixée par année calendrier à l’article 14, les prix mentionnés à l’article 7 seront diminués dans le courant d’une prochaine année calendrier afin de compenser intégralement le dépassement de l’enveloppe annuelle fixée, de sorte que le dépassement n’engendre pas de dépenses supplémentaires pour l’assurance. Le Comité de l’assurance fixe dans ce cas les nouveaux prix et la date à laquelle ils sont d’application sans qu’un avenant à la convention qui règle cette matière doive être conclu. Les nouveaux prix seront calculés de manière à ce que le dépassement soit compensé le plus précisément possible. Ainsi, le Comité de l’assurance peut éventuellement décider de procéder à des diminutions de prix différenciées, entraînant une plus forte diminution des interventions forfaitaires visées à l’article 7 pour certaines catégories que pour d’autres dont le prix peut éventuellement être maintenu au lieu d’être diminué. L’INAMI communique les nouveaux prix fixés par le Comité de l’assurance et la date à partir de laquelle ils sont en vigueur à l’établissement et aux organismes assureurs.

 Si les diminutions de prix réalisées ne compensent pas intégralement le dépassement, à savoir dans le cas où le nombre de prestations réalisées dans une prochaine année est plus important que l’année précédente, des nouvelles diminutions de prix dans les années suivantes peuvent être réalisées afin de compenser encore entièrement le dépassement de l’enveloppe annuelle.

 Ces dispositions en matière d’adaptation des prix peuvent être appliquées plusieurs fois.

 Si les diminutions de prix réalisées font que les dépenses moyennes par année depuis l’entrée en vigueur de la présente convention sont inférieures à l’enveloppe annuelle, par exemple dans le cas où moins de prestations sont réalisées dans une prochaine année que l’année précédente, aucune correction ou augmentation du prix ne sera réalisée.

 **§ 2.** Le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l’assurance détermineront si l’enveloppe annuelle fixée est dépassée ou risque de l’être sur la base d’une des sources de données suivantes:

* Les chiffres de production que tous les services hospitaliers ayant conclu une convention en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons doivent transmettre au Service des soins de santé de l’INAMI en vertu de l’article 12 de la convention;
* Les données que tous les services hospitaliers ayant conclu une convention en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons doivent transmettre au Service des soins de santé de l’INAMI en vertu de l’article 18 de la convention;
* Les dépenses comptabilisées par les organismes assureurs pour les prestations dans le cadre de la présente convention (total des dépenses comptabilisées dans l’année calendrier X pour l’année de prestation X, et des dépenses comptabilisées dans l’année calendrier X+1 pour les prestations effectuées dans une année calendrier précédente).

Si le dépassement de l’enveloppe annuelle de 2.569.000 EUR est constaté sur la base d’une des sources de données susmentionnées, la diminution de prix peut être réalisée même si le dépassement en question n’est pas observé dans les autres sources de données mentionnées.

Si l’on se base sur les chiffres de production ou les données visées à l’article 18, il sera tenu compte de l’hypothèse selon laquelle 5% des prestations relatives au monitoring cardiorespiratoire mentionnées dans ces sources n’ont finalement pas été portées en compte à l’assurance.

 **§ 3.** Si le Service des soins de santé de l’INAMI constate, sur la base des chiffres de production visés à l’article 12, que les chiffres de production d’un trimestre représentent plus qu’un quart de l’enveloppe annuelle et qu’il y a donc un risque de dépassement de l’enveloppe annuelle dans l’année calendrier en cours ou dans une prochaine année calendrier, le Service visé attirera l’attention de l’établissement – *et de tous les autres établissements ayant conclu avec le Comité de l’assurance une convention en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons -* sur ce point. Le Service des soins de santé communiquera notamment à cet effet les chiffres de production de tous les établissements ayant conclu une convention en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons à l’établissement et aux autres établissements concernés.

 Le fait que le Service des soins de santé ait omis d’envoyer un tel signal ou l’ait envoyé trop tardivement ne peut jamais constituer un obstacle à l’application des dispositions des §§ 1er et 2 du présent article.

**Article 16**. L’établissement ne peut jamais, envers les parents de nouveau-nés et de nourrissons et envers les médecins et les hôpitaux qui ont renvoyé le bénéficiaire vers l’établissement, invoquer les dispositions des articles 14 et 15 comme motif pour lequel aucun monitoring cardiorespiratoire n’a été démarré pour un nouveau-né ou nourrisson.

