

# I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

## Soins de Santé

Circulaire OA n° 2012/225 du 13 juin 2012

370/1558

En vigueur à partir du 1 juillet 2012

Abroge circulaire n° 2012/215  
du 5 juin 2012

## Nouvelle convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile à partir du 1er juillet 2012

*Par rapport à la circulaire O.A. n° 2012/215 du 5 juin 2012, la présente circulaire n'apporte qu'une petite rectification à l'article 3, § 1, 2) c) du texte français de la convention (= annexe 1 à la version française de la circulaire). A savoir, pour les nouveau-nés, la différence de pourcentage entre la version française et la version néerlandaise de l'article 3, §1, 2) c). Là où dans le texte initial français il était question d'une SaO<sub>2</sub> de < 90 %, ceci est modifié en < 93 %, pourcentage qui figurait ainsi déjà auparavant dans la version néerlandaise. De la reconstitution du processus de décision il apparaît que la version exacte est < 93 %.*

Le 30 juin 2012 se terminent toutes les conventions de rééducation conclues en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile (conventions avec numéro d'identification 7.81.0xx.xx ou 7.81.1xx.xx). Une liste de tous les hôpitaux qui avaient conclu cette convention, est reprise dans la circulaire O.A. 2010/298 – 370/1427 du 9 août 2010. Tous ces hôpitaux peuvent adhérer à la nouvelle convention dont le texte se trouve en annexe à la présente circulaire. Une liste des hôpitaux ayant effectivement adhéré à cette nouvelle convention, sera publiée ultérieurement.

La nouvelle convention diffère de la convention antérieure sur plusieurs points. Des modifications ont ainsi été apportées entre autres concernant les aspects suivants :

- Les formes d'oxygénothérapie remboursées et le matériel pouvant être utilisé dans ce cadre ;
- Les indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ;
- Les prix de l'oxygénothérapie ;
- L'intervention dans les frais d'électricité des patients ;
- Les règles en cas d'hospitalisation ;
- La délivrance de l'oxygène liquide et éventuellement de l'oxygène médical gazeux (rôle de la pharmacie hospitalière) ;
- L'application de la convention sur plusieurs sites hospitaliers.

Ces modifications sont décrites brièvement dans la présente circulaire, qui comprend également plusieurs instructions pratiques sur l'application de la nouvelle convention. Pour un aperçu complet de la réglementation ad hoc, nous vous renvoyons au texte de la convention.

### **Formes d'oxygénothérapie proposées**

Les formes d'oxygénothérapie qui peuvent être proposées au patient ont subi de profondes modifications à deux niveaux (cf. article 3) :

- 1) L'oxygénothérapie par oxyconcentrateur, complété d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse, ne peut en principe plus être proposée aux patients. En revanche, deux nouvelles formes d'oxygénothérapie sont prévues :
  - l'oxygénothérapie par oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de recharge
  - l'oxygénothérapie par oxyconcentrateur fixe complété par un oxyconcentrateur portable.

Les patients traités jusqu'à présent par oxyconcentrateur complété d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> devront passer à une de ces nouvelles formes d'oxygénothérapie (*sauf si l'hôpital même est propriétaire d'un grand nombre d'oxyconcentrateurs et que les dispositions de l'article 26 lui sont applicables*).

- 2) Les critères de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide ont été affinés. Un patient entre en ligne de compte pour une oxygénothérapie par oxygène liquide uniquement s'il a besoin d'un débit d'oxygène de  $\geq 4$  litre par minute. Les autres patients traités jusqu'à présent par oxygène liquide devront passer en pratique soit à un oxyconcentrateur équipé d'un compresseur de recharge, soit à un oxyconcentrateur fixe combiné à un oxyconcentrateur portable.

Pour les patients susmentionnés qui doivent passer à une autre forme d'oxygénothérapie, cette conversion devra être réalisée entre le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et le 31 juillet 2013, à savoir à la date à laquelle la période de prise en charge autorisée (dans le cadre de la précédente convention) par le médecin-conseil expire (cf. articles 24 et 25). Les périodes de prise en charge de l'oxygénothérapie autorisées (dans le cadre de la précédente convention) par les médecins-conseils restent donc valables jusqu'à la date de fin normale de la période autorisée. Au moment de la prolongation de la période de prise en charge, chaque patient doit satisfaire aux dispositions de la nouvelle convention (tant au niveau des indications que de la forme d'oxygénothérapie proposée).

### **Indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile**

Les indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile (cf. article 3) n'ont été modifiées dans la nouvelle convention que dans une mesure limitée. Seules les indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile pour un syndrome d'hypoxémie nocturne (cf. article 3, § 1<sup>er</sup>, 1°, a) ont été affinées.

En outre, des critères spécifiques pour les enfants et les nouveau-nés ont été insérés à l'article 3.

Les conditions de la prolongation annuelle de l'oxygénothérapie ont également été définies plus clairement à l'article 3.

Dans le cadre de la nouvelle convention, seuls les pneumologues et les pédiatres spécialisés en pneumologie pourront prescrire un traitement d'oxygénothérapie de longue durée à domicile (cf. article 5, § 2).

### **Nouveaux prix et pseudo-codes**

Le tableau ci-dessous mentionne les nouveaux prix et les nouveaux pseudo-codes qui doivent être utilisés pour les prestations réalisées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour les différentes formes d'oxygénothérapie :

Modalité de l'oxygénothérapie	Pseudo-code	Forfait journalier
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe	797252	5,30 €

Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe avec compresseur de recharge	797274	7,77 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe et oxyconcentrateur portable	797296	9,31 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide	797311	5,30 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe complété par de petites bouteilles d'oxygène	797333	7,77 €

Pour les prestations réalisées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, seuls les forfaits accompagnés du nouveau pseudo-code correspondant mentionné dans le tableau peuvent encore être facturés aux organismes assureurs. Cette disposition s'applique donc également aux patients pour lesquels les médecins-conseils ont encore octroyé la prise en charge de l'oxygénothérapie dans le cadre de la convention antérieure, même si le médecin-conseil a mentionné un ancien pseudo-code dans sa lettre d'autorisation. Il appartient aux hôpitaux eux-mêmes de convertir la prise en charge accordée par le médecin-conseil (ancien pseudo-code) vers le nouveau pseudo-code, sans qu'un nouvel accord du médecin-conseil ne soit requis, sur base du tableau de conversion suivant (cf. article 24 § 1 de la convention)

Modalité d'oxygénothérapie de longue durée déjà accordée (accord en cours donné dans le cadre de la convention qui prend fin le 30/06/2012)		Pseudocode et prix à utiliser à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2012	
Modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile	Pseudocode	Pseudocode	Prix
Oxyconcentrateur	772516	797252	5,30 €
Oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m <sup>3</sup> avec valve économiseuse – remboursable en vertu du § 207 de l'AR du 21.12.2001	775176	797333	7,77 €
Oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m <sup>3</sup> avec valve économiseuse – non remboursable en vertu du § 207 de l'AR du 21.12.2001	775191		
Oxygène liquide	772531	797311	5,30 €

### **Intervention forfaitaire dans les frais d'électricité des patients** (artikel 13)

Comme ce fut déjà le cas dans la convention précédente, une intervention est prévue pour les frais d'électricité supplémentaires liés à l'utilisation de l'oxyconcentrateur pour le bénéficiaire. Cette intervention n'est toutefois plus comprise dans les prix journaliers que les hôpitaux peuvent facturer.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, d'une part, l'intervention forfaitaire pour frais d'électricité s'élève à 1 € par jour et d'autre part, il appartient aux organismes assureurs de verser cette intervention aux bénéficiaires concernés. L'organisme assureur doit comptabiliser cette intervention à l'aide du pseudo-code 797355.

L'organisme assureur du bénéficiaire versera cette intervention à chaque bénéficiaire traité dans le cadre de la convention à l'aide d'un oxyconcentrateur, même si le bénéficiaire habite dans une des résidences mentionnées à l'article 4 § 1.

Les montants dus seront versés au bénéficiaire au moins 1 fois par trimestre.

L'indemnité prévue pour les frais d'électricité reste toujours due au bénéficiaire, même si le bénéficiaire, pour qui un programme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile a déjà été entamé, était temporairement hospitalisé.

Pour les patients traités par oxygène liquide (pseudo-code 797311) aucune intervention n'est due pour frais d'électricité.

### **Oxygénothérapie et hospitalisation** (article 4, § 1<sup>er</sup> et article 14)

Le remboursement de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile est possible dans le cas où le patient est admis dans un hôpital psychiatrique et en cas d'hospitalisations partielles.

Pour les patients qui ont déjà entamé une oxygénothérapie à domicile dans le cadre de la convention, l'oxygénothérapie peut également être facturée si le patient est ensuite hospitalisé dans un hôpital autre que l'hôpital chargé de suivre l'oxygénothérapie du patient. Cette modification a été motivée par des raisons liées à la simplification administrative : pour les hôpitaux conventionnés, il était en effet difficile dans la pratique de vérifier si un patient n'avait pas été hospitalisé dans un autre hôpital. Pour les mêmes raisons de simplification administrative, il n'est fait aucune distinction entre les pseudo-codes pour les patients ambulatoires et les pseudo-codes pour patients hospitalisés : l'oxygénothérapie peut donc toujours être facturée sur la base des pseudo-codes des patients ambulatoires, même si le patient a été hospitalisé dans un autre hôpital.

Dans le cas d'une hospitalisation complète du patient sur n'importe quel site de l'hôpital qui suit l'oxygénothérapie du patient, le prix de journée pour l'oxygénothérapie ne peut pas être facturé pour les journées durant lesquelles le patient a été hospitalisé.

### **Les médicaments oxygène liquide et oxygène médical gazeux. Rôle de la pharmacie hospitalière**

Dans le cadre de la nouvelle convention, l'oxygène liquide ne peut plus être délivré à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 par l'officine publique du patient. Seule la pharmacie hospitalière est habilitée à le faire. La pharmacie hospitalière peut éventuellement faire appel dans ce but à un prestataire de services médico-techniques spécialisés.

La pharmacie hospitalière peut facturer séparément l'oxygène liquide sur la base de la réglementation relative aux médicaments (cf. article 11, § 5).

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, l'oxygène médical gazeux ne pourra plus être facturé séparément pour les patients qui complètent encore un oxyconcentrateur (à titre temporaire) par de petites bouteilles d'oxygène médical gazeux (cf. article 25 et article 26, § 4). Le coût de l'oxygène médical gazeux est censé, pour les patients qui suivent cette forme d'oxygénothérapie (prestation 797333), être compris dans le prix de 7,77 EUR par journée.

Les patients qui suivent un traitement d'oxygénothérapie dans le cadre de la convention n'entrent plus en ligne de compte, en dehors du cadre de cette convention, pour le remboursement d'un oxyconcentrateur ou de l'oxygène médical gazeux (*sauf, jusqu'au 31 août 2012 inclus, dans le cas décrit plus haut de traitement par oxyconcentrateur complété par des petites bouteilles d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse*). L'hôpital doit informer par écrit chaque patient et son médecin généraliste qu'aucun autre traitement d'oxygénothérapie ne peut plus être remboursé en dehors du cadre de la convention (cf. article 4 § 2). L'hôpital doit aussi faire savoir au pharmacien du patient que celui-ci est traité par oxygénothérapie dans le cadre de la convention (cf. notamment l'article 8 § 2). Ceci est surtout important pour les patients qui étaient traités auparavant par oxygénothérapie via la pharmacie publique, afin de permettre un passage correct d'une réglementation à l'autre. Le pharmacien ne peut en effet plus tarifier d'oxygène pour les patients qui bénéficient d'une oxygénothérapie via la convention. C'est pourquoi il est souhaitable que l'hôpital et le pharmacien établissent entre eux les accords nécessaires au passage du patient d'une réglementation à l'autre.

### **Application de la convention sur plusieurs sites hospitaliers**

Chaque hôpital ne peut conclure la nouvelle convention avec le Comité de l'assurance qu'une seule fois. Si un hôpital dispose de plusieurs sites hospitaliers, il peut appliquer la convention sur ces différents sites pour autant qu'il soit satisfait aux conditions décrites à l'article 7, § 2 de la nouvelle convention.

Les demandes de prise en charge de l'oxygénothérapie doivent être introduites à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 sur la base du numéro d'identification de la nouvelle convention. Cette disposition est valable tant pour les demandes pour les nouveaux patients que pour la prolongation de l'oxygénothérapie pour les patients qui ont déjà été pris en charge dans le cadre de la précédente convention. Les anciens numéros d'identification des conventions précédentes doivent toujours être utilisés à titre temporaire pour la facturation de prestations pour les patients pour lesquels un accord du médecin-conseil (*octroyé dans le cadre de la précédente convention, sur la base d'un ancien numéro d'identification*) est en cours, et ce jusqu'à la fin de la période de prise en charge octroyée (dans le cadre de la précédente convention) (cf. article 24, § 1<sup>er</sup>).

### **Autres adaptations importantes**

Une période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil prend fin si, pour le même bénéficiaire, une demande est introduite par un autre hôpital (cf. article 18, § 1<sup>er</sup>).

La facturation doit désormais s'effectuer sur support électronique, via la bande magnétique de l'hôpital (cf. article 19, § 1<sup>er</sup>).

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder  
Directeur général.

Annexes :

[Texte de la convention](#)

[Modèle de rapport médical \(= annexe 1 à la convention\)](#)

[Modèle de rapport annuel \(= annexe 2 à la convention\)](#)

[Composition des prix \(= annexe 3 à la convention\)](#)

[Lettre aux hôpitaux concernés relative à la nouvelle convention](#)

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUEREN 211 — 1150 BRUXELLES

## Service des soins de santé

### **CONVENTION EN MATIÈRE D'OXYGÉNOTHÉRAPIE DE LONGUE DURÉE À DOMICILE EN CAS D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE**

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 de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

et d'autre part,

*#nom du pouvoir organisateur et nom et site de l'hôpital #* dans le cadre duquel fonctionne le service de pneumologie visé par la présente convention.

**Article 1<sup>er</sup>.** Le service de pneumologie de l'établissement hospitalier (hôpital) mentionné dans le préambule qui fonctionne comme établissement de rééducation fonctionnelle au sens de la présente convention, est désigné dans cette convention par le terme « l'établissement ». Si pour l'application de la présente convention, le service de pneumologie précité collabore avec la section spécialisée en pneumologie du service de pédiatrie du même établissement hospitalier, les deux services ensemble sont désignés ci-après par le terme « l'établissement ».

### **OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 2.** La présente convention règle l'intervention de l'assurance soins de santé en cas d'oxygénothérapie de longue durée à domicile et définit notamment les conditions auxquelles doivent répondre les bénéficiaires de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile et celles auxquelles doit répondre un établissement au sens de la convention. La convention décrit également les prestations remboursables prévues et elle fixe les montants et les modalités de paiement de leurs prix et honoraires. En outre, elle décrit les relations entre les différentes parties de cette convention, à savoir le pouvoir organisateur de l'établissement, l'établissement, la pharmacie hospitalière de l'établissement hospitalier (l'hôpital) dont fait partie l'établissement, les prestataires de service médico-techniques auxquels l'établissement peut faire appel, 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.

