

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2007 — 2757

[C — 2007/23071]

14 JUIN 2007. — Arrêté royal fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires concernant l'e-monitoring en cas d'insuffisance cardiaque chronique

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, remplacé par la loi du 10 août 2001;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 22 janvier 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 12 février 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget du 30 mars 2007;

Vu l'avis n° 42.938/1 du Conseil d'Etat, donné le 15 mai 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Aux conditions énoncées dans le présent arrêté, le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et une association de dispensateurs de soins, au terme de l'article 4 du présent arrêté, peuvent conclure une convention fixant les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par dérogation aux dispositions légales et réglementaires en vigueur dans le cadre de cette assurance, accorde des interventions pour des projets en matière de coordination du suivi multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque grave chez des patients cardiaques de classe III-IV par e-monitoring.

La dite convention se rapporte au territoire belge.

Art. 2. Dans la convention visée à l'article 1^{er}, l'association de dispensateurs de soins s'engage à mener à bien un trajet de soins qui doit, en matière de suivi de l'insuffisance cardiaque chronique, aborder au minimum les thèmes suivants :

1^o l'intégration du patient dans un programme d'insuffisance cardiaque ambulatoire, suivant une mobilisation rapide, une éducation et un soutien du patient cardiaque pendant son hospitalisation;

2^o le suivi régulier durant les premières semaines critiques qui suivent la sortie de l'hôpital, à travers des contacts réguliers entre l'équipe d'insuffisance cardiaque, le médecin généraliste, les soins infirmiers à domicile et le patient;

3^o le monitoring électronique à distance des patients cardiaques de classe III-IV, ainsi qu'un système de concertation entre le médecin généraliste (première ligne) et les spécialistes de la « clinique d'insuffisance cardiaque »;

4^o la coordination avec le dispatching médical prévu dans le cadre de l'agence pour la gestion des appels au secours;

5^o l'élaboration de programmes de formation en vue de compléter les connaissances et l'attitude des travailleurs de la santé qui prennent part à la prise en charge multidisciplinaire de l'e-monitoring en cas d'insuffisance cardiaque grave chez les patients cardiaques de classe III-IV.

Art. 3. L'INAMI fixera, en collaboration avec l'association de dispensateurs de soins visée à l'article 4, le cahier des charges permettant l'enregistrement des données visées à l'article 2, 2^o, de telle sorte que l'application comporte des modules réutilisables pour d'autres enregistrements similaires.

Art. 4. Par « association de dispensateurs de soins », il y a lieu d'entendre les délégués des cercles de médecins généralistes, le cardiologue, les dispensateurs de soins faisant partie d'une équipe d'insuffisance cardiaque multidisciplinaire et qui, à travers leurs associations scientifiques, collaborent activement au développement d'un projet qui vise l'amélioration du suivi des patients de classe III-IV en cas d'insuffisance cardiaque grave avec pour objectif d'éviter les réhospitalisations.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2007 — 2757

[C — 2007/23071]

14 JUNI 2007. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke projecten in verband met e-monitoring bij chronisch hartfalen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 22 januari 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 12 februari 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 30 maart 2007;

Gelet op het advies nr. 42.938/1 van de Raad van State, gegeven op 15 mei 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Onder de in dit besluit vermelde voorwaarden kan tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en een samenwerkingsverband van zorgverleners in de zin van artikel 4 van dit besluit een overeenkomst worden gesloten waarin de nadere regels worden bepaald waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in afwijking van de in het kader van die verzekering geldende wettelijke en reglementaire bepalingen, tegemoetkomingen toekent voor projecten in verband met de coördinatie van de multidisciplinaire opvolging van ernstig hartfalen bij klasse III-IV hartpatiënten door e-monitoring.

De overeenkomst heeft betrekking op het Belgisch grondgebied.

Art. 2. In de in artikel 1 bedoelde overeenkomst verbindt het samenwerkingsverband van zorgverleners zich tot de uitvoering van een zorgtraject dat minstens volgende thema's met betrekking tot de opvolging van chronisch hartfalen aan bod laat komen :

1^o de opname van de patiënt in een ambulante hartfalenprogramma, volgend op een snelle mobilisatie, educatie en ondersteuning van de hartpatiënt gedurende zijn opname in het ziekenhuis;

2^o de regelmatige opvolging in de kritische eerste weken na ontslag uit het ziekenhuis via regelmatige contacten tussen het hartfalenteam, de huisarts en thuisverpleging en de patiënt;

3^o de elektronische monitoring op afstand van de klasse III-IV hartpatiënten, met hieraan gekoppeld een systeem van overleg tussen de huisarts (eerste lijn) en de specialisten van de « hartfalenkliniek »;

4^o de coördinatie met de medische dispatching die voorzien is in het kader van de dienst voor het beheer van noodoproepen;

5^o de uitwerking van opleidingsprogramma's met het oog op de vervolmaking van de kennis en de houding van de gezondheidswerkers die bij de multidisciplinaire tenlasteneming van de e-monitoring bij ernstig hartfalen bij de klasse III-IV hartpatiënten zijn betrokken.