 L’établissement offrira donc un monitoring cardiorespiratoire, avec les moyens dont il peut disposer via la présente convention, à l’ensemble des nouveau-nés et nourrissons pour lesquels un pédiatre de l’établissement estime qu’un monitoring cardiorespiratoire est indiqué.

CONSEIL D’ACCORD

**Article 17. § 1er.** En souscrivant à la présente convention, l’établissement accède au Conseil d’accord en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons. Le médecin responsable de l’établissement siège dans le Conseil d’accord et y représente l’établissement.

 Le Conseil d’accord est composé:

* des membres du Collège des médecins-directeurs et
* des médecins responsables de tous les établissements avec lesquels la présente convention a été conclue.

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

 **§ 2.** Le Conseil d’accord a pour mission:

* de transmettre de l’information au Collège des médecins-directeurs de tous les aspects du monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons et des autres activités prévues par la présente convention;
* de suivre l’évolution scientifique en matière de pose d’indication pour le monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons;
* de cartographier et de suivre l’évolution du nombre de bénéficiaires placés sous monitoring dans le cadre de la présente convention ainsi que la durée réelle de ce monitoring;
* à veiller à ce que l’établissement et tous les autres établissements qui ont conclu une convention en matière de monitoring cardiorespiratoire chez les nouveau-nés et les nourrissons, appliquent uniformément les indications des articles 3 et 4 de la présente convention de sorte qu’il n’y ait pas de différence inexplicable entre les différents établissements en ce qui concerne le nombre de nouveau-nés et de nourrissons à qui un monitoring cardiorespiratoire est proposé dans le cadre de la présente convention;
* de formuler des propositions pour adapter la présente convention aux différentes évolutions.

 **§ 3.** Le Conseil d'accord est convoqué sur décision du président.

 Le médecin responsable de l’établissement s’engage à participer à chaque réunion du Conseil d’accord. Si, à plusieurs reprises, l’établissement est absent de la réunion du Conseil d’accord, le président du Conseil d’accord notifiera ces absences par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l’établissement.

 Si l’établissement reste absent après cette notification, cette absence sera immédiatement communiquée au Comité de l’assurance qui peut décider de dénoncer la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévu à l’article 21, § 3 de la présente convention.

**ENREGISTREMENT DES DONNÉES**

**Article 18.** L’établissement s’engage à communiquer annuellement toutes les données qui sont demandées dans le formulaire joint en annexe 2 à la présente convention. Ces données portent sur le nombre de patients, par catégorie et par site, pour qui le monitoring cardiorespiratoire s’est achevé dans l’année écoulée, et sur la durée du monitoring. Le formulaire joint en annexe 2 peut toujours être modifié par le Collège des médecins-directeurs.

 Les données demandées doivent être communiquées avant le 31 mars de l’année qui suit celle sur laquelle elles portent. Si les données ne sont pas transmises dans les délais, ou si des données incorrectes et/ou incomplètes sont transmises, l’établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les données ne sont toujours pas transmises dans les 30 jours calendriers qui suivent l’envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l’INAMI et l’établissement) seront suspendus d’office aussi longtemps que les données demandées ne sont pas transmises.

**Article 19.** L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI toute information demandée sur le fonctionnement de l’établissement, sur les aspects financiers du fonctionnement, ainsi que toutes les données demandées dans le cadre de la gestion générale des conventions.

 L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles à cet effet.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 20. § 1er.** Dans le cadre de la présente convention, des forfaits journaliers peuvent encore être portés en compte à titre provisoire pour certains bénéficiaires. C’est le cas notamment lorsque toutes les conditions suivantes ont été remplies:

* le bénéficiaire a commencé un monitoring cardiorespiratoire avant le 1er avril 2015;
* le monitoring cardiorespiratoire est encore en cours au 1er avril 2015 ;
* le monitoring cardiorespiratoire du bénéficiaire répond à toutes les conditions de la convention qui était en vigueur à la date à laquelle le monitoring cardiorespiratoire a commencé (appelée « l’ancienne convention » plus loin dans cet article);
* pour le bénéficiaire, une demande individuelle de prise en charge du monitoring cardiorespiratoire a encore été introduite en application de l’ancienne convention. Cette demande individuelle reste valable.

Pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions précitées, des forfaits journaliers peuvent être portés en compte jusqu’au 31 mai 2015 au plus tard, pour les bénéficiaires à qui la prise en charge du monitoring cardiorespiratoire, en application de l’ancienne convention, est autorisée jusqu’à cette date ou une date ultérieure par le médecin-conseil de l’organisme assureur. Si le médecin-conseil en vertu de l’ancienne convention, n’accorde la prise en charge que jusqu’à une date précédent le 31 mai 2015, des forfaits journaliers ne pourront être portés en compte que jusqu’à la date antérieure. Si le médecin-conseil sur la base de l’ancienne convention accorde la prise en charge jusqu’à une date au-delà du 31 mai 2015, des forfaits journaliers ne peuvent être portés en compte que jusqu’au 31 mai 2015.

Après la date de fin visée ci-dessus (31 mai 2015 ou éventuellement une date antérieure), une prolongation de la période d’intervention de l’assurance n’est plus possible, même si le bénéficiaire aurait pu, en vertu de l’ancienne convention, encore prétendre à une prolongation du monitoring cardiorespiratoire. Les bénéficiaires concernés ne peuvent pas non plus prétendre à l’intervention forfaitaire unique pour le monitoring cardiorespiratoire à domicile que prévoit la présente convention.

En application des dispositions de l’article 5, § 3, de la présente convention, l’établissement poursuivra le monitoring d’un bénéficiaire aussi longtemps que le pédiatre de l’établissement qui suit le bénéficiaire estime qu’il est indiqué sur le plan médical de poursuivre le monitoring même si plus aucune intervention ne peut être accordée pour la poursuite du monitoring.

 **§ 2.** Pour les bénéficiaires pour lesquels des forfaits journaliers peuvent encore être portés en compte à titre provisoire, les forfaits journaliers suivants peuvent être portés en compte:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prestation** | **Pseudocode** | **Forfait journalier** |
| Surveillance cardiorespiratoire avec un moniteur sans mémoire  | 775272 | 12,48 EUR |
| Surveillance cardiorespiratoire avec un moniteur avec mémoire | 775250 | 14,24 EUR |

Ces forfaits journaliers provisoires ne sont pas indexés.

 **§ 3.** Les prestations réalisées au cours de la période du 1er avril 2015 au 31 mai 2015en application des dispositions du présent article pour lesquelles des forfaits journaliers sont encore portés en compte, font partie de l’enveloppe visée à l’article 14 pour la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 inclus.

 **§ 4**. Un bénéficiaire qui a été suivi par monitoring dans le cadre de la précédente convention en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons mais pour qui le monitoring s’est terminé avant le 1er avril 2015, et à qui ne s’appliquent donc pas les dispositions de l’article 20, § 1er, de la présente convention, n’entre plus en ligne de compte pour un remboursement du monitoring cardiorespiratoire dans le cadre de la présente convention. En application des dispositions des articles 5 et 16 de la présente convention, l’établissement placera le bénéficiaire sous monitoring si le pédiatre de l’établissement qui suit le bénéficiaire estime qu’il est indiqué sur le plan médical de placer ce bénéficiaire sous monitoring même si plus aucune intervention ne peut être portée en compte pour ce monitoring.

**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 21. § 1er.** La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le 1er avril 2015.

 Elle annule et remplace à partir de cette date la convention qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et qui, jusqu’au jour précédant l’entrée en vigueur de la présente convention, constituait la base pour l’intervention de l’assurance dans les activités de l’établissement en matière de monitoring cardiorespiratoire de nouveau-nés et de nourrissons. Elle annule également à partir de cette date l’avenant à cette convention relatif à l’autopsie en cas de décès inopiné et médicalement inexpliqué d’un enfant de moins de dix-huit mois.

 **§ 2.** Les annexes à la présente convention en font partie intégrante. Il s’agit des annexes suivantes:

* Annexe 1: Formulaire visant à informer le médecin-conseil du monitoring cardiorespiratoire d’un nouveau-né ou nourrisson dans le cadre de la présente convention (formulaire de notification);
* Annexe 2: Modèle pour la transmission annuelle de données d’enregistrement relatives au monitoring cardiorespiratoire.