### **BÉNÉFICIAIRES VISÉS PAR LA PRÉSENTE CONVENTION**

**Article 3. § 1<sup>er</sup>.** Le bénéficiaire de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe est un patient insuffisant respiratoire chronique grave qui appartient à l'un des groupes cibles suivants :

- 1) a) les adultes qui, quoique ayant bénéficié des thérapeutiques médicamenteuses et/ou physiques appropriées et ayant cessé de fumer, présentent un syndrome d'hypoxémie nocturne

- avec, en état stable, indiscutablement les caractéristiques d'un cœur pulmonaire chronique ou bien, en cas de doute, avec une pression artérielle pulmonaire moyenne (PAP) de  $\geq 25$  mm Hg mesurée par cathétérisme ou, à l'échographie doppler, une PAP systolique estimée de  $> 45$  mm Hg
- et/ou avec un hémocrite de  $> 55\%$

et chez qui par enregistrement transcutané durant toute la nuit (enregistrement de 8 heures au minimum) une saturation en oxygène ( $\text{SaO}_2$ ) de  $< 90\%$  est constatée durant  $> 30\%$  du temps d'enregistrement. En cas d'apnée obstructive du sommeil concomitante (= syndrome de chevauchement), il convient de démarrer au préalable un traitement avec nCPAP.

Après un an d'oxygénothérapie, le traitement ne peut être poursuivi que dans le cas où, lors d'un nouvel enregistrement transcutané durant toute la nuit (enregistrement de 8 heures au minimum), une saturation en oxygène ( $\text{SaO}_2$ ) de  $< 90\%$  est de nouveau constatée durant  $> 30\%$  du temps d'enregistrement. Les années suivantes, une nouvelle mesure des valeurs gazométriques (à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin-conseil de l'organisme assureur) n'est requise que s'il y a des indications cliniques à cet effet.

- b) les enfants (âgés de moins de 16 ans) et les nouveau-nés (âgés de moins de 1 an), qui présentent pendant le sommeil une saturation en oxygène ( $\text{SaO}_2$ ) de  $< 93\%$  durant 1 heure au moins ;

En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, il y a lieu qu'une nouvelle mesure démontre que le bénéficiaire répond encore à cette condition.

- 2) a) les adultes, qui quoique ayant bénéficié des thérapeutiques médicamenteuses et/ou physiques appropriées et ayant cessé de fumer, présentent à l'air ambiant et en état de veille une  $\text{PaO}_2$  de  $\leq 55$  mm Hg (7,33 K Pa), lors de deux mesures effectuées à 3 mois d'intervalle, au repos et en dehors de poussées aiguës.

L'intervalle précité de 3 mois entre 2 mesures peut éventuellement être réduit à 15 jours et en guise d'exception une intervention de l'assurance peut être accordée pour une période de 3 mois qui ne peut être prolongée que si une troisième mesure 3 mois après la première démontre aussi une  $\text{PaO}_2$  de  $\leq 55$  mm Hg (7,33 K Pa).

En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, une nouvelle mesure de la  $\text{PaO}_2$  de ce bénéficiaire peut être remplacée par une mesure transcutanée, en état de veille, à l'air ambiant, au repos et en dehors d'une poussée aigue, démontrant une  $\text{SaO}_2$  de  $\leq 88\%$ .

- b) les enfants (âgés de moins de 16 ans), qui présentent une  $\text{PaO}_2 \leq 55$  mm Hg (7,33 K Pa) et /ou en état de veille, à l'air ambiant, au repos et en dehors d'une poussée aigue, une  $\text{SaO}_2$  de  $< 93\%$  ;

En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, il y a lieu qu'une nouvelle mesure démontre que le bénéficiaire répond encore à cette condition.

- c) les nouveau-nés (âgés de moins de 1 an), qui présentent une  $\text{PaO}_2 \leq 55$  mm Hg (7,33 K Pa) et /ou en état de veille, à l'air ambiant, au repos et en dehors d'une poussée aigue, une  $\text{SaO}_2$  de  $< 93\%$  durant 5 minutes successives.

- 3) les adultes qui, quoique ayant bénéficié des thérapeutiques médicamenteuses et/ou physiques appropriées et ayant cessé de fumer, présentent à l'air ambiant et en état de veille une  $\text{PaO}_2$  de  $> 55$  et  $< 60$  mm Hg, lors de deux mesures effectuées à 3 mois d'intervalle, au repos et en dehors de poussées aiguës et qui en outre
- présentent un hémocrite de  $> 55\%$

- et/ou, en état stable, présentent indiscutablement les caractéristiques d'un cœur pulmonaire chronique ou bien, en cas de doute, présentent une PAP moyenne de  $\geq 25$  mm Hg mesurée par cathétérisme ou, à l'échographie doppler, une PAP systolique estimée de  $> 45$  mm Hg.

En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, il y a lieu que des nouvelles mesures démontrent que le bénéficiaire répond encore à ces conditions.

Pour chaque bénéficiaire ressortissant du 2) ou 3), le pneumologue ou, le cas échéant, le pédiatre de l'établissement a prescrit une oxygénothérapie de longue durée à domicile d'au moins 15 heures par jour avec un débit d'au moins 1 litre par minute, à l'issue d'une épreuve d'oxygénothérapie brève ayant entraîné une hausse significative de la PaO<sub>2</sub> (ou, pour des enfants, la SaO<sub>2</sub>) sans aggravation de l'hypercapnie (cette dernière condition n'étant pas applicable aux enfants).

**§ 2.** Le bénéficiaire de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables, est :

- 1) un bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, 1), de cet article qui, en outre :
  - dans la journée, lors du test de marche de 6 minutes présente une SaO<sub>2</sub> de  $< 88$  % et ce, à l'occasion de 2 mesures effectuées à 3 mois d'intervalle et en dehors de poussées aiguës,
  - et, estimé sur 1 semaine ordinaire de sa vie quotidienne, passe en moyenne minimum 30 minutes par jour hors de son logement avec oxyconcentrateur ;

En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, il y a lieu qu'une nouvelle mesure en dehors de poussées aiguës démontre que le bénéficiaire dans la journée, lors du test de marche de 6 minutes présente encore une SaO<sub>2</sub> de  $< 88$  %.

- 2) un bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, 2) ou 3) de cet article qui, en outre, estimé sur 1 semaine ordinaire de sa vie quotidienne, passe en moyenne minimum 30 minutes par jour hors du logement où se trouve l'oxyconcentrateur.

**§ 3.** Le bénéficiaire de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe, complété par un oxyconcentrateur portable, est :

- 1) soit un bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, 2) ou 3) du présent article. qui, en outre :
  - a) suit l'enseignement maternel, primaire, secondaire ou supérieur (ou est accueilli plusieurs jours par semaine en tant que bébé, tout-petit ou jeune enfant dans une crèche, chez des grands-parents, des parents d'accueil et semblables), ce qui nécessite qu'aux jours d'école (ou jours d'accueil) il passe en autonomie  $> 3$  heures hors de sa maison ; si le bénéficiaire nécessite de manière permanente un débit d'oxygène de  $\geq 4$  litres par minute, il s'inscrit dans le cadre de l'application du § 4.
  - b) ou exerce au moins à mi-temps une activité professionnelle, ce qui nécessite qu'aux jours ouvrables il passe en autonomie  $> 3$  heures hors de sa maison ; si le bénéficiaire nécessite de manière permanente un débit d'oxygène de  $\geq 4$  litres par minute, il s'inscrit dans le cadre de l'application du § 4.
  - c) ou a des activités socio-culturelles et/ou des obligations familiales qui nécessitent que, estimé sur 1 semaine ordinaire de sa vie quotidienne, en moyenne il passe chaque jour en autonomie  $> 3$  heures hors de sa maison ; si le bénéficiaire nécessite de manière permanente un débit d'oxygène de  $\geq 4$  litres par minute, il s'inscrit dans le cadre de l'application du § 4.
- 2) soit un bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, 1) du présent article, qui en outre dans la journée, lors du test de marche de 6 minutes présente une SaO<sub>2</sub> de  $< 88$  % et ce, à l'occasion de 2 mesures effectuées à 3 mois d'intervalle et en dehors de poussées aiguës, et qui répond également aux critères du § 3, 1) concernant le nombre d'heures d'activités hors de la maison. En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, il y a lieu qu'une nouvelle mesure en dehors de poussées aiguës démontre que le bénéficiaire dans la journée, lors du test de marche de 6 minutes présente encore une SaO<sub>2</sub> de  $< 88$  %.

- 3) soit une personne souffrant de mucoviscidose qui, au repos et à l'air ambiant et en dehors d'une période d'exacerbation présente une PaO<sub>2</sub> de < 65 mm Hg et/ou, lors du test de marche de 6 minutes à l'air ambiant présente une SaO<sub>2</sub> de < 88 %. En vue de la prolongation annuelle de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile, une nouvelle mesure des valeurs susmentionnées (à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin-conseil de l'organisme assureur) n'est requise que s'il y a des indications cliniques à cet effet ou si le patient a subi une transplantation pulmonaire. Si le bénéficiaire nécessite de manière permanente un débit d'oxygène de ≥ 4 litres par minute, il s'inscrit dans le cadre de l'application du § 4.
- 4) soit un nouveau-né (âgé de moins de 1 an) ou un enfant (âgé de moins de 16 ans) qui répond aux conditions telles qu'elles sont fixées pour les enfants ou les nouveau-nés au §1<sup>er</sup>, 1) ou 2).

**§ 4.** Le bénéficiaire de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide est un bénéficiaire avec une insuffisance respiratoire chronique requérant de manière permanente un débit d'oxygène de ≥ 4 litres par minute et qui répond soit aux critères du § 1<sup>er</sup>, 2) ou § 1<sup>er</sup>, 3) du présent article, soit aux critères du § 3, 3) du présent article.

**§ 5.** Les bénéficiaires de la convention relative à l'instauration et au suivi ultérieur de l'assistance ventilatoire mécanique de longue durée à domicile qui, dans ce cadre, perçoivent une intervention pour une assistance ventilatoire à domicile (AVD) continue, discontinue ou nocturne entrent également en ligne de compte pour une oxygénothérapie complémentaire de longue durée à domicile à l'aide d'un oxyconcentrateur fixe, si lors d'un traitement (à l'essai) avec uniquement une AVD, on constate une saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) < 90% pendant au moins 2 heures. En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, une nouvelle mesure de la saturation en oxygène (à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin-conseil de l'organisme assureur) n'est nécessaire que s'il y a des indications cliniques à cet effet.

Ces bénéficiaires peuvent entrer en ligne de compte pour une oxygénothérapie complémentaire de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables, si lors d'un traitement (à l'essai) avec uniquement une AVD, on constate une saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) < 90% pendant au moins 2 heures et si le bénéficiaire - estimé sur 1 semaine ordinaire de sa vie quotidienne - passe en moyenne minimum 30 minutes par jour hors du logement où se trouve l'oxyconcentrateur. Après un an d'oxygénothérapie, le traitement par oxygénothérapie ne peut être poursuivi que si lors d'une nouvelle mesure, une saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) de < 90 % est constatée durant au moins 2 heures. Les années suivantes, une nouvelle mesure des valeurs gazométriques (à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin-conseil de l'organisme assureur) n'est requise que s'il y a des indications cliniques à cet effet.

Ces bénéficiaires peuvent entrer en ligne de compte pour une oxygénothérapie complémentaire de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe qui est complété d'un oxyconcentrateur portable si lors d'un traitement (à l'essai) avec uniquement une AVD, on constate une saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) < 90% pendant au moins 2 heures et si le bénéficiaire répond en outre aux critères du § 3, 1, a), b), ou c), concernant la durée moyenne de mobilité hors de la maison. Après un an d'oxygénothérapie, le traitement par oxygénothérapie ne peut être poursuivi que si lors d'une nouvelle mesure, une saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) de < 90 % est constatée durant au moins 2 heures. Les années suivantes, une nouvelle mesure des valeurs gazométriques (à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin-conseil de l'organisme assureur) n'est requise que s'il y a des indications cliniques à cet effet.

Ces bénéficiaires peuvent entrer en ligne de compte pour une oxygénothérapie complémentaire de longue durée à domicile par oxygène liquide si lors d'un traitement (à l'essai) avec uniquement une AVD, on constate une saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) < 90% pendant au moins 2 heures et si le bénéficiaire nécessite de manière permanente un débit d'oxygène de > 4 litres par minute. En vue de la prolongation annuelle de son oxygénothérapie de longue durée à domicile, une nouvelle mesure de la saturation en oxygène (à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin-conseil de l'organisme assureur) n'est nécessaire que s'il y a des indications cliniques à cet effet.

**Article 4. § 1<sup>er</sup>.** La présente convention porte uniquement sur l'oxygénothérapie de longue durée à domicile et se concentre donc en premier lieu sur les patients vivant dans leur propre logement ou dans le logement de parents ou d'une personne de leur entourage.

Les patients vivant dans l'une des résidences suivantes, sont également visés par la présente convention :

- une maison de repos pour personnes âgées
- une maison de repos et de soins
- une maison de soins psychiatriques
- un centre de soins de jours
- une résidence pour les enfants, jeunes ou handicapés agréée par les Communautés/Régions (semi-internat, Institut médico-pédagogique)
- une initiative d'habitation protégée
- une maison de convalescence
- un hôpital psychiatrique
- un centre de rééducation fonctionnelle

Le terme « logement » dans la présente convention s'applique donc également aux résidences susmentionnées, si le bénéficiaire séjourne dans une telle résidence.

Les patients admis dans un hôpital général (y compris la section psychiatrique d'un hôpital général) ne sont pas visés par la présente convention. Les modalités pratiques à ce sujet sont réglées par l'article 14.

**§ 2.** La présente convention porte uniquement sur les bénéficiaires qui nécessitent une oxygénothérapie de longue durée à domicile. La convention ne porte donc pas sur les patients qui, en raison d'une poussée aiguë d'une maladie sous-jacente pendant une courte période de maximum 3 mois, nécessitent une oxygénothérapie à domicile.

Les bénéficiaires qui dans le cadre de la présente convention sont traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile, ne peuvent jamais pendant la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention entrer en ligne de compte pour la prise en charge par l'assurance – dans le cadre d'une autre réglementation – d'une autre forme d'oxygénothérapie, à moins que la présente convention ne prévoie expressément que ces prestations puissent être attestées en plus des forfaits journaliers de la présente convention.

L'établissement en informera par écrit le bénéficiaire et son médecin traitant.

**§ 3.** Les bénéficiaires qui ne se déplacent que dans le logement dans lequel se trouve l'oxyconcentrateur, n'entrent pas en ligne de compte pour les modalités suivantes de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile :

- oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur qui est équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables ;
- oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe, complété avec un oxyconcentrateur portable.

**§ 4.** Sur la base de la présente convention, il n'est pas interdit de poursuivre l'oxygénothérapie de longue durée telle qu'elle est prévue dans la convention, dans une période où le bénéficiaire séjourne provisoirement en dehors de son logement, par exemple durant une résidence de vacances. Il n'est pas davantage interdit de poursuivre l'oxygénothérapie de longue durée à domicile telle que prévue dans la présente convention, au cours d'une période où le bénéficiaire séjourne à l'étranger.