Art. 3. Het RIZIV stelt in samenwerking met het in artikel 4 bedoelde samenwerkingsverband van zorgverleners het lastenboek op voor de toepassing waarmee de in artikel 2, 2^o bedoelde gegevens kunnen worden geregistreerd, en wel zó dat de toepassing modules bevat die voor andere gelijkaardige registraties kunnen worden hergebruikt.

Art. 4. Met « samenwerkingsverband van zorgverleners » worden bedoeld de afgevaardigden van de huisartsenwachtposten, de cardioloog, de zorgverleners die deel uitmaken van een multidisciplinair hartfalenteam en die, binnen de wetenschappelijke verenigingen waaraan zij zijn verbonden, actief meewerken om een project te ontwikkelen voor de verbetering van de opvolging van de klasse III-IV patiënten bij ernstig hartfalen, met als doel het vermijden van heropnames in het ziekenhuis.

Lors du lancement du projet, une association de dispensateurs de soins bénéficiant d'au moins une année d'expérience dans l'e-monitoring de 20 patients cardiaques au minimum fera office de projet pilote.

Plusieurs autres centres seront intégrés au projet dans un délai de six mois suivant le début du projet pilote, de sorte que dans l'ensemble, au minimum 80 patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique fassent partie du programme de qualité et de suivi défini à l'article 2.

Art. 5. Le médecin généraliste du patient décompensé cardiaque est intégré d'emblée au suivi du patient.

L'infirmier, qui par formation et par expérience est familiarisé avec la problématique de l'insuffisance cardiaque, faisant partie de l'association de dispensateurs de soins visée à l'article 4, coordonne les activités propres à la clinique d'insuffisance cardiaque, visite et informe tous les patients hospitalisés et leur entourage sur la pathologie. Il/elle prépare la sortie en prenant contact avec le médecin généraliste et les soins infirmiers à domicile et met en contact le patient, si nécessaire, avec l'équipe de rééducation multidisciplinaire. Il/elle suivra également de manière systématique, par patient, les paramètres les plus importants. Au moment de sa sortie, le patient recevra des instructions complémentaires concernant l'auto-monitoring de son poids.

Le médecin généraliste et l'infirmier suivent les patients après leur sortie.

Durant la consultation ambulatoire pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque, les différents aspects essentiels de l'insuffisance cardiaque chronique sont parcourus une nouvelle fois avec les patients, et des adaptations à la thérapie sont proposées.

Le cardiologue qui par formation et par expérience est familiarisé avec la problématique de l'insuffisance cardiaque, faisant partie de l'association de dispensateurs de soins visée à l'article 4, fixe le poids optimal à atteindre par patient sur la base d'examens cliniques et de laboratoire et d'une échocardiographie et il convient avec le médecin généraliste de l'optimisation de la thérapie relative à l'insuffisance cardiaque et des mesures à prendre en cas de changement de situation.

Art. 6. La convention visée à l'article 1^{er} aboutit à l'élaboration de stratégies :

1° d'amélioration de la qualité des prestations multidisciplinaires fréquentes et complexes;

2° de limitation des réadmissions aux stades d'insuffisance cardiaque III et IV par une intervention rapide du médecin généraliste, en concertation avec l'équipe d'insuffisance cardiaque, dans le cas où les limites préconisées au niveau des paramètres utilisés (poids, pression sanguine,...) sont dépassées;

3° d'un programme permanent d'e-monitoring des patients aux classes d'insuffisance cardiaque III et IV, de manière à pouvoir disposer d'informations en permanence concernant l'état de santé global des patients.

Art. 7. Le projet, tel qu'il est décrit à l'article 1^{er}, est suivi, sur le plan du contenu et des critères de qualité, par un comité d'accompagnement qui tient des réunions sur une base régulière. Le comité d'accompagnement veille au partenariat des centres visés sur le plan de la communication, la collecte des données et l'échange des données, prodigue avis et soutien aux parties intéressées, et stimule la collaboration entre les médecins généralistes et spécialistes concernés.