 **§ 3.** La présente convention est valable jusqu’au 30 juin 2017 inclus. Elle peut toutefois être dénoncée avant cette date à tout moment par une des deux parties, par lettre recommandée à la poste, adressée à l’autre partie. Dans ce cas, la convention vient à échéance à l’issue d’un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d’envoi de la lettre recommandée.

La présente convention cesse de produire ses effets d’office le jour où l’hôpital dont l’établissement fait partie ne dispose plus d’une convention avec le Comité de l’assurance relative au suivi du décès inopiné et médicalement inexpliqué d’un enfant de moins de 18 mois.

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le pouvoir organisateur de l’établissement: | Pour le Comité de l’assurance soins de santé: |
|  | Bruxelles,  |
| Le mandataire au nom du pouvoir organisateur, | Le Fonctionnaire dirigeant,H. DE RIDDER,Directeur général |
| Le médecin chef de l'hôpital, |  |
| Le pédiatre responsable, |  |

**ANNEXE 1**

**MONITORING CARDIORESPIRATOIRE À DOMICILE DE NOUVEAU-NÉS ET DE NOURRISSONS**

**NOTIFICATION AU MÉDECIN-CONSEIL**

**Données d’identification du bénéficiaire** (= données d’identification du nouveau-né ou du nourrisson qui entre en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire à domicile)

*Complétez les données ci-dessous ou apposez ci-dessous une vignette de l’organisme assureur (mutualité) :*

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

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro d’identification à la sécurité sociale belge | ……………………………………….. |
| (NISS ou numéro de Registre national) |

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

**Données d’identification de l’hôpital ayant conclu une convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons avec l’INAMI**

Nom et adresse de l’hôpital :

Numéro d’identification INAMI de la convention :

**Déclaration et signature d’un ou des deux parents du bénéficiaire**

Par la présente, je déclare être disposé à placer mon enfant sous surveillance cardiorespiratoire à domicile. Je m’engage, à cette fin, à prendre moi-même les dispositions nécessaires à mon domicile comme me l’a indiqué l’hôpital.

Je suis conscient que le pédiatre traitant de l’hôpital mentionné ci-dessus est seul habilité à apprécier le temps nécessaire durant lequel mon enfant doit être placé sous surveillance cardiorespiratoire à domicile. Je suis également informé du fait que ce pédiatre traitant peut - à tout moment - mettre fin à la surveillance cardiorespiratoire, s’il estime que la poursuite de celle-ci n’est plus nécessaire.

Je suis également informé que l’organisme assureur (= mutualité) de mon enfant peut uniquement intervenir dans le monitoring cardiorespiratoire de mon enfant, si mon enfant répond à certaines conditions et que l’assurance ne peut intervenir dans le coût du monitoring cardiorespiratoire à domicile de mon enfant que pour un seul hôpital. Si, ultérieurement, je fais appel à un autre hôpital qui se charge du monitoring cardiorespiratoire de mon enfant, l’assurance ne pourra donc plus intervenir et cet hôpital peut alors me facturer les frais du monitoring cardiorespiratoire à domicile.

Nom et signature d’un ou des deux parents *(ou d’un tiers qui s’est vu confier la surveillance effective de l’enfant et qui se présente avec l’enfant à l’établissement. Veuillez alors également préciser la position de ce tiers par rapport à l’enfant : grand-parent, tuteur légal, etc.)*

Date de signature (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

**PRESCRIPTION DU PÉDIATRE DE L’HÔPITAL**

Le soussigné, pédiatre, déclare que l’enfant (dont l’identité est mentionnée à la page 1 du présent formulaire) répond à toutes les conditions de la convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons et qu’il fait partie de la catégorie suivante de bénéficiaires, telle qu’elle est décrite aux articles 3 et 4 de la convention :

[ ]  Catégorie 1 : prématurés qui ont eu besoin d’une surveillance cardiorespiratoire jusqu’à leur sortie du Service de néonatalogie :

[ ]  et qui sont nés après une grossesse de maximum 30 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*) :

l’enfant est né après une grossesse de …… semaines et ……jours.

[ ]  et/ou qui sont nés avec avec un poids à la naissance de maximum 1.500 grammes : poids à la naissance = ….. grammes

[ ]  Catégorie 2 : maladie ou affections dont souffre l’enfant :

[ ] Une affection médicale qui a conduit à une trachéostomie et/ou une forme d’assistance chronique des voies respiratoires à domicile (à préciser) : ………………………………………………………………………………………………………………….