Lors de telles périodes, l'intervention de l'assurance prévue par la présente convention reste due, à condition que le traitement du bénéficiaire par oxygénothérapie de longue durée soit poursuivi au cours de la période visée, que le bénéficiaire réponde à toutes les conditions fixées par l'article 3 pour la modalité de l'oxygénothérapie de longue durée par laquelle il est traité, que l'établissement mette à disposition tout le matériel et tous les accessoires nécessaires, et que la période visée fasse partie de la période de prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée visée à l'article 17 pour laquelle le médecin-conseil a marqué son accord.

Il appartient à l'établissement de décider s'il accepte qu'un bénéficiaire – dans le cadre de la convention conclue avec l'établissement – poursuive l'oxygénothérapie au cours d'une période où il séjourne provisoirement en dehors de son logement ou à l'étranger.

Si un établissement accepte de poursuivre l'oxygénothérapie de longue durée à domicile – dans le cadre de la présente convention – au cours d'une période où le bénéficiaire séjourne provisoirement en dehors de son logement ou à l'étranger, il appartient au médecin responsable de l'établissement de passer des accords avec le bénéficiaire à ce sujet et de prendre des mesures pratiques avec ce dernier, en tenant compte du fait que l'entretien du matériel et la surveillance normale, en cas de séjour à l'étranger, ne sont la plupart du temps pas possibles.

**§ 5.** Pour les bénéficiaires qui séjournent provisoirement en dehors de leur logement, la présente convention n'exclut pas non plus que les bénéficiaires mettent fin provisoirement à leur oxygénothérapie de longue durée dont se charge l'établissement, et qu'au cours de la période où ils séjournent provisoirement en dehors de leur logement, ils soient suivis par un autre hôpital qui a conclu la présente convention, qui se charge provisoirement de l'oxygénothérapie de longue durée des bénéficiaires et qui remplit à cet effet toutes les obligations de la présente convention.

**§ 6.** Dans le cadre de la présente convention, les patients affiliés à une assurance soins de santé étrangère peuvent, s'ils séjournent provisoirement en Belgique, poursuivre un traitement par oxygénothérapie de longue durée si cela s'inscrit dans des accords internationaux relatifs aux traitements médicaux dans un autre pays qui sont conclus entre leur assurance étrangère et l'assurance belge ou au niveau européen.

## L'ÉTABLISSEMENT

**Article 5. § 1<sup>er</sup>.** L'établissement visé par la présente convention est le service de pneumologie situé dans un seul hôpital. Si, le cas échéant, ce service de pneumologie collabore avec la section spécialisée en pneumologie du service de pédiatrie de l'hôpital, les deux ensemble constituent l'établissement.

Si l'établissement soigne également des enfants avec de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile, la collaboration avec un service spécialisé en pneumologie du service de pédiatrie de l'hôpital est obligatoire.

**§ 2.** L'établissement dispose d'au moins 1 médecin spécialisé en pneumologie (numéro d'inscription INAMI se terminant par 587, 620, 624, 631 ou 638) et, le cas échéant, si l'établissement traite également des enfants avec de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile, d'au moins 1 pédiatre spécialisé en pneumologie, qui prescrit les prestations prévues aux articles 8, 9, 10 et 11 et qui assume ensuite la responsabilité finale de l'exécution de ses prescriptions en conformité avec les dispositions de la présente convention.

Si au sein de l'établissement travaillent plusieurs médecins qui répondent aux conditions précitées, l'un d'entre eux sera désigné comme médecin responsable de l'établissement et agira pour l'INAMI comme personne de contact pour l'application de la convention.

**§ 3.** L'établissement dispose lui-même de l'équipement nécessaire pour l'exécution des examens suivants :

- spirométrie
- mesure de la capacité de diffusion
- étude de la mécanique ventilatoire
- détermination des gaz sanguins
- mesure et monitoring transcutané de la saturation en oxygène.

**§ 4.** L'hôpital mentionné au § 1<sup>er</sup> où l'établissement se situe, doit disposer

- de la possibilité de réanimation par respiration contrôlée ou assistée continue,
- de la possibilité de mesure de la pression de l'artère pulmonaire par cathétérisme cardiaque.

**§ 5.** L'établissement doit être à la disposition permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) du bénéficiaire et de son médecin généraliste pour les questions urgentes relatives à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile. L'établissement doit à cet effet, au moins au niveau du service des urgences de l'hôpital dont l'établissement fait partie, prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de garantir la continuité des soins, ce qui implique qu'un médecin spécialiste tel que prévu au § 2 du présent article puisse être consulté 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Si un incident technique (panne du matériel) se présente, la poursuite de l'oxygénothérapie doit être assurée dans les 3 heures après la mention de l'incident. A cet effet, l'établissement peut éventuellement faire appel aux prestataires de service médico-techniques mentionnés à l'article 6.

**§ 6.** L'établissement doit être en mesure, dès qu'il est établi pour un bénéficiaire que l'oxygénothérapie de longue durée à domicile est indiquée sur base des examens exigés à l'article 3, de commencer incessamment la forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile qui est indiquée pour ce bénéficiaire sur base des dispositions de l'article 3.

**§ 7.** L'établissement collabore avec la pharmacie hospitalière de l'hôpital dont fait partie l'établissement.

**§ 8.** Par la signature de la présente convention, le pouvoir organisateur de l'hôpital avec lequel la présente convention est conclue, confirme que l'établissement et l'hôpital répondent à toutes les conditions de cet article et qu'ils s'engagent à y répondre à tout moment.

Si, à un moment donné, l'établissement et/ou l'hôpital ne répondent pas aux conditions de la présente convention, cela peut entraîner la récupération des prestations attestées dans le cadre de la présente convention qui ont été dispensées les jours où il n'a pas été satisfait à ces conditions. Cette récupération peut dans ce cas avoir lieu de manière rétroactive pendant cinq ans.

Dans le cas où l'établissement ne dispose provisoirement pas du pneumologue requis, les prestations accordées par le médecin-conseil pour un bénéficiaire restent toutefois remboursables pendant la période de prise en charge visée à l'article 17 que le médecin-conseil a déjà accordée, aussi longtemps que la présente convention reste d'application. L'établissement ne peut dans ce cas toutefois plus introduire de demandes de prise en charge des prestations prévues dans la présente convention pour de nouveaux bénéficiaires. En ce qui concerne les bénéficiaires déjà pris en charge, l'établissement ne peut plus introduire non plus de demandes de prolongation de la période de prise en charge des prestations précédemment autorisée.

Si l'établissement ne dispose que d'un nombre limité de pneumologues, il doit dresser un plan de secours avec les mesures qu'il doit prendre dans le cas où il ne disposerait provisoirement plus d'un pneumologue. Le fait qu'un établissement ne dispose plus d'un pneumologue peut par ailleurs constituer pour le Comité de l'assurance un motif de résiliation de la présente convention. Si l'établissement ne disposait – provisoirement ou pour une longue durée – plus d'un pneumologue, il en informera immédiatement par écrit le Service des soins de santé de l'INAMI. Dans cette lettre, l'établissement doit également communiquer quelles mesures ont été prises pour assurer la qualité et la continuité des traitements par oxygénothérapie de longue durée à domicile, et quelles sont les perspectives pour de nouveau remplir la fonction vacante de pneumologue à court terme.

**Article 6. § 1<sup>er</sup>.** Pour l'organisation de l'oxygénothérapie médicale de longue durée au domicile du bénéficiaire, l'établissement peut soit faire appel à des prestataires de services médico-techniques spécialisés soit prendre cela intégralement à son propre compte.

Si l'établissement fait appel à des prestataires de services médico-techniques spécialisés pour l'organisation de l'oxygénothérapie de longue durée au domicile du bénéficiaire, cette collaboration doit être réglée par un contrat. Dans chaque contrat de ce type, il doit au moins être clairement établi qui (en l'occurrence l'hôpital ou le prestataire de services médico-techniques) prend à sa charge les parties suivantes de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile :

- l'installation du matériel prévu par la présente convention (divers types d'oxyconcentrateur, matériel pour l'utilisation du compresseur de recharge, matériel d'oxygénothérapie de longue durée avec oxygène liquide) ;
- l'approvisionnement du bénéficiaire à domicile avec tous les accessoires indispensables ;

- l'entretien du matériel, y compris l'entretien urgent, la réparation ou le remplacement du matériel en cas d'incident technique, conformément aux modalités en la matière qui sont décrites à l'article 5, § 5 ;
- la fourniture d'oxygène médical liquide prévue par la présente convention pour certains bénéficiaires ;
- la reprise de l'appareil ;
- la formation du bénéficiaire et de son entourage à l'utilisation du matériel ;
- l'enregistrement de l'utilisation effective que fait le patient de l'oxyconcentrateur et la transmission de ces données d'enregistrement à l'établissement.

Dans chaque contrat sont également stipulées toutes les indemnités et modalités de paiement dont l'hôpital est redevable pour les services effectués par le prestataire spécialisé de services médico-techniques dans le cadre de la présente convention.

**§ 2.** Les prestataires de services médico-techniques auxquels fait appel l'établissement, ne peuvent jamais être considérés comme partie dans le cadre de la présente convention. Dans le cadre de la présente convention, l'établissement est dès lors le seul responsable de l'application correcte de la présente convention vis-à-vis du bénéficiaire, de l'organisme assureur du bénéficiaire et de l'Inami.

Dans le cadre des contrats conclus entre l'établissement et les prestataires de services médico-techniques, l'établissement peut bien convenir contractuellement quelles sont les obligations que les prestataires de services médico-techniques prennent à leur charge en sous-traitance et comment l'établissement peut se dédommager vis-à-vis du prestataire de services médico-techniques si ce dernier ne remplit pas les obligations prises.

**§ 3.** À partir du moment où les prestataires de service médico-techniques doivent être agréés légalement, l'établissement ne peut exclusivement faire appel qu'à des prestataires de service médico-techniques agréés.

**§ 4.** Tous les dispositifs médicaux employés dans le cadre de la présente convention doivent être conformes aux lois, règlements et normes européennes et belges en vigueur.

#### **APPLICATION DE LA CONVENTION À PLUSIEURS SITES HOSPITALIERS** **CONSÉQUENCES POUR LA CONVENTION EN CAS** **DE FUSION OU DE DÉFUSION D'ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

**Article 7.** § 1<sup>er</sup>. La présente convention ne peut être conclue qu'une seule fois avec un même établissement hospitalier (hôpital). La convention concerne exclusivement les activités d'un même établissement hospitalier dans le cadre de cette convention, jamais les activités de plusieurs établissements hospitaliers différents.

Chaque convention conclue se voit attribuer un seul et unique numéro d'identification.

**§ 2.** Si l'établissement hospitalier avec lequel est conclue la présente convention souhaite offrir les prestations prévues dans cette convention sur plusieurs sites hospitaliers dont il dispose, il doit respecter – par site où ces prestations sont proposées – les conditions suivantes :

- Les prestations que prévoit cette convention ne peuvent être offertes que sur les sites hospitaliers de l'établissement hospitalier;
- Sur chaque site où sont offertes les prestations de la présente convention, un médecin spécialiste en pneumologie tel que décrit à l'article 5, § 2, de la présente convention doit être présent quotidiennement (excepté les samedis, dimanches et les jours fériés). Si, le cas échéant, des enfants traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile sont également suivis, un pédiatre spécialisé en pneumologie doit également organiser 1 fois par semaine des consultations sur ce site.
- Sur chaque site où sont offertes les prestations de la présente convention, l'équipement est présent pour l'exécution de tous les examens visés à l'article 5, § 3.

- L'établissement mentionnera annuellement, pour tous les sites hospitaliers confondus, les données demandées à l'article 20 de la présente convention sur l'utilisation de la présente convention.
- L'établissement fournira pour tous les sites hospitaliers confondus les chiffres de production demandés à l'article 21 de la présente convention.

Ces conditions s'appliquent également si l'établissement hospitalier fusionne avec un établissement hospitalier qui n'a pas conclu cette convention et que le nouvel établissement hospitalier fusionné souhaite lui aussi offrir les activités de la présente convention sur des sites de l'ancien établissement hospitalier qui ne disposait pas de cette convention.

**§ 3.** Si l'établissement hospitalier avec lequel cette convention a été conclue fusionne, après conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier avec lequel cette convention a également été conclue, les deux conventions peuvent durer encore deux ans au maximum et les deux numéros d'identification peuvent être utilisés encore deux ans au maximum, à condition que le nouvel établissement hospitalier fusionné reprenne tous les droits et obligations découlant des conventions. Le nouvel établissement hospitalier fusionné doit dans ce cas prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de pouvoir mettre fin après deux ans au plus tard à une des deux conventions et informer par écrit (par lettre recommandée) le Service des soins de santé de l'INAMI de quelle convention il s'agit, information qui sera communiquée par circulaire aux organismes assureurs. L'autre convention continuera à produire ses effets à condition que le nouvel établissement hospitalier reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention et le déclare formellement dans la lettre recommandée précitée.

Afin de pouvoir arrêter effectivement une des deux conventions après deux ans, les demandes individuelles de prise en charge visées à l'article 16 doivent être introduites au plus tard un an après la fusion des hôpitaux sous le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir, de sorte que les périodes de prise en charge autorisées, visées à l'article 17, qui ont été demandées sous le numéro d'identification à supprimer expirent au plus tard deux ans après la fusion des hôpitaux.

Aussi longtemps (dans les limites de la période précitée de maximum deux ans après la fusion des hôpitaux) que les activités offertes par les deux établissements hospitaliers fusionnés dans le cadre de la présente convention, n'ont pas été totalement intégrées, les chiffres de production demandés à l'article 21 peuvent être indiqués séparément. Toutefois, il est également autorisé de regrouper les prestations réalisées dans les chiffres de production sous le numéro d'identification d'une des entités (à savoir le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir) et de mentionner pour l'autre entité que la production est nulle. En aucun cas, une même prestation ne peut être inscrite deux fois dans les chiffres de production, à savoir tant dans les chiffres de production de l'une des entités avant fusion que dans ceux de l'autre entité avant fusion.

Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent également aux établissements hospitaliers ayant conclu avant le 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour divers campus de l'établissement hospitalier une convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile, mais qui, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, ne disposent plus que d'une convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile.

**§ 4.** Si l'établissement hospitalier avec lequel a été conclue la présente convention est, dans le cadre d'une défusion d'hôpitaux, scindé en plusieurs établissements hospitaliers séparés, la présente convention peut (dans le cadre de l'accord de défusion) être automatiquement reprise par un des deux établissements hospitaliers apparus après la défusion, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défussionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d'informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l'INAMI) quel établissement hospitalier (dans le cadre de l'accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d'hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit la convention, la présente convention (en

ce compris les périodes de prise en charge individuelles autorisées visées à l'article 17) expire automatiquement à la date de prise d'effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l'assurance. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défusionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge de la rééducation fonctionnelle doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue à l'article 16.

## **DESCRIPTION ET PRIX DES PRESTATIONS**

**Article 8. § 1<sup>er</sup>.** L'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur prévue à l'article 3, § 1<sup>er</sup> et § 5 de cette convention comprend l'ensemble des éléments mentionnés au présent article, et qui sont assurés sous la responsabilité finale de (un des) pneumologue(s) ou éventuellement pédiatre(s) prescripteur(s) de l'établissement.

**§ 2.** Un oxyconcentrateur est mis à la disposition du bénéficiaire à son domicile.

Cet oxyconcentrateur doit pouvoir assurer, en permanence, avec un débit continu de 4 litres par minute, une concentration en oxygène contrôlée d'au moins 90%. S'il n'est pas équipé d'un système d'autocontrôle de la concentration d'oxygène, l'établissement s'engage à pallier cet inconvénient, en procédant sous sa responsabilité aux contrôles réguliers de la concentration d'oxygène exigée.

En outre, l'oxyconcentrateur doit également disposer d'un compteur qui enregistre l'utilisation effective de l'oxyconcentrateur. Les oxyconcentrateurs qui à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ne disposent pas encore d'un tel compteur, peuvent toutefois continuer d'être utilisés jusqu'au 30 avril 2015 au plus tard.

**§ 3.** L'établissement met également à la disposition du bénéficiaire à son domicile tous les accessoires nécessaires à l'oxygénothérapie. Ces accessoires peuvent – en fonction des besoins individuels de chaque bénéficiaire – différer de bénéficiaire à bénéficiaire. Il s'agit entre autres des lunettes et masques à oxygène, du tuyau, d'un humidificateur, de tous les filtres nécessaires à l'épuration de l'air à partir duquel l'oxygène est concentré, des canules nasales et des conduites assurant le transfert de l'oxygène du concentrateur à la canule nasale. L'établissement pourvoira également au renouvellement de ces accessoires. L'établissement veille à ce que les conduites permettent la déambulation du bénéficiaire chez lui, sans déplacement du concentrateur et ceci, si nécessaire, sur une distance de 12 mètres.

**§ 4.** La surveillance par l'établissement se rapporte à :

- a) l'installation de l'oxyconcentrateur au domicile du bénéficiaire ;
- b) l'initiation et la motivation du bénéficiaire et de son entourage à l'oxygénothérapie en général et à celle par oxyconcentrateur en particulier, y compris les directives de sécurité générales indispensables ;
- c) le titrage correct du débit d'oxygène ;
- d) la surveillance de l'observance du bénéficiaire quant à son oxygénothérapie. À cet effet, l'établissement contrôlera au moins une fois par an l'utilisation effective que fait le bénéficiaire de l'oxyconcentrateur ;
- e) la disponibilité permanente en cas d'incident, conformément aux dispositions de l'article 5, § 5, de la présente convention ;
- f) la reprise de l'oxyconcentrateur à la fin de la thérapie.

Le médecin généraliste du bénéficiaire est informé et associé aux points a), b) et c) de la surveillance. A ce sujet, l'établissement communiquera aussi au médecin généraliste (en référence aux dispositions de l'article 5 §5) de quelle manière il peut contacter l'établissement pour des questions au sujet de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile (également pour des demandes urgentes le soir, la nuit et pendant les week-ends) et la procédure à suivre si un incident technique se présente.

L'établissement informera également le pharmacien désigné par le bénéficiaire que ce dernier est traité à domicile avec cette forme d'oxygénothérapie de longue durée.

**§ 5.** Le forfait journalier qui peut être attesté pour les bénéficiaires traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur, couvre :

- la mise à disposition d'un oxyconcentrateur tel que visé au § 2 du présent article ;
- la mise à disposition de tous les accessoires nécessaires tels que visés au § 3 du présent article ;
- la surveillance par l'établissement tel que visée au § 4 ;
- l'entretien de l'oxyconcentrateur et, le cas échéant, le remplacement de l'oxyconcentrateur.

**Article 9. § 1<sup>er</sup>.** L'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables, prévue à l'article 3, §2, et §5, de la présente convention comporte tous les éléments mentionnés à l'article 8, qui sont assurés sous la responsabilité finale (d'un) des pneumologue(s) prescripteur(s) ou, le cas échéant, (d'un) des pédiatre(s) de l'établissement.

L'oxyconcentrateur fixe qui est mis à disposition au domicile du bénéficiaire doit remplir toutes les conditions prévues à l'article 8, § 2.

En outre, l'oxyconcentrateur doit aussi être équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables. La prestation comprend la mise à disposition, par l'établissement, non seulement d'un oxyconcentrateur avec un tel compresseur, mais aussi des petites bouteilles portables avec robinet et détenteur intégrés, raccordées fonctionnellement à un débitmètre et une valve économiseuse, le tout dans un sac de transport et muni des accessoires nécessaires.

La prestation comprend également les actes suivants :

- a) L'initiation et la motivation du bénéficiaire et de son entourage à cette forme d'oxygénothérapie complémentaire, y compris les directives de sécurité générales indispensables, entre autres en ce qui concerne l'utilisation de l'oxygène et des bouteilles d'oxygène ;
- b) Le titrage correct du débit d'oxygène nécessaire pour la déambulation (nombre de litre par minute en débit continu ou avec valve économiseuse) ;
- c) Outre la surveillance de l'observance du bénéficiaire quant à son oxygénothérapie, également la surveillance du respect des conditions spécifiques prévues à l'article 3, §2 et §5 (conditions relatives au temps que le bénéficiaire passe hors du logement où se trouve l'oxyconcentrateur).

Le médecin généraliste et le pharmacien désigné par le bénéficiaire seront informés et associés à cette modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile. A cet effet, doivent entre autres être prises en considération les dispositions de l'article 8 § 4.

**§ 2.** Le forfait journalier qui peut être attesté pour les bénéficiaires traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables couvre :

- La mise à disposition d'un oxyconcentrateur avec compresseur de recharge visé à l'article 9, §1<sup>er</sup> ;
- La mise à disposition de tous les accessoires nécessaires visés à l'article 8 ; §3, et à l'article 9, § 1<sup>er</sup> ;
- La surveillance par l'établissement visée à l'article 8, §5, et à l'article 9, §1<sup>er</sup> ;
- L'entretien de l'oxyconcentrateur et, si nécessaire, le remplacement de l'oxyconcentrateur, des petites bouteilles portables et du matériel de transport.

**Article 10. § 1<sup>er</sup>.** L'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe complété par un oxyconcentrateur portable, prévue à l'article 3, §3, et §5, de la présente convention comporte tous les éléments mentionnés à l'article 8, qui sont assurés sous la responsabilité finale (d'un) des pneumologue(s) prescripteur(s) ou, le cas échéant, (d'un) des pédiatre(s) de l'établissement.

L'oxyconcentrateur fixe qui est mis à disposition au domicile du bénéficiaire doit remplir toutes les conditions fixées à l'article 8, § 2.

L'oxyconcentrateur portable qui est également mis à la disposition du bénéficiaire doit répondre aux mêmes critères que l'appareil fixe.

La prestation comprend la mise à disposition, par l'établissement, non seulement d'un oxyconcentrateur fixe et d'un oxyconcentrateur portable, mais aussi de tous les accessoires spécifiques nécessaires pour pouvoir utiliser facilement le concentrateur portable en dehors du domicile.

La prestation comprend également :

- a) l'initiation et la motivation du bénéficiaire et de son entourage à cette forme d'oxygénothérapie complémentaire ;
- b) le titrage correct du débit d'oxygène nécessaire pour la déambulation (nombre de litres par minute en débit continu ou avec valve économiseuse) ;
- c) outre la surveillance de l'observance du bénéficiaire quant à son oxygénothérapie, également la surveillance du respect des conditions spécifiques prévues à l'article 3, §3 et §5 (conditions relatives au temps que le bénéficiaire passe hors du logement où se trouve l'oxyconcentrateur).

Le médecin généraliste et le pharmacien désigné par le bénéficiaire seront informés et associés à cette modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile. A cet effet, doivent entre autres être prises en considération les dispositions de l'article 8 § 4.

**§ 2.** Le forfait journalier qui peut être attesté pour les bénéficiaires traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixé complété par un oxyconcentrateur portable couvre :

- La mise à disposition d'un oxyconcentrateur fixe et d'un oxyconcentrateur portable visé à l'article 10, §1<sup>er</sup> ;
- La mise à disposition de tous les accessoires nécessaires visés à l'article 8 ; § 3, et à l'article 10, § 1<sup>er</sup> ;
- La surveillance par l'établissement visée à l'article 8, § 5, et à l'article 10, § 1<sup>er</sup> ;
- L'entretien de l'oxyconcentrateur et, si nécessaire, le remplacement de l'oxyconcentrateur, et du matériel de transport.

**Article 11. § 1<sup>er</sup>.** L'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide, prévue à l'article 3, § 4, et § 5, de la présente convention comporte tous les éléments mentionnés aux paragraphes 2, 3, 4 et 5 du présent article, qui sont assurés sous la responsabilité finale (d'un) des pneumologue(s) prescripteur(s) ou, le cas échéant, (d'un) des pédiatre(s) de l'établissement.

**§ 2.** Un réservoir fixe et un réservoir portable pour l'oxygène liquide sont mis à la disposition du bénéficiaire à son domicile. L'établissement vérifie qu'ils sont en bon état et, si nécessaire, il procède à leur remplacement à temps.

**§ 3.** L'établissement met aussi tous les accessoires nécessaires (sac de transport, canules nasales, tuyau,...) à la disposition du bénéficiaire et en assure le remplacement.

**§ 4.** Le contrôle effectué par l'établissement concerne les éléments suivants.

- a) Installer le réservoir fixe au domicile du bénéficiaire et mettre à disposition un réservoir portable qui peut être rechargé sur le fixe ;
- b) Familiariser le bénéficiaire et son entourage à l'oxygénothérapie en général et à l'oxygénothérapie à l'aide d'oxygène liquide en particulier, notamment en ce qui concerne l'utilisation et le remplissage sûrs et corrects du réservoir portable et les encourager à recourir à cette thérapie.
- c) Contrôler l'observance thérapeutique de la part du bénéficiaire.
- d) Être disponible en permanence au cas où un incident se produirait, conformément aux dispositions de l'article 5, § 5, de la présente convention ;
- e) Reprendre les réservoirs à la fin de la thérapie.

Le médecin généraliste et le pharmacien désigné par le bénéficiaire seront informés et associés à

cette modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile. A cet effet, doivent entre autres être prises en considération les dispositions de l'article 8 § 4.

**§ 5.** Le pharmacien hospitalier est compétent pour la délivrance de la quantité prescrite d'oxygène liquide à ces bénéficiaires. Cet oxygène liquide peut être attesté séparément par le pharmacien hospitalier en dehors du cadre de la présente convention, ainsi que prévu au § 2070000 de la liste jointe à l'AR du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

**Article 12. § 1<sup>er</sup>.** Les honoraires et les prix relatifs à la prestation oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur (pseudocode 797252) décrite à l'article 8 sont forfaitairement fixés à 5,30 EUR au total, par 24 heures de traitement effectif au domicile du bénéficiaire.

**§ 2.** Les honoraires et les prix relatifs à la prestation oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur équipé d'un compresseur pour remplir de petits bouteilles portables (pseudocode 797274) décrite à l'article 9 sont forfaitairement fixés à 7,77 EUR au total, par 24 heures de traitement effectif au domicile du bénéficiaire.

**§ 3.** Les honoraires et les prix relatifs à la prestation oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe complété par un oxyconcentrateur portable (pseudocode 797296) décrite à l'article 10 sont forfaitairement fixés à 9,31 EUR au total, par 24 heures de traitement effectif au domicile du bénéficiaire.

**§ 4.** Les honoraires et les prix relatifs à la prestation oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide (pseudocode 797311) décrite à l'article 11 sont forfaitairement fixés à 5,30 EUR au total, par 24 heures de traitement effectif au domicile du bénéficiaire.

**Article 13.** Pour chaque bénéficiaire qui suit un programme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur tel que mentionné aux articles 8, 9 et 10 de la présente convention, l'organisme assureur du bénéficiaire versera 1 € par jour au bénéficiaire à partir du début de ce traitement par oxyconcentrateur jusqu'à la date finale du traitement par oxyconcentrateur à titre d'intervention pour les frais d'électricité supplémentaires engendrés pour le bénéficiaire par l'utilisation d'un oxyconcentrateur.

L'organisme assureur du bénéficiaire versera ce montant au bénéficiaire traité par cette forme d'oxygénothérapie à domicile, même si le bénéficiaire séjourne dans une des résidences visées à l'article 4, § 1<sup>er</sup>.

Les montants dus seront versés au bénéficiaire au moins une fois par trimestre.

Au début de toute forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur, l'établissement informera chaque bénéficiaire concerné sur l'indemnité à laquelle il peut prétendre de la part de son organisme assureur et sur les modalités de paiement de ladite indemnité.

L'indemnité prévue pour les frais d'électricité reste toujours due au bénéficiaire même si le bénéficiaire pour qui un programme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile a déjà été entamé, devait plus tard être temporairement hospitalisé ..

L'organisme assureur comptabilisera cette indemnité pour frais d'électricité à l'aide du pseudocode 797355.

**Article 14.** Si un bénéficiaire est hospitalisé, après qu'un programme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile tel que prévu à la présente convention ait déjà été entamé, dans l'hôpital avec lequel cette convention est conclue, le paiement des prix mentionnés à l'article 12 de cette convention n'est jamais dû pour les jours d'hospitalisation complète (hospitalisation de jour et de nuit) pour lesquels le prix de journée d'hospitalisation peut être imputé par l'hôpital.

Cette disposition est valable pour tous les sites hospitaliers qui font partie de l'hôpital avec lequel la présente convention est conclue.

Cette disposition est également valable au cas où le bénéficiaire est hospitalisé dans la section psychiatrique de l'hôpital avec lequel cette convention est conclue.

Toutefois, les prix mentionnés à l'article 12 peuvent faire l'objet d'un remboursement si le bénéficiaire est seulement hospitalisé partiellement ou est admis dans un hôpital psychiatrique.

Les prix mentionnés à l'article 12 peuvent de même faire l'objet d'un remboursement si le bénéficiaire, après qu'un programme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile tel que prévu dans cette convention ait déjà été entamé, est hospitalisé dans un autre hôpital que l'hôpital avec lequel cette convention est conclue.

**Article 15.** L'établissement s'engage à ne pas récupérer de supplément auprès de qui que ce soit pour les prestations décrites aux articles 8, 9, 10 et 11.

### **PROCÉDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS PRÉVUES À LA PRÉSENTE CONVENTION**

**Article 16. § 1<sup>er</sup>.** Les prestations en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile d'un bénéficiaire, décrites aux articles 8, 9, 10 et 11, ne peuvent être prises en compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, compétent en la matière, a pris une décision positive à propos de leur prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé.

**§ 2.** Toute demande de prise en charge doit être 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 du médecin-conseil compétent, le remboursement de l'assurance n'est dû que pour les prestations réellement effectuées à partir de la date qu'il a fixée et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande de remboursement par le médecin-conseil.

Une demande éventuelle de prolongation de la prise en charge des prestations décrites aux articles 8, 9, 10 et 11 doit être effectuée selon les dispositions des articles 139 et 144 de l'arrêté royal susmentionné.

L'établissement s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction d'une demande de remboursement.

**§ 3.** Si l'établissement a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande de remboursement, 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 au remboursement de l'assurance à cause d'un retard d'introduction de la demande.