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

[ ]  Dysplasie broncho-pulmonaire

[ ]  Malformation d’Arnold Chiari

[ ]  Une affection maxillo-faciale qui entraine des obstructions de la respiration (à préciser) :

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

[ ]  Trisomie 21ou autre anomalie génétique ou congénitale entrainant un rétrécissement des voies respiratoires supérieures (à préciser) : …………………………………………………………………….

[ ]  Affection neuromusculaire (à préciser) : ………………………………………………………………..

[ ]  Achondrodysplasie

[ ]  Syndrome de Prader-Willi

[ ]  Mucopolysaccharidose

[ ]  Laryngomalacie symptomatique

[ ]  Trachéomalacie symptomatique

[ ]  Syndrome d’hypoventilation centrale

[ ]  Stridor ou ronflement sévère avec signes cliniques d’obstructions respiratoires graves sans anomalie syndromique

[ ]  Catégorie 3 : prématurés nés après une grossesse de minimum 31 semaines et maximum 36 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*) chez qui, au cours des 10 derniers jours qui ont précédé la sortie de l’hôpital, des apnées de minimum 21 secondes et/ou des bradycardies de maximum 59 par minutes se sont produites. Ces apnées et/ou bradycardies doivent avoir êté notées dans le dossier clinique de l’enfant.

L’enfant est né après une grossesse de ….. semaines et ….. jours

[ ]  Catégorie 4 : nouveau-né ou nourrisson qui a présenté une forme grave de « ALTE », pour laquelle il a immédiatement été examiné dans un hôpital et pour laquelle aucune cause médicale (qui pourrait être traitée) n’a pu être trouvée.

Date à laquelle le ALTE s’est produit (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

|  |
| --- |
| **Si l’enfant fait partie de la catégorie 2 ou 3 : résultats de la polysomnographie** (seuls les paramètres qui démontrent que l’enfant répond aux conditions de la convention doivent être complétés) :[ ]  Durée de l’apnée centrale la plus longue : …. secondes[ ]  SaO2 = …. %[ ]  Présence d’une bradycardie importante : rythme cardiaque = … par minute[ ]  Nombre d’apnées obstructives de minimum 4 secondes chacune : ……Date de la polysomnographie (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..Les résultats de la polysomnographie doivent être annexés. |

|  |
| --- |
| **Si l’enfant a subi une forme grave de « ALTE »** :*Cochez quelle situation s’applique (et complétez si demandé) :*[ ]  Le nouveau-né ou le nourrisson a présenté un ALTE pour lequel un transport d’urgence en ambulance vers un hôpital s’est avéré nécessaire ;[ ]  Le nouveau-né ou le nourrisson, à son arrivée à l’hôpital à la suite de son ALTE, a dû être admis immédiatement au service des soins intensifs de l’hôpital ; [ ] Pendant l’observation à l’hôpital après qu’un ALTE se soit déclaré, un incident grave documenté s’est produit. Expliquez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………[ ]  Il s’agit d’un ALTE chez un nouveau-né ou nourrisson qui est né après une grossesse de maximum 36 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*) ;L’enfant est né après une grossesse de ….. semaines et ….. jours[ ]  Après qu’un ALTE se soit produit, le nouveau-né ou le nourrisson présente une hypoxie grave ou acidose grave à son arrivée à l’hôpital ;***ou*** *mentionnez les paramètres pertinents de l’examen polysomnographique exigé dans le cadre de la mise au point médicale complète réalisée dans un hôpital immédiatement après l’ALTE et qui est exigé avant que le nouveau-né ou le nourrisson ne quitte l’hôpital dans lequel il a été examiné après l’ALTE et ne retourne à la maison. (Paramètres pertinents = paramètres qui démontrent que l’enfant répond aux conditions de la convention) :*[ ]  Nombre d’apnées obstructives ou mixtes de chacune 6 secondes minimum : …[ ]  Présence d’une bradycardie importante : rythme cardiaque = … par minute[ ]  SaO2 = …. %Date de la polysomnographie (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..S’il a été procédé au monitoring cardiorespiratoire à domicile sur la base des résultats d’une polysomnographie, il convient d’annexer les résultats de cet examen. |