**§ 4.** L'arrêté royal mentionné au § 2 de cet article précise entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge au moyen d'un formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

Un rapport médical est joint à la demande, établi selon le modèle en annexe 1 à cette convention. Le Collège des médecins-directeurs peut éventuellement remplacer ce modèle par un autre.

**§ 5.** L'établissement s'engage à fournir au médecin-conseil tous les renseignements que ce dernier juge nécessaires pour pouvoir prendre une décision sur la prise en charge du programme de rééducation du bénéficiaire. Ainsi, à la demande du médecin-conseil, l'établissement fournira les résultats des examens qui montrent que le bénéficiaire satisfait aux critères de la présente convention en ce qui concerne la forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile utilisée pour le traiter.

**Article 17. § 1<sup>er</sup>.** L'accord du médecin-conseil ne peut, durant une même période, avoir trait qu'à l'une des prestations décrites à l'article 8, 9, 10 et 11 de cette convention. Si pour un bénéficiaire donné pour qui la prise en charge d'une forme donnée d'oxygénothérapie de longue durée a été accordée précédemment, le médecin-conseil autorise la prise en charge, à partir d'une certaine date, d'une autre forme

d'oxygénothérapie prévue par la présente convention, l'accord précédemment donné prend fin à partir de la date en question.

**§ 2.** La période autorisée par le médecin-conseil ne peut jamais dépasser 12 mois. Des prolongations d'une durée de 12 mois à chaque fois sont possibles.

**§ 3.** L'établissement doit informer sans délai le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire concerné de la fin prématurée d'une oxygénothérapie de longue durée à domicile.

**Article 18. § 1<sup>er</sup>.** Une période de prise en charge de l'oxygénothérapie à domicile autorisée par le médecin-conseil prend fin le jour où, pour le même bénéficiaire, un autre hôpital ayant conclu la présente convention introduit une nouvelle demande de prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée, demande acceptée par le médecin-conseil.

Cette disposition s'applique également dans le cas où – en vertu des dispositions de l'article 4, §5, alinéa premier, de la présente convention – un bénéficiaire séjourne temporairement ailleurs qu'à son domicile habituel et fait appel, pendant cette période, à un autre hôpital ayant conclu la présente convention. Dans ce cas, la période de prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile via l'hôpital qui assurait initialement le suivi prend fin. Si par la suite, le bénéficiaire regagne son domicile habituel et fait à nouveau appel à l'hôpital initial pour son oxygénothérapie de longue durée, cet hôpital doit réintroduire une demande de prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée pour ce bénéficiaire.

**§ 2.** Il appartient au bénéficiaire de notifier au préalable à l'établissement sa décision de faire appel à un autre hôpital pour son oxygénothérapie de longue durée. Si le bénéficiaire omet de le faire et que de ce fait, l'établissement poursuit à tort l'oxygénothérapie et l'atteste à tort à l'organisme assureur du bénéficiaire, l'établissement peut facturer au bénéficiaire les prestations qu'il a effectuées et qui n'ont pas été remboursées par l'organisme assureur. L'établissement informera le bénéficiaire de ces dispositions par écrit. L'établissement conserve une copie du document que le bénéficiaire a signé pour en accuser réception.

Afin d'éviter et/ou de limiter un maximum de problèmes en la matière au bénéficiaire, le médecin-conseil avertira l'établissement si un bénéficiaire – pour lequel un accord pour la prise en charge dans l'établissement est encore en cours ou pour lequel l'accord est arrivé à échéance depuis 2 mois maximum – introduit une demande de prise en charge pour un programme d'oxygénothérapie de longue durée dans un autre service hospitalier conventionné. L'organisme assureur et son médecin-conseil ne peuvent toutefois pas être tenus responsables si des prestations prévues dans la présente convention ne sont pas remboursées pour un certain patient, dans le cas où le médecin-conseil a oublié d'avertir l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un programme d'oxygénothérapie de longue durée dans un autre service hospitalier.

#### **RAPPORTS ENTRE (LE POUVOIR ORGANISATEUR DE) L'ÉTABLISSEMENT, LES ORGANISMES ASSUREURS ET L'INAMI**

**Article 19. § 1<sup>er</sup>.** Le montant de l'intervention de l'assurance est facturé par l'établissement à l'organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire sur support magnétique). Au moins une fois par année civile, le bénéficiaire reçoit sur papier un récapitulatif de ce que l'établissement a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

Seuls les jours d'oxygénothérapie effective qui s'inscrivent dans la période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil et qui sont déjà passés, jours pendant lesquels le bénéficiaire n'était pas hospitalisé dans l'hôpital avec lequel cette convention est conclue, peuvent être portés en compte à l'organisme assureur.

**§ 2.** Le pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier (l'hôpital) tient une comptabilité sur la base du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (A.R. 14.8.1987). Les activités prévues dans la présente convention doivent être considérées comme un centre de frais séparé de manière telle qu'il est possible d'identifier les recettes et les dépenses spécifiques relatives aux activités réalisées dans le cadre de la présente convention.

Un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la présente convention ne doit être transmis au Service des soins de santé qu'à sa demande explicite et suivant le modèle établi par ce service.

**Article 20. § 1<sup>er</sup>.** Par la signature de cette convention, le pouvoir organisateur de l'établissement et le(s) médecin(s) 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, un rapport de l'usage fait de la convention au cours de l'année civile x. Ce rapport est établi de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 2 à cette convention. Il peut également être transmis par support magnétique ou par courriel.

Pour les nouveaux établissements hospitaliers qui adhèrent à la présente convention, un premier rapport de ce type doit être rédigé qui porte sur l'année civile au cours de laquelle la convention a été conclue.

Pour les établissements qui, pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2012 inclus, proposaient déjà une oxygénothérapie de longue durée à domicile dans le cadre d'une convention en la matière conclue avec le Comité de l'assurance, le rapport relatif à l'année 2012 portera sur toute l'année 2012 et donc pas uniquement sur la période débutant à la date de l'entrée en vigueur de la présente convention.

**§ 2.** S'il n'est pas respecté à temps, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé au § 1<sup>er</sup> au pouvoir organisateur de l'établissement et au(x) médecin(s) 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 son 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<sup>er</sup> 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.

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 par lettre ou par courriel au(x) médecin(s) de l'établissement les manques constatés, en les invitant à compléter ou corriger le rapport dans le mois qui suit l'envoi de cette lettre.

En l'absence de réaction adéquate et dans le délai à cette lettre, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé au § 1<sup>er</sup> au Pouvoir organisateur de l'établissement et au(x) médecin(s) 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 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 ont été effectuées.

**§ 3.** Seul un respect finalement correct et complet de l'engagement visé au § 1<sup>er</sup> de ce article lève une suspension d'office visée au § 2 de cet article. Dans ce cas, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

**Article 21.** Dans le cadre de la présente convention, l'établissement tient à jour un registre dans lequel les données suivantes sont inscrites pour chaque bénéficiaire : la forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile par laquelle il est traité et la période pour laquelle le médecin-conseil a autorisé, par bénéficiaire, l'oxygénothérapie de longue durée à domicile.

Sur la base des données mentionnées au premier alinéa, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs<sup>1</sup>). 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 fournit 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 libellé, 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 avertit également le Service de toute modification de ces coordonnées personnelles.

L'établissement s'engage à observer scrupuleusement les instructions 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 immédiate 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 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 calendaires 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.

**Article 22.** Si nécessaire, l'établissement s'engage à transmettre également au Service des soins de santé de l'INAMI, outre le rapport annuel dont il est question à l'article 20, toute information demandée en complément, en vue du contrôle de l'observation de la présente convention sur le plan thérapeutique ou financier ou dans le cadre de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle.

Enfin, l'établissement s'engage à permettre à tout délégué de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utile pour l'accomplissement de sa mission.

### **CONSEIL D'ACCORD**

**Article 23.** Un Conseil d'accord pour l'oxygénothérapie de longue durée à domicile est créé dans le cadre de la présente convention.

Ce Conseil d'accord comprend :

- d'une part, des représentants des médecins responsables des établissements ayant signé une convention et,
- d'autre part, les membres du Collège des médecins-directeurs.

La présidence du Conseil d'accord est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs. Le service des soins de santé se charge du secrétariat.

Les tâches du Conseil d'accord sont les suivantes :

---

<sup>1</sup> Les chiffres de production concernent donc le nombre de prestations réalisées par pseudocode, soit le nombre de jours effectifs d'oxygénothérapie de longue durée à domicile par pseudocode. En principe, seules les prestations remboursables doivent être prises en compte. Toutefois, les prestations réalisées ne doivent pas encore avoir été facturées aux organismes assureurs au moment de la transmission des chiffres de production. Le médecin-conseil ne doit pas non plus avoir déjà autorisé la prise en charge de ces prestations à ce moment-là. Dès lors, à ce moment-là, on ne sait pas encore si les organismes assureurs interviendront pour les prestations non facturées. Néanmoins, si au moment de l'établissement des chiffres de production, on sait que l'assurance n'interviendra pas pour certaines prestations pour un bénéficiaire donné, lesdites prestations ne doivent pas être mentionnées dans les chiffres de production. S'il apparaît après la transmission des chiffres de production seulement que certaines prestations ne seront pas remboursées par les organismes assureurs, les chiffres de production ne doivent pas être adaptés en fonction de cette donnée.

- Vérifier le bon fonctionnement des conventions conclues par le Comité de l'assurance en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile et donner des conseils au Collège des médecins-directeurs sur les éventuelles mesures nécessaires en la matière.
- Prendre des initiatives destinées à promouvoir la qualité, en ce qui concerne tant le diagnostic et le traitement que la recherche d'une approche optimale.
- Donner des conseils sur d'éventuelles adaptations des indications définies à l'article 3.

### DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 24. §1<sup>er</sup>.** Les accords individuels en cours pour la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile qui concernent une période comprise entièrement ou en partie dans le délai d'application de la présente convention, mais qui ont été octroyés dans le cadre de la (des) convention(s) antérieure(s) en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile conclue(s) entre l'établissement hospitalier et le Comité de l'assurance – *convention(s) remplacée(s) par la présente convention à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012* - restent valables dans le cadre de la présente convention, jusqu'à la date de fin normale de ces accords.

Toutefois, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, les prix qui peuvent être portés en compte dans le cadre de tels accords en cours sont ceux fixés dans la présente convention.

Les prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 dans le cadre de tels accords en cours doivent être attestés aux organismes assureurs à l'aide des pseudocodes mentionnés à l'article 12 conformément au tableau de conversion ci-dessous.

<b>Modalité d'oxygénothérapie de longue durée déjà accordée (accord en cours donné dans le cadre de la convention qui prend fin le 30/06/2012)</b>		<b>Pseudocode et prix à utiliser à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012</b>	
<b>Modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile</b>	<b>Pseudocode</b>	<b>Pseudocode</b>	<b>Prix</b>
Oxyconcentrateur	772516	797252	5,30 €
Oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m <sup>3</sup> avec valve économique – <b>remboursable</b> en vertu du § 207 de l'AR du 21.12.2001	775176	797333	7,77 €
Oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m <sup>3</sup> avec valve économique – <b>non remboursable</b> en vertu du § 207 de l'AR du 21.12.2001	775191		
Oxygène liquide	772531	797311	5,30 €

Les prestations doivent être attestées sur la base du numéro d'identification de la convention pour laquelle l'accord en cours a été donné, même si entretemps – en vertu des dispositions de l'article 7 – le site de l'établissement hospitalier sur lequel porte l'accord individuel en cours ne dispose plus d'une convention séparée.

**§ 2.** Si une demande de prolongation d'oxygénothérapie de longue durée est introduite pour un bénéficiaire qui relève du champ d'application du paragraphe premier, ce bénéficiaire doit remplir toutes les conditions fixées par la présente convention pour la prolongation de l'oxygénothérapie de longue durée. Cela signifie que lorsque la période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil est terminée, certains bénéficiaires devront passer à une autre forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile pour laquelle ils entrent encore en ligne de compte en vertu des dispositions de l'article 3.

**§ 3.** Les demandes d'un bénéficiaire pour (la prolongation de) l'intervention pour une oxygénothérapie de longue durée à domicile au sens de la présente convention, qui ont été rédigées ou reçues par le médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire avant le 1<sup>er</sup> juillet 2012 sont appréciées en fonction des critères mentionnés dans la convention en vigueur jusqu'au 30 juin 2012 inclus. Les demandes rédigées et reçues après le 1<sup>er</sup> juillet 2012 sont appréciées en fonction des critères mentionnés dans la présente convention.

**Article 25.** Les bénéficiaires qui, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2012, suivaient déjà un programme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété de bonbonnes d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse peuvent aussi poursuivre ce programme dans le cadre de la présente convention jusqu'à la date de fin normale de la période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil, et cela jusqu'au 31 juillet 2013 au plus tard. À l'issue de la période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil, ces bénéficiaires doivent passer à la forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile pour laquelle ils entrent en ligne de compte en vertu des dispositions de l'article 3.

Le forfait qui peut être attesté pour ces bénéficiaires pour l'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété de bonbonnes d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse s'élève à 7,77 EUR.

Jusqu'au 31 août 2012 inclus, la délivrance d'oxygène médical gazeux à ces bénéficiaires peut encore être attestée séparément par les officines publiques. Par contre, l'oxygène médical gazeux qui est délivré à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012 ne pourra plus être attesté séparément. À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, le coût de l'oxygène médical gazeux est censé être inclus dans le forfait journalier et l'oxygène médical gazeux doit être délivré sous la responsabilité du pharmacien hospitalier, qui peut faire appel aux prestataires de service médico-techniques visés à l'article 6 pour ce faire. L'établissement doit informer à temps le médecin généraliste du bénéficiaire et les officines publiques auxquelles le bénéficiaire s'adresse de cette mesure.

Conformément aux dispositions de l'article 13, l'organisme assureur du bénéficiaire versera 1 € par jour à chaque bénéficiaire qui dans le cadre de la présente convention est traité par cette modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile, à titre d'intervention pour les frais d'électricité supplémentaires que l'utilisation de l'oxyconcentrateur entraîne pour le bénéficiaire.

#### **Article 26**

**§ 1<sup>er</sup>.** Dans certains cas, les bénéficiaires peuvent encore être traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse après la date de fin normale de la période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil, et cela après le 31 juillet 2013 aussi.

En effet, cette forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile peut être temporairement proposée plus longtemps par des établissements qui, au 1<sup>er</sup> juillet 2012, possèdent encore un grand nombre d'oxyconcentrateurs, qui les installent eux-mêmes chez les bénéficiaires de la convention et se chargent eux-mêmes de l'entretien, sans faire appel pour ce faire aux prestataires de services médico-techniques visés à l'article 6. Dans ce cas, il faut plus précisément que le 1<sup>er</sup> juillet 2012, au moins un tiers des oxyconcentrateurs qui ont été mis à la disposition des bénéficiaires par l'établissement dans le cadre de la présente convention soient la propriété de l'établissement ou de l'hôpital (l'établissement hospitalier) dont l'établissement fait partie.

Les établissements qui remplissent ces conditions peuvent traiter leurs bénéficiaires par oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 30 avril 2015 inclus.

**§ 2.** Les bénéficiaires des établissements visés au § 1<sup>er</sup> qui entrent en ligne de compte pour l'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse doivent satisfaire aux conditions de l'article 3, § 2, ou de l'article 3, § 5, deuxième alinéa.

Les bénéficiaires qui se déplacent uniquement à l'intérieur du logement où se trouve l'oxyconcentrateur n'entrent pas en ligne de compte pour l'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse.

Le médecin-conseil doit toujours autoriser cette forme d'oxygénothérapie de longue durée à domicile, pour chaque bénéficiaire conformément à la procédure décrite aux articles 16, 17 et 18 de la présente convention.

**§ 3.** L'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété par une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse comprend, en ce qui concerne l'oxyconcentrateur, tous les éléments mentionnés à l'article 8.

En outre, cette prestation comprend également, sous la responsabilité finale de (un des) pneumologue(s) ou éventuellement pédiatre(s) prescripteur(s) de l'établissement,

- a) la prescription des bonbonnes d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse nécessaire et la surveillance de leur mise à disposition. On vise ici la mise à la disposition de chaque bénéficiaire des bonbonnes légères d'oxygène gazeux 0,4 m<sup>3</sup> requises, avec robinet et détendeur intégrés, raccordées fonctionnellement à un débitmètre et une valve économiseuse, le tout dans un sac de transport et muni des accessoires nécessaires ;
- b) l'initiation et la motivation du bénéficiaire et de son entourage à cette forme d'oxygénothérapie complémentaire, consignes de sécurité générale y compris ;
- c) la surveillance de l'observance du bénéficiaire quant à son oxygénothérapie ;
- d) la surveillance du respect des conditions spécifiques prévues à l'article 3, § 2 et § 5 (conditions relatives au temps passé par le bénéficiaire hors du logement où se trouve l'oxyconcentrateur) ;
- e) la fourniture, sous la responsabilité du pharmacien hospitalier, de l'oxygène médical gazeux prescrit pour les bonbonnes légères susmentionnées.

Le généraliste et le pharmacien désigné par le bénéficiaire seront informés et associés à cette modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile. A cet effet, doivent entre autres être prises en considération les dispositions de l'article 8 § 4.

**§ 4.** Le forfait journalier qui peut être attesté pour les bénéficiaires traités par oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse, couvre :

- la mise à disposition d'un oxyconcentrateur tel que visé à l'article 8, § 2 ;
- la mise à disposition de tous les accessoires nécessaires tels que visés à l'article 8, § 3 ;
- la surveillance par l'établissement telle que visée à l'article 8, § 5 ;
- l'entretien de l'oxyconcentrateur et, le cas échéant, le remplacement de l'oxyconcentrateur ;
- les interventions de l'établissement et de l'hôpital qui sont prévues au § 1<sup>er</sup> du présent article et qui portent sur le complément d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse. Le forfait journalier comprend non seulement la mise à disposition par l'établissement du matériel visé au § 1<sup>er</sup> a), mais également la délivrance, par la pharmacie hospitalière, de la quantité prescrite d'oxygène médical gazeux pour les bonbonnes légères. L'oxygène médical gazeux qui est délivré à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012 ne peut jamais être attesté séparément au bénéficiaire ou à l'assurance.

**§ 5.** Les honoraires et les prix relatifs à la prestation oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur complété d'une bonbonne d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse (pseudocode 797333) décrite dans le présent article sont forfaitairement fixés à 7,77 EUR au total, par 24 heures de traitement effectif au domicile du bénéficiaire.

**§ 6.** Conformément aux dispositions de l'article 13, l'organisme assureur du bénéficiaire versera 1 € par jour à chaque bénéficiaire qui dans le cadre de la présente convention est traité par cette modalité d'oxygénothérapie de longue durée à domicile, à titre d'intervention pour les frais d'électricité supplémentaires que l'utilisation de l'oxyconcentrateur entraîne pour le bénéficiaire.

## **DISPOSITIONS FINALES**

**Article 27. § 1<sup>er</sup>.** La présente convention faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets à la date du 1<sup>er</sup> juillet 2012.

**§ 2.** Les annexes à la présente convention en font partie intégrante, dans les limites fixées par les articles de ladite convention. Les articles de la convention priment toutefois sur les annexes. Il s'agit des annexes suivantes :

- Annexe 1 : modèle de rapport médical qui doit être joint à chaque demande de prise en charge ;

- Annexe 2 : modèle de rapport annuel que l'établissement doit remettre au Service des soins de santé de l'INAMI ;
- Annexe 3 : composition et justification des forfaits journaliers remboursables dans le cadre de la présente convention.

Pour des raisons pratiques, les annexes 1 et 2 de cette convention peuvent être adaptées par le Collège des médecins-directeurs.

**§ 3.** La présente convention annule et remplace à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 toutes les conventions précédentes en matière d'oxygénothérapie à domicile qui ont été conclues avec le même établissement hospitalier (le même hôpital) et qui étaient d'application jusqu'alors.

**§ 4.** La présente convention reste valable jusqu'au 31 décembre 2013 y compris. Toutefois, elle peut aussi être dénoncée avant cette date par chacune des parties, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois qui prend cours le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

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,

Le médecin-chef,

H. DE RIDDER  
Directeur général

Le médecin prescripteur,

**ANNEXE 1 A LA CONVENTION**

Identification du service conventionné  
(y compris le numéro d'identification INAMI  
et numéro de téléphone)

Au Médecin-conseil

**OXYGENOTHERAPIE DE LONGUE DUREE A DOMICILE  
Prescription Médicale et Justification**

**Identification du bénéficiaire** (nom et prénom, date de naissance, les données O.A.)

**Sorte de demande**

- première demande
- changement de modalité
- prolongation

**Modalité d'oxygénothérapie prescrite et indication pour cette forme d'oxygénothérapie<sup>1</sup>**

<b>Modalité d'oxygénothérapie prescrite</b>	<b>Indication pour cette forme d'oxygénothérapie sur base de l'article 3</b>
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur fixe:	<input type="radio"/> § 1, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2)
	<input type="radio"/> § 1, 3)
	<input type="radio"/> § 5, 1 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur avec compresseur de remplissage:	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 2, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 2, 2)
	<input type="radio"/> § 5, 1 <sup>o</sup> et 2 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur fixe + oxyconcentrateur portable:	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 3, 1) a)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 3, 1) b)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 3, 1) c)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) a)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) b)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 2) et § 3, 1) c)
	<input type="radio"/> § 3, 3)
	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 3, 4)
	<input type="radio"/> § 1, 2) et § 3, 4)
	<input type="radio"/> § 5, 1 <sup>o</sup> et 3 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxygène liquide:	<input type="radio"/> § 1, 2) et § 4
	<input type="radio"/> § 1, 3) et § 4
	<input type="radio"/> § 3, 3) et § 4
	<input type="radio"/> § 5, 1 <sup>o</sup> et 4 <sup>o</sup> alinéa
<input type="radio"/> Oxyconcentrateur + des bonbonnes légères d'oxygène gazeux 0,4 m <sup>3</sup> (cf. art 26 de la convention):	<input type="radio"/> § 1, 1) et § 2, 1)
	<input type="radio"/> § 1, 2) <b>ou</b> <input type="radio"/> § 1, 3) <b>et</b> <input type="radio"/> § 2, 2)
	<input type="radio"/> § 5, 1 <sup>o</sup> et 2 <sup>o</sup> alinéa

**Réseau de rééducation fonctionnelle: identification du médecin traitant concerné**

**Modalités pratiques:**

- thérapie prescrite: .... litres d'O<sub>2</sub> par minute durant ..... heures par jour
- Période d'intervention: du ..... au .....inclus.

<p><b>Cachet du médecin prescripteur</b></p>    <p>Date <span style="margin-left: 100px;">Signature</span></p>	<p><b>Décision du Médecin-conseil :</b></p> <p><input type="radio"/> accord pour la période sollicitée</p> <p><input type="radio"/> accord du ..... au ..... inclus</p> <p>Motivation:</p> <p><input type="radio"/> complément d'information requis :</p> <p><input type="radio"/> refus d'intervention :</p> <p>Motivation :</p> <p>Date <span style="margin-left: 100px;">Signature</span></p>
--	--

<sup>1</sup> Cochez la modalité et les indications qui sont d'application pour le bénéficiaire. Pour donner les détails : voir au verso

**DONNES MEDICALES DEMONTRANT QUE LE PATIENT MENTIONNE AU RECTO REpond A L'INDICATION PREVUE A LA CONVENTION POUR LA MODALITE D'OXYGENOTHERAPIE PRESCRITE**

Mentionnez ici au minimum le diagnostic médical et la valeur des paramètres objectifs mentionnés à l'article 3 de la convention.

## ANNEXE 2 A LA CONVENTION D'OXYGENOTHERAPIE

### MANUEL POUR COMPLÉTER LE RAPPORT ANNUEL. (Cf. l'Art. 20 de votre convention)

LE RAPPORT ANNUEL EST COMPOSE D'UN TABLEAU.

VEUILLEZ NOUS ADRESSER LE TABLEAU **SOUS FORME DE FICHIER EXCEL OU ACCESS** A VOTRE DEMANDE (tél. 02/739.73.74 ou courriel [anita.welschen@inami.fgov.be](mailto:anita.welschen@inami.fgov.be)) VOUS OBTIENDREZ LE MODÈLE DE TABLEAU ÉGALEMENT SOUS LA FORME D'UN FICHIER EXCEL PAR COURRIEL.

VEUILLEZ **NE RIEN MODIFIER A LA FORME** DU TABLEAU. N'AJOUTEZ NI NE BIFFEZ DONC AUCUNE COLONNE ET NE FAITES AUCUN CALCUL (TOTAUX, ...).

VEUILLEZ **TOUJOURS UTILISER 1 LIGNE PAR BÉNÉFICIAIRE**, MÊME SI UN SEUL BÉNÉFICIAIRE A EU BESOIN DE PLUSIEURS MODALITES AU COURS DE SON O<sub>2</sub>T.

\* \* \*

Par colonne, afin de compléter le tableau, vous procédez de la façon suivante :

La colonne **Inr-Eta**

mentionne **les 5 derniers chiffres du n° d'identification INAMI de votre établissement** (p.ex. pour l'établissement 7.81.777.88 on mentionne 777.88)

La colonne **Init**

mentionne **les initiales (prénom et nom) du bénéficiaire**, sans espaces ni points entre les lettres (p. ex. Jean-Pierre Van den Brempt devient JPVDB ou jpvdb)

La colonne **Geb-naiss**

mentionne **la date de naissance** du bénéficiaire, en **jj/mm/aaaa** (p. ex. le 27 septembre 1935 devient 27/09/1935)

La colonne **Sex**

mentionne **le sexe** du bénéficiaire, pour une fille ou **une femme = F** et pour un garçon ou **un homme = M**

La colonne **DateO2C**

mentionne, si jamais le bénéficiaire a été **sous oxygénothérapie au long cours à domicile par oxyconcentrateur fixe (= O2C)**, **la date de début** de cette modalité 'oxygénothérapie à domicile, également en **jj/mm/aaaa**

La colonne **DateO2C-Com**

mentionne, si jamais le bénéficiaire a été **sous oxygénothérapie au long cours à domicile par oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de remplissage (= O2C-Com)**, **la date de début** de cette modalité 'oxygénothérapie à domicile, également en **jj/mm/aaaa**

La colonne **DateO2C-Port**

mentionne, si jamais le bénéficiaire a été **sous oxygénothérapie au long cours à domicile par oxyconcentrateur fixe + un oxyconcentrateur portable (= O2C-Port)** **la date de début** de cette modalité 'oxygénothérapie à domicile, également en **jj/mm/aaaa**

La colonne **DateO2L**

mentionne, **si jamais** le bénéficiaire **a été sous oxygénothérapie au long cours à domicile par oxygène liquide** (= O<sub>2</sub>L) **la date de début** de cette modalité 'oxygénothérapie à domicile, également en **jj/mm/aaaa**

La colonne **DateO2CG**

mentionne, **si jamais** le bénéficiaire **a été sous oxygénothérapie au long cours à domicile par oxyconcentrateur, complétée d'une quelconque forme d'oxygène gazeux médical avec valve économiseuse**, (= O<sub>2</sub>CG) **la date de début** de cette modalité 'oxygénothérapie à domicile, également en **jj/mm/aaaa**

La colonne **Art3**

mentionne, pour le bénéficiaire **qui n'a jamais été que sous 1 modalité** d'oxygénothérapie au long cours à domicile, **l'indication correspondante reprise à l'article 3.**

Pour l'**O<sub>2</sub>C** il s'agit d'**une des quatre** possibilités suivantes

- § 1, 1
- ou § 1, 2
- ou § 1, 3
- ou § 5

Pour **O<sub>2</sub>C-Com** il s'agit d'**une des trois** possibilités suivantes

- § 2, 1
- ou § 2, 2
- ou § 5

Pour **O<sub>2</sub>C-Port** il s'agit d'**une des sept** possibilités suivantes

- § 3, 1 a
- ou § 3, 1 b
- ou § 3, 1 c
- ou § 3, 2
- ou § 3, 3
- ou § 3, 4
- ou § 5

Pour **O<sub>2</sub>L** il s'agit d'**une des deux** possibilités suivantes

- § 4
- § 5

Pour **O<sub>2</sub>CG** il s'agit d'**une des trois** possibilités suivantes

- § 2, 1
- ou § 2, 2
- ou § 4

Pour le bénéficiaire **qui a jamais été sous plus d'1 modalité** d'oxygénothérapie au long cours à domicile, **uniquement l'indication correspondante à la modalité actuelle ou** (si le bénéficiaire a arrêté) **à la dernière modalité** est mentionnée.

La colonne **Diagn**

mentionne pour chaque bénéficiaire le(s) **diagnostic(s) médic(al/aux) le(s) plus récent(s)** ayant justifié(s) l'oxygénothérapie au long cours.

Vous utiliserez les **codes suivants**

- a = BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)
- b = asthme
- c = mucoviscidose
- d = autre pathologie ayant causé une insuffisance respiratoire obstructive
- e = pathologie ayant causé une insuffisance respiratoire restrictive
- f = cause extrapulmonaire d'insuffisance respiratoire

**Si** pour un seul bénéficiaire **plusieurs codes sont d'application**, vous les mentionnez l'un après l'autre **en ordre alphabétique** (p. ex. une BPCO avec obésité morbide est mentionnée comme ae tandis qu'une BPCO et une insuffisance cardiaque sont mentionnées comme af)

La colonne **n-W-S-Hosp**

mentionne le **nombre de semaines** (1 semaine = 7 jours consécutifs) qu'un bénéficiaire a été **hospitalisé** au cours de l'année concernée. Eventuellement il s'agit du nombre de semaines entre la première semaine d'hospitalisation et la fin de l'année, si à ce moment-là le bénéficiaire était toujours hospitalisé.

La colonne **Datestop**

mentionne, si le bénéficiaire a interrompu définitivement ou peut interrompre, pour autant que le pronostic du médecin de l'établissement permette de le prévoir, pour une période prolongée l'oxygénothérapie au long cours à domicile, **la date de fin** de l'oxygénothérapie au long cours à domicile, également en **jj/mm/aaaa**  
Pour chaque bénéficiaire où la colonne Datestop est remplie, une des colonnes Doodmort ou An-Au-mot doit toujours être complétée; par ailleurs, si une des colonnes Doodmort ou An-Au-mot est remplie, la colonne Datestop doit l'être également.