**Date de début** du monitoring cardiorespiratoire à domicile (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

Nom, numéro d’identification INAMI et signature du pédiatre prescripteur de l’hôpital ayant conclu une convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons avec l’INAMI:

Date de signature (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

**ANNEXE 2**

**MONITORING CARDIORESPIRATOIRE À DOMICILE DE NOUVEAU-NÉS ET DE NOURRISSONS**

**RAPPORT ANNUEL: DONNÉES STATISTIQUES**

(cf. article 18 de la convention)

**Données d’identification de l’hôpital ayant conclu une convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons avec l’INAMI**

Nom et adresse de l’hôpital :

Numéro d’identification INAMI de la convention :

**Année calendrier à laquelle se rapportent les données :**

\* \*

\*

Les données mentionnées dans le tableau à la page suivante concernent en principe les patients qui, sur prescription d’un pédiatre de l’hôpital, ont été placés sous monitoring cardiorespiratoire à domicile dans le cadre de la convention avec l’INAMI. En vue de cartographier l’activité complète de l’hôpital dans ce domaine, nous souhaitons cependant disposer également des données relatives aux patients éventuels qui ne font pas partie des indications de la convention mais à qui l’hôpital a néanmoins offert un monitoring sans facturer les frais du monitoring au bénéficiaire, à ses parents ou à l’assurance.

Les données concernent exclusivement les patients pour lesquels le monitoring cardiorespiratoire à domicile a pris fin au cours de l’année calendrier considérée.

Les données relatives à l’année calendrier considérée doivent être envoyées à l’INAMI avant le 31 mars de l’année suivante :

INAMI

Service des soins de santé

Direction Établissements et Services de soins

Avenue de Tervueren 211

1150 Bruxelles

Dans le cas où la convention – avec observance de toutes les conditions en cette matière prévues à l’article 2 § 2 de la convention – est appliquée sur plusieurs sites, les données demandées doivent être envoyées séparément pour chacun des sites.

Si la page suivante n’est pas suffisante pour mentionner toutes les données relatives à tous les sites sur lesquels la convention est appliquée, vous pouvez ajouter une page en copiant la page suivante.

DONNEES STATISTIQUES PAR SITE

|  |
| --- |
| Nom et adresse du site concerné par les données mentionnées dans le présent tableau : |
| Catégories de bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire à domicile(cf. articles 3 et 4 de la convention) | Nombre de patients pour lesquels le monitoring cardiorespiratoire à domicile a pris fin au cours de l’année calendrier considérée | Durée moyenne du monitoring cardiorespiratoire à domicile |
| Catégorie 1 |  |  |
| Catégorie 2 |  |  |
| Catégorie 3 |  |  |
| Catégorie 4 (ALTE) |  |  |
| Patients qui ne font pas partie des indications de la convention, mais à qui l’hôpital a néanmoins offert un monitoring sans le facturer séparément |  |  |

|  |
| --- |
| Nom et adresse du site concerné par les données mentionnées dans le présent tableau : |
| Catégories de bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire à domicile(cf. articles 3 et 4 de la convention) | Nombre de patients pour lesquels le monitoring cardiorespiratoire à domicile a pris fin au cours de l’année calendrier considérée | Durée moyenne du monitoring cardiorespiratoire à domicile |
| Catégorie 1 |  |  |
| Catégorie 2 |  |  |
| Catégorie 3 |  |  |
| Catégorie 4 (ALTE) |  |  |
| Patients qui ne font pas partie des indications de la convention, mais à qui l’hôpital a néanmoins offert un monitoring sans le facturer séparément |  |  |

|  |
| --- |
| Nom et adresse du site concerné par les données mentionnées dans le présent tableau : |
| Catégories de bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire à domicile(cf. articles 3 et 4 de la convention) | Nombre de patients pour lesquels le monitoring cardiorespiratoire à domicile a pris fin au cours de l’année calendrier considérée | Durée moyenne du monitoring cardiorespiratoire à domicile |
| Catégorie 1 |  |  |
| Catégorie 2 |  |  |
| Catégorie 3 |  |  |
| Catégorie 4 (ALTE) |  |  |
| Patients qui ne font pas partie des indications de la convention, mais à qui l’hôpital a néanmoins offert un monitoring sans le facturer séparément |  |  |