Pour chaque bénéficiaire qui a dû reprendre l'oxygénothérapie dans le courant de l'année civile concernée, ou qui d'après le pronostic devra le faire dans le courant de l'année civile suivante, cette colonne reste vide.

Un bénéficiaire qui, malgré un pronostic autre, doit (devra) reprendre l'oxygénothérapie dans le courant de l'année civile suivante, sera considéré alors pour cette année comme nouveau bénéficiaire.

La colonne **Doodmort**

mentionne **Y** si de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile s'est **arrêtée à cause du décès** du bénéficiaire. S'il s'est arrêté pour un autre motif, cette colonne reste vide.

La colonne **An-Au-mot**

vermeldt de **reden van stopzetting** van de chronische zuurstoftherapie thuis indien dit gebeurde omwille van een **andere** reden **dan het overlijden** van de rechthebbende. Het enige wat wel kan voorkomen is **Y** in de kolom **Doodmort** en **5** in de kolom **An-Au-mot**. U gebruikt bij invullen van deze laatste de volgende codes

1 =	bénéficiaire qui pour son oxygénothérapie de longue durée à domicile est suivie dorénavant à partir d'un autre établissement conventionné
2 =	amélioration de la pathologie du patient
3 =	manque d'observance
4 =	transplantation pulmonaire ou cardio-pulmonaire
5 =	hospitalisation avant décès
6 =	départ du bénéficiaire à l'étranger
7 =	autre

\* \* \*

Le Service reste toujours à votre disposition pour répondre à toutes vos questions relatives au rapport annuel.

**MERCI DE COMPLÉTER DE MANIÈRE CORRECTE ET COMPLÈTE LE RAPPORT ANNUEL DE VOTRE ÉTABLISSEMENT ET DE L'ADRESSER CHAQUE ANNEE À TEMPS!**

Inr-Eta	Init	Geb-Naiss	Sex	DateO2C	Date O2C-Com	Date O2C-Port	DateO2L	DateO2CG	Art3	Diagn	n-W-S-Hosp	Datestop	Doodmort	An-Au-mot
777.88	jpV	27/09/1935	M				20/08/1999	20/09/2012	§2,1	c	2	20/12/2012	Y	5
777.88	kd	19/10/1973	F	03/07/2001					§1,2	e				
777.88	In	05/06/1928	M				20/07/2012		§4	e		20/11/2012		4

**ANNEXE 3****OXYGÉNOTHÉRAPIE DE LONGUE DURÉE À DOMICILE****COMPOSITION ET JUSTIFICATION DES PRIX PAR JOUR****Article 8 et article 12, § 1<sup>er</sup> : oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe**

<b>Missions qui sont couramment sous traitées à des prestataires de service médico-techniques</b>	<b>Prix indicatif</b>
Coût du matériel et des accessoires nécessaires, stock (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	1,5070 €
Coût de la prestation de services : placement du matériel, initiation à la thérapie, entretien du matériel, reprise et nettoyage du matériel à la fin de la thérapie, permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	1,7907 €
<b>Sous total</b>	<b>3,2977 €</b>
<b>Moyens prévus afin de permettre à l'hôpital d'appliquer cette convention<sup>2</sup></b>	<b>Coût</b>
Pneumologue (0,1 ETP pour 100 patients =en moyenne 1,63 heures de travail par patient et par an)	0,4210 €
Paramédicaux (0,5 ETP pour 100 patients =en moyenne 8,17 heures de travail par patient et par an)	0,8727 €
Secrétariat, administration et tarification (0,3 ETP pour 100 patients =en moyenne 4,90 heures de travail par patient et par an)	0,3978 €
Pharmacien hospitalier (0,05 ETP pour 100 patients =en moyenne 0,82 heures de travail par patient et par an)	0,1318 €
Frais de fonctionnement de l'hôpital (10 % du coût salarial)	0,1823 €
<b>Sous total</b>	<b>2,0056 €</b>
<b>PRIX TOTAL PAR JOUR</b>	<b>5,30 €</b>

**Article 9 et article 12, § 2 : oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur pour remplir de petites bouteilles portables**

<b>Missions qui sont couramment sous traitées à des prestataires de service médico-techniques</b>	<b>Prix indicatif</b>
Coût du matériel et des accessoires nécessaires, stock (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	3,8025 €
Coût de la prestation de services : placement du matériel, initiation à la thérapie, entretien du matériel, reprise et nettoyage du matériel à la fin de la thérapie, permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	1,9589 €
<b>Sous total</b>	<b>5,7614 €</b>
<b>Moyens prévus afin de permettre à l'hôpital d'appliquer cette convention<sup>2</sup></b>	<b>Coût</b>
Pneumologue (0,1 ETP pour 100 patients =en moyenne 1,63 heures de travail par patient et par an)	0,4210 €
Paramédicaux (0,5 ETP pour 100 patients =en moyenne 8,17 heures de travail par patient et par an)	0,8727 €
Secrétariat, administration et tarification (0,3 ETP pour 100 patients =en moyenne 4,90 heures de travail par patient et par an)	0,3978 €
Pharmacien hospitalier (0,05 ETP pour 100 patients =en moyenne 0,82 heures de travail par patient et par an)	0,1318 €
Frais de fonctionnement de l'hôpital (10 % du coût salarial)	0,1823 €
<b>Sous total</b>	<b>2,0056 €</b>
<b>PRIX TOTAL PAR JOUR</b>	<b>7,77 €</b>

<sup>2</sup> Le nombre d'ETP (pour 100 patients) et le nombre moyen d'heures de travail par patient et par an renseignés par discipline, tiennent uniquement compte des activités spécifiques qui sont nécessaires pour appliquer la convention et qui ne peuvent être remboursées d'aucune manière en dehors du cadre de la convention. Les nombres mentionnés ne tiennent pas compte des activités en relation avec des consultations ou d'autres prestations de la nomenclature. Les membres de l'équipe responsables de l'application de la convention, sont supposés ne pas être financés d'une autre manière (par ex. via le prix de la journée d'hospitalisation, mesures de fin de carrière, etc) pour le temps de travail renseigné.

**Article 10 et article 12, § 3 : oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe complété par un oxyconcentrateur portable**

<b>Missions qui sont couramment sous traitées à des prestataires de service médico-techniques</b>	<b>Prix indicatif</b>
Coût du matériel et des accessoires nécessaires, stock (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	5,1188 €
Coût de la prestation de services : placement du matériel, initiation à la thérapie, entretien du matériel, reprise et nettoyage du matériel à la fin de la thérapie, permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	2,1845 €
<b>Sous total</b>	<b>7,3033 €</b>
<b>Moyens prévus afin de permettre à l'hôpital d'appliquer cette convention<sup>2</sup></b>	
<b>Coût</b>	
Pneumologue (0,1 ETP pour 100 patients =en moyenne 1,63 heures de travail par patient et par an)	0,4210 €
Paramédicaux (0,5 ETP pour 100 patients =en moyenne 8,17 heures de travail par patient et par an)	0,8727 €
Secrétariat, administration et tarification (0,3 ETP pour 100 patients =en moyenne 4,90 heures de travail par patient et par an)	0,3978 €
Pharmacien hospitalier (0,05 ETP pour 100 patients =en moyenne 0,82 heures de travail par patient et par an)	0,1318 €
Frais de fonctionnement de l'hôpital (10 % du coût salarial)	0,1823 €
<b>Sous total</b>	<b>2,0056 €</b>
<b>PRIX TOTAL PAR JOUR</b>	<b>9,31 €</b>

**Article 11 et article 12, § 4 : oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide**

<b>Missions qui sont couramment sous traitées à des prestataires de service médico-techniques</b>	<b>Prix indicatif</b>
Coût du matériel et des accessoires nécessaires, stock (frais généraux du prestataire de service et 6 % de TVA inclus)	2,0541 €
Coût de la prestation de services : placement du matériel, initiation à la thérapie, entretien du matériel, reprise et nettoyage du matériel à la fin de la thérapie, permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (frais généraux du prestataire de service et 6 % de TVA inclus)	1,2363 €
<b>Sous total</b>	<b>3,2903 €</b>
<b>Moyens prévus afin de permettre à l'hôpital d'appliquer cette convention<sup>2</sup></b>	
<b>Coût</b>	
Pneumologue (0,1 ETP pour 100 patients =en moyenne 1,63 heures de travail par patient et par an)	0,4210 €
Paramédicaux (0,5 ETP pour 100 patients =en moyenne 8,17 heures de travail par patient et par an)	0,8727 €
Secrétariat, administration et tarification (0,3 ETP pour 100 patients =en moyenne 4,90 heures de travail par patient et par an)	0,3978 €
Pharmacien hospitalier (0,05 ETP pour 100 patients =en moyenne 0,82 heures de travail par patient et par an)	0,1318 €
Frais de fonctionnement de l'hôpital (10 % du coût salarial)	0,1823 €
<b>Sous total</b>	<b>2,0056 €</b>
<b>PRIX TOTAL PAR JOUR</b>	<b>5,30 €</b>

<sup>2</sup> Le nombre d'ETP (pour 100 patients) et le nombre moyen d'heures de travail par patient et par an renseignés par discipline, tiennent uniquement compte des activités spécifiques qui sont nécessaires pour appliquer la convention et qui ne peuvent être remboursées d'aucune manière en dehors du cadre de la convention. Les nombres mentionnés ne tiennent pas compte des activités en relation avec des consultations ou d'autres prestations de la nomenclature. Les membres de l'équipe responsables de l'application de la convention, sont supposés ne pas être financés d'une autre manière (par ex. via le prix de la journée d'hospitalisation, mesures de fin de carrière, etc) pour le temps de travail renseigné.

**Articles 24, 25 et 26 : oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur complété de bonnes d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse**

<b>Missions qui (pour d'autres formes d'oxygénothérapie) sont couramment sous traitées à des prestataires de service médico-techniques</b>	<b>Prix indicatif</b>
Coût du matériel et des accessoires nécessaires, stock (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus) +	5,7614 €
Coût de la prestation de services : placement du matériel, initiation à la thérapie, entretien du matériel, reprise et nettoyage du matériel à la fin de la thérapie, permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (frais généraux du prestataire de service et 21 % de TVA inclus)	
<b>(Autres) Moyens prévus afin de permettre à l'hôpital d'appliquer cette convention<sup>2</sup></b>	<b>Coût</b>
Pneumologue (0,1 ETP pour 100 patients =en moyenne 1,63 heures de travail par patient et par an)	0,4210 €
Paramédicaux (0,5 ETP pour 100 patients =en moyenne 8,17 heures de travail par patient et par an)	0,8727 €
Secrétariat, administration et tarification (0,3 ETP pour 100 patients =en moyenne 4,90 heures de travail par patient et par an)	0,3978 €
Pharmacien hospitalier (0,05 ETP pour 100 patients =en moyenne 0,82 heures de travail par patient et par an)	0,1318 €
Frais de fonctionnement de l'hôpital (10 % du coût salarial)	0,1823 €
<b>Sous total</b>	<b>2,0056 €</b>
<b>PRIX TOTAL PAR JOUR</b>	<b>7,77 €</b>

<sup>2</sup> Le nombre d'ETP (pour 100 patients) et le nombre moyen d'heures de travail par patient et par an renseignés par discipline, tiennent uniquement compte des activités spécifiques qui sont nécessaires pour appliquer la convention et qui ne peuvent être remboursées d'aucune manière en dehors du cadre de la convention. Les nombres mentionnés ne tiennent pas compte des activités en relation avec des consultations ou d'autres prestations de la nomenclature. Les membres de l'équipe responsables de l'application de la convention, sont supposés ne pas être financés d'une autre manière (par ex. via le prix de la journée d'hospitalisation, mesures de fin de carrière, etc) pour le temps de travail renseigné.

## Service des soins de santé

**Correspondant :** Anita Welschen

**Votre lettre du :**

**Tél.:** 02 739 73 74    **Fax :** 02 739 73 52

**Vos références :**

**E-mail :** [anita.welschen@inami.fgov.be](mailto:anita.welschen@inami.fgov.be)

**Nos références :** 1830/VDM-GV/2012/

**Bruxelles, le**

Madame,  
Monsieur,

### **Concerne : Convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile en cas d'insuffisance respiratoire chronique grave – Conclusion de la nouvelle convention**

Réuni le 21 mai 2012, le Comité de l'assurance a approuvé la nouvelle convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile jointe en annexe. Cette nouvelle convention, sous réserve de signature, entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et restera valable jusqu'au 31 décembre 2013 inclus.

La nouvelle convention s'inscrit dans le cadre de la révision de la réglementation globale en matière d'oxygénothérapie à domicile. Parallèlement à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile fixée par la convention, la réglementation relative à l'oxygénothérapie de courte durée à domicile subira (en dehors du cadre de la convention) également d'importantes modifications. La nouvelle réglementation en matière d'oxygénothérapie de courte durée à domicile entrera normalement en vigueur, parallèlement à la nouvelle convention, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012. À la suite de la nouvelle réglementation, les patients qui ont besoin d'une oxygénothérapie à domicile au-delà de trois mois pourront encore bénéficier de l'oxygénothérapie (remboursée) exclusivement dans le cadre de la convention, à l'exception des patients palliatifs et des patients présentant un 'cluster headache'.

La nouvelle convention diffère de la convention antérieure sur plusieurs points. Des modifications ont ainsi été apportées entre autres concernant les aspects suivants :

- Les formes d'oxygénothérapie remboursées et le matériel pouvant être utilisé dans ce cadre ;
- Les indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ;
- Les prix de l'oxygénothérapie ;
- L'intervention dans les frais d'électricité des patients ;
- Les règles en cas d'hospitalisation ;
- La délivrance de l'oxygène liquide et éventuellement de l'oxygène médical gazeux (rôle de la pharmacie hospitalière) ;

...

- L'application de la convention sur plusieurs sites hospitaliers.

Ces modifications sont décrites brièvement dans la présente lettre et plusieurs instructions pratiques sont également données sur l'application de la nouvelle convention. Pour un aperçu complet de la réglementation ad hoc, nous vous renvoyons au texte de la convention.

### **Formes d'oxygénothérapie proposées**

Les formes d'oxygénothérapie qui peuvent être proposées au patient ont subi de profondes modifications à deux niveaux (cf. article 3) :

- 1) L'oxygénothérapie par oxyconcentrateur, complété d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse, ne peut en principe plus être proposée aux patients. En revanche, deux nouvelles formes d'oxygénothérapie sont prévues : d'une part, l'oxygénothérapie par oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de recharge et d'autre part, l'oxygénothérapie par oxyconcentrateur fixe complété par un oxyconcentrateur portable.

Les patients traités jusqu'à présent par oxyconcentrateur complété d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> devront passer à une de ces nouvelles formes d'oxygénothérapie (*sauf si l'hôpital même est propriétaire d'un grand nombre d'oxyconcentrateurs et que les dispositions de l'article 26 lui sont applicables*).

- 2) Les critères de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide ont été affinés. Un patient entre en ligne de compte pour une oxygénothérapie par oxygène liquide uniquement s'il a besoin d'un débit d'oxygène de  $\geq 4$  litre par minute. Les autres patients traités jusqu'à présent par oxygène liquide devront passer en pratique soit à un oxyconcentrateur équipé d'un compresseur de recharge, soit à un oxyconcentrateur fixe combiné à un oxyconcentrateur portable.

Pour les patients susmentionnés qui doivent passer à une autre forme d'oxygénothérapie, cette conversion devra être réalisée entre le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et le 31 juillet 2013, à savoir à la date à laquelle la période de prise en charge autorisée (dans le cadre de la précédente convention) par le médecin-conseil expire (cf. articles 24 et 25). Les périodes de prise en charge de l'oxygénothérapie autorisées (dans le cadre de la précédente convention) par les médecins-conseils restent donc valables jusqu'à la date de fin normale de la période autorisée. En cas de prolongation de la période de prise en charge, chaque patient doit satisfaire aux dispositions de la nouvelle convention (tant au niveau des indications que de la forme d'oxygénothérapie proposée).

Les articles 8 à 11 inclus abordent plus en détail les conditions auxquelles le matériel doit répondre. Il y apparaît entre autres que les oxyconcentrateurs doivent être équipés à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015 au plus tard d'un compteur qui enregistre l'utilisation effective de l'oxyconcentrateur. Dès l'entrée en vigueur de la convention, l'utilisation effective de l'oxyconcentrateur doit être vérifiée au moins une fois par an (cf. notamment l'article 8, § 4).

### **Indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile**

Les indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile (cf. article 3) n'ont été modifiées dans la nouvelle convention que dans une mesure limitée. Seules les

indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile pour un syndrome d'hypoxémie nocturne (cf. article 3, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, a) ont été affinées.

En outre, des critères spécifiques pour les enfants et les nouveau-nés ont été insérés à l'article 3.

Les conditions de la prolongation annuelle de l'oxygénothérapie ont également été définies plus clairement à l'article 3.

Les indications ont été proposées par une délégation de pneumologues sur la base de directives scientifiques relatives à l'utilisation de l'oxygène. L'oxygénothérapie de longue durée à domicile est jugée pertinente uniquement pour les patients qui répondent aux conditions de l'article 3.

Dans le cadre de la nouvelle convention, seuls les pneumologues et les pédiatres spécialisés en pneumologie pourront prescrire un traitement d'oxygénothérapie de longue durée à domicile (cf. article 5, § 2).

### **Nouveaux prix et pseudo-codes**

Le tableau ci-dessous mentionne les nouveaux prix et les nouveaux pseudo-codes qui doivent être utilisés pour les prestations réalisées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour les différentes formes d'oxygénothérapie :

<b>Modalité de l'oxygénothérapie</b>	<b>Pseudo-code</b>	<b>Forfait journalier</b>
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe	797252	5,30 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe avec compresseur de recharge	797274	7,77 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe et oxyconcentrateur portable	797296	9,31 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxygène liquide	797311	5,30 €
Oxygénothérapie de longue durée à domicile par oxyconcentrateur fixe complété par de petites bouteilles d'oxygène	797333	7,77 €

Le détail de la composition de ces prix se trouve à titre d'information en annexe 3 à la convention.

Les nouveaux prix ont été fixés en tenant compte :

- D'une part, du coût réel du matériel et des services effectués par les prestataires de services médico-techniques spécialisés auxquels font appel la plupart des hôpitaux ;
- D'autre part, d'une rétribution pour le travail du pneumologue et des collaborateurs de l'hôpital afin de pouvoir appliquer la convention.

Pour les prestations réalisées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, seuls les forfaits accompagnés du nouveau pseudo-code correspondant mentionné dans le tableau peuvent encore être facturés aux organismes assureurs. Cette disposition s'applique donc également aux patients pour lesquels les médecins-conseils ont encore octroyé la prise en charge de l'oxygénothérapie dans le cadre de la convention antérieure, même si le médecin-conseil a mentionné un ancien pseudo-code dans sa lettre d'autorisation. Un tableau de conversion permettant à votre hôpital de convertir lui-même l'ancien pseudo-code accordé par le médecin-conseil vers le nouveau pseudo-code, sans qu'un nouvel accord du médecin-conseil ne soit requis, figure à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, de la convention.

### **Intervention dans les frais d'électricité des patients**

Comme ce fut déjà le cas dans la convention précédente, une intervention est prévue pour les frais d'électricité supplémentaires liés à l'utilisation de l'oxyconcentrateur pour le bénéficiaire.

Dans la nouvelle convention, cette intervention n'est toutefois plus comprise dans les prix susmentionnés. De même, cette intervention ne doit plus être versée par l'hôpital qui suit le traitement par oxygénothérapie.

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, cette intervention s'élève à 1 EUR par jour et sera versée par l'organisme assureur du bénéficiaire.

L'hôpital doit informer ses patients à ce sujet (cf. article 13).

### **Oxygénothérapie et hospitalisation** (article 4, § 1<sup>er</sup> et article 14)

Le remboursement de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile est possible dans le cas où le patient est admis dans un hôpital psychiatrique et en cas d'hospitalisations partielles.

Pour les patients qui ont déjà entamé une oxygénothérapie à domicile dans le cadre de la convention, l'oxygénothérapie peut également être facturée si le patient est ensuite hospitalisé dans un hôpital autre que l'hôpital chargé de suivre l'oxygénothérapie du patient. Cette modification a été motivée par des raisons liées à la simplification administrative : pour les hôpitaux conventionnés, il était en effet difficile dans la pratique de vérifier si un patient n'avait pas été hospitalisé dans un autre hôpital. Pour les mêmes raisons de simplification administrative, il n'est fait aucune distinction entre les pseudo-codes pour les patients ambulatoires et les pseudo-codes pour patients hospitalisés : l'oxygénothérapie peut donc toujours être facturée sur la base des pseudo-codes des patients ambulatoires, même si le patient a été hospitalisé dans un autre hôpital.

Dans le cas d'une hospitalisation complète du patient sur n'importe quel site de l'hôpital qui suit l'oxygénothérapie du patient, le prix de journée pour l'oxygénothérapie ne peut pas être facturé pour les journées durant lesquelles le patient a été hospitalisé.

### **Les médicaments oxygène liquide et oxygène médical gazeux. Rôle de la pharmacie hospitalière**

Dans le cadre de la nouvelle convention, l'oxygène liquide ne peut plus être délivré à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 par l'officine publique du patient. Seule la pharmacie hospitalière est habilitée à le faire. La pharmacie hospitalière peut éventuellement faire appel dans ce but à un prestataire de services médico-techniques spécialisés.

La pharmacie hospitalière peut facturer séparément l'oxygène liquide sur la base de la réglementation relative aux médicaments (cf. article 11, § 5).

Pour les patients pour lesquels une période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil dans le cadre de la précédente convention est en cours pour un traitement par oxyconcentrateur, complété par des petites bouteilles d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économeuse, ces petites bouteilles d'oxygène médical gazeux pourront, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, encore uniquement être délivrées par la pharmacie hospitalière (éventuellement avec l'aide d'un prestataire de services

médico-techniques spécialisés) (cf. article 25). De même, pour les hôpitaux propriétaires d'un grand nombre d'oxyconcentrateurs et répondant en la matière aux dispositions de l'article 26, les petites bouteilles (supplémentaires) d'oxygène médical gazeux devront aussi être délivrées à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012 par la pharmacie hospitalière (cf. article 26, § 4).

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, l'oxygène médical gazeux ne pourra plus être facturé séparément pour les patients qui complètent encore un oxyconcentrateur (à titre temporaire) par de petites bouteilles d'oxygène médical gazeux (cf. article 25 et article 26, § 4). Le coût de l'oxygène médical gazeux est censé, pour les patients qui suivent cette forme d'oxygénothérapie (prestation 797333), être compris dans le prix de 7,77 EUR par journée. Le fait que ce principe soit seulement valable à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012 et non du 1<sup>er</sup> juillet 2012 permet en pratique de réaliser cette conversion.

Les patients qui suivent un traitement d'oxygénothérapie dans le cadre de la convention n'entrent plus en ligne de compte, en dehors du cadre de cette convention, pour le remboursement d'un oxyconcentrateur ou de l'oxygène médical gazeux (*sauf, jusqu'au 31 août 2012 inclus, dans le cas décrit plus haut de traitement par oxyconcentrateur complété par des petites bouteilles d'oxygène médical gazeux 0,4 m<sup>3</sup> avec valve économiseuse*). L'hôpital doit informer par écrit chaque patient et son médecin généraliste qu'aucun autre traitement d'oxygénothérapie ne peut plus être remboursé en dehors du cadre de la convention (cf. article 4 § 2). L'hôpital doit aussi faire savoir au pharmacien du patient que celui-ci est traité par oxygénothérapie dans le cadre de la convention (cf. notamment l'article 8 § 2). Ceci est surtout important pour les patients qui étaient traités auparavant par oxygénothérapie via la pharmacie publique, afin de permettre un passage correct d'une réglementation à l'autre. Le pharmacien ne peut en effet plus tarifier d'oxygène pour les patients qui bénéficient d'une oxygénothérapie via la convention. C'est pourquoi il est souhaitable que l'hôpital et le pharmacien établissent entre eux les accords nécessaires au passage du patient d'une réglementation à l'autre. Ceci n'est pas en contradiction avec les dispositions de l'article 5 § 6 selon lequel l'hôpital doit être en mesure d'entamer sans délai le traitement par oxygénothérapie. Les dispositions de l'article 5 § 6 visent en effet surtout les nouveaux patients et les patients pour lesquels un passage rapide à une autre forme d'oxygénothérapie est souhaitable.

### **Application de la convention sur plusieurs sites hospitaliers**

Votre hôpital ne peut conclure la nouvelle convention avec le Comité de l'assurance qu'une seule fois. Si votre hôpital dispose de plusieurs sites hospitaliers, vous pouvez appliquer la convention sur ces différents sites pour autant qu'il soit satisfait aux conditions décrites à l'article 7, § 2 de la nouvelle convention.

Le numéro d'identification INAMI de la nouvelle convention est indiqué en bas des pages de la convention en annexe. Pour les hôpitaux qui disposaient jusqu'à présent de plusieurs conventions, le numéro d'identification concerné est celui d'une de ces conventions.

Les demandes de prise en charge de l'oxygénothérapie doivent être introduites à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 sur la base du numéro d'identification de la nouvelle convention. Cette disposition est valable tant pour les demandes pour les nouveaux patients que pour la prolongation de l'oxygénothérapie pour les patients qui ont déjà été pris en charge dans le cadre de la précédente convention. Les anciens numéros d'identification des conventions précédentes doivent toujours être utilisés à titre temporaire pour la facturation de prestations pour les patients pour lesquels un accord du médecin-conseil (*octroyé dans le cadre de la précédente convention, sur la base d'un ancien numéro*

*d'identification*) est en cours, et ce jusqu'à la fin de la période de prise en charge octroyée (dans le cadre de la précédente convention) (cf. article 24, § 1<sup>er</sup>).

### **Autres adaptations importantes**

Chaque hôpital doit en permanence (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) être disponible pour les patients et leur médecin généraliste (cf. article 5, § 5). Le médecin généraliste doit en être informé (cf. notamment l'article 8, § 4). En cas d'incident technique, la poursuite de l'oxygénothérapie doit pouvoir être garantie dans un délai de 3 heures (cf. article 5, § 5).

L'établissement prend lui-même la décision d'accepter ou non de poursuivre l'oxygénothérapie si le patient séjourne temporairement par exemple dans une résidence de vacances (cf. article 4, § 4).

En signant la convention, un hôpital confirme qu'il répond à toutes les conditions de la convention (cf. article 5). Dès qu'il ne dispose plus de pneumologue, l'hôpital concerné doit immédiatement le signaler à l'INAMI. Dans ce cas, plus aucune demande de prise en charge ne peut être introduite pour de nouveaux patients, de même que les demandes de prolongation de périodes en cours de prise en charge.

Les hôpitaux qui font appel à des prestataires de services médico-techniques spécialisés pour l'organisation de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile doivent à cette fin conclure des contrats avec les prestataires de services spécialisés avec lesquels ils collaborent (cf. article 6).

Une période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil prend fin si, pour le même bénéficiaire, une demande est introduite par un autre hôpital (cf. article 18, § 1<sup>er</sup>).

La facturation doit désormais s'effectuer sur support électronique, via la bande magnétique de l'hôpital (cf. article 19, § 1<sup>er</sup>).

Une liste récapitulative des dépenses et des recettes dans le cadre de la convention ne doit être envoyée à l'INAMI qu'à sa demande expresse (cf. article 19, § 2).

L'obligation visant à transmettre les chiffres de production tous les trois mois a été instaurée à l'époque via une lettre qui avait le statut d'avenant et qui existe donc depuis de nombreuses années (cf. article 21). Après signature de la convention, l'INAMI transmettra à la personne de contact une application informatique adaptée pour les chiffres de production de votre hôpital qui tient compte des nouvelles formes d'oxygénothérapie, des nouveaux pseudo-codes et des nouveaux prix. Hormis ces adaptations, cette application informatique ne comportera aucune autre modification. Pour les hôpitaux disposant de plusieurs sites, les chiffres de production de tous les sites hospitaliers doivent être envoyés de manière groupée pour les prestations réalisées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012.

Le rapport annuel reste maintenu dans la nouvelle convention (cf. article 20). Pour l'année 2012, un seul rapport annuel doit être établi et porter sur l'année complète ; y compris donc les six mois durant lesquels l'ancienne convention était encore en application. Pour les hôpitaux disposant de plusieurs sites, un seul rapport regroupant les données des différents sites doit être envoyé.

\*\* \*

\*\*

Pour toute information complémentaire concernant les dispositions de la nouvelle convention, vous pouvez toujours contacter à l'INAMI Mme Welschen (tél. : 02 739 73 74 ou e-mail : [anita.welschen@inami.fgov.be](mailto:anita.welschen@inami.fgov.be)) ou Mme De Meue (tél. : 02 739 79 64 ou e-mail : [valerie.demeue@inami.fgov.be](mailto:valerie.demeue@inami.fgov.be)).

\*\* \*

\*\*

En annexe figurent deux exemplaires de la nouvelle convention. Nous vous demandons de nous les renvoyer de préférence pour le 25 juin 2012, signés par les responsables respectifs (avec mention du nom et du numéro d'agrément du ou des médecins responsables). Après signature des deux parties, nous vous renverrons un exemplaire contresigné. Nous insistons sur le fait que tant que vous n'avez pas renvoyé les deux exemplaires signés, nous ne pourrons pas avertir les organismes assureurs que votre hôpital dispose d'une nouvelle convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile ; et le cas échéant, votre hôpital court le risque que les organismes assureurs bloquent les demandes et les factures individuelles.

Comme vous le savez, le Comité de l'assurance a dénoncé en mars de cette année toutes les anciennes conventions d'oxygénothérapie qui prennent fin par conséquent le 30 juin 2012. Si votre hôpital ne signe pas la nouvelle convention, il ne disposera plus à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 d'une convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile. Le cas échéant, la date du 30 juin 2012 est donc le dernier jour pour lequel des forfaits journaliers peuvent encore être facturés dans le cadre de la ou des conventions dénoncées.

Nous espérons pouvoir compter sur une collaboration constructive et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER  
Directeur général.