La composition du comité d'accompagnement sera multidisciplinaire, et regroupera notamment les disciplines et organisations suivantes : cardiologues, gestionnaires hospitaliers, infirmiers spécialisés en insuffisance cardiaque, la Belgian Society for Cardiology; un représentant du Comité éthique, un représentant du cercle de médecins généralistes, et un de chaque société scientifique de médecine générale, un représentant de l'INAMI et un représentant du fournisseur de l'appareillage d'e-monitoring.

Le comité d'accompagnement fournira des avis sur l'établissement du rapport mentionné à l'article 9 à l'attention du Comité de l'assurance.

Art. 8. La convention visée à l'article 1^{er} est contrôlée par un groupe de direction dans son exécution des réalisations effectives obtenues. Le groupe de direction veille à l'exécution de la convention et donne conseil et soutien aux intéressés à la réalisation.

Dans le groupe de direction siègent un représentant du (des) pouvoir(s) organisateur(s), un représentant du fournisseur de l'appareil e-monitoring et un représentant de l'INAMI qui assure la présidence.

Bij aanvang van het project zal een samenwerkingsverband van zorgverstrekkers dat minimum één jaar ervaring heeft in de e-monitoring van minimum 20 hartpatiënten, fungeren als pilootproject.

Binnen een periode van zes maanden na aanvang van het pilootproject zullen verschillende andere centra in het project opgenomen worden, zodanig dat in totaal minimum 80 chronisch hartfalenpatiënten bij het in artikel 2 omschreven kwaliteits- en opvolgingsprogramma opgenomen worden.

Art. 5. De huisarts van de hartfalenpatiënt wordt in het vroegste stadium betrokken bij het opvolgen van de patiënt.

De verpleegkundige, die door opleiding en ervaring vertrouwd is met de problematiek van het hartfalen, behorend tot het in artikel 4 bedoelde samenwerkingsverband van zorgverleners, coördineert de activiteiten die eigen zijn aan de hartfalenkliniek en bezoekt en informeert alle opgenomen patiënten en hun mantelzorgers over de pathologie. Zij/hij bereidt het ontslag voor door contacten met huisarts en thuisverpleging en brengt, zo geïndiceerd, de patiënt in contact met het multidisciplinaire revalidatieteam. Zij/hij zal ook systematisch per patiënt de belangrijkste parameters opvolgen. Bij ontslag van de patiënt zal deze bijkomende instructies krijgen omtrent zelfmonitoring van gewicht.

De huisarts en de verpleegkundige volgen de patiënten na ontslag.

Tijdens de ambulante raadpleging voor hartfalenpatiënten worden de verschillende belangrijke aspecten van het chronisch hartfalen met de patiënten opnieuw overlopen en worden therapieaanpassingen voorgesteld.

De cardioloog, die door opleiding en ervaring vertrouwd is met de problematiek van het hartfalen, behorend tot het in artikel 4 bedoelde samenwerkingsverband van zorgverleners, bepaalt het optimale streefgewicht per patiënt op basis van kliniek, labo en echocardiografie en overlegt met de huisarts de optimalisatie van de hartfalen therapie en de te nemen maatregelen in geval van verandering van de toestand.

Art. 6. De in artikel 1 bedoelde overeenkomst leidt tot de uitwerking van strategieën voor :

1° de verbetering van de kwaliteit van de frequente en complexe multidisciplinaire verstrekkingen;

2° het beperken van heropnames bij hartfalen stadium III en IV via een snel ingrijpen door de huisarts, in overleg met het hartfalenteam, ingeval de vooropgestelde limieten inzake gehanteerde parameters (gewicht, bloeddruk,...) worden overschreden;

3° een permanent programma voor de e-monitoring van patiënten met hartfalen klasse III en IV, zodat men over permanente informatie beschikt met betrekking tot de globale gezondheidstoestand van de patiënten.

Art. 7. Het project zoals omschreven in het artikel 1, wordt naar inhoud en kwaliteitscriteria opgevolgd door een begeleidingscomité dat op regelmatige wijze vergadert. Het begeleidingscomité ziet toe op het partnerschap van de betrokken centra op het vlak van communicatie, gegevensverzameling en gegevensuitwisseling, het verleent advies en steun aan de betrokkenen en bevordert de samenwerking tussen de betrokken huisartsen en specialisten.

Het begeleidingscomité zal multidisciplinair zijn samengesteld en er zullen onder andere volgende disciplines en organisaties bij betrokken zijn : cardiologen; ziekenhuisbeheerders; hartfalen-verpleegkundigen; de Belgian Society for Cardiology : een vertegenwoordiger van het ethisch comité; een vertegenwoordiger van de huisartsenkring en een van elke wetenschappelijke vereniging voor algemene geneeskunde, een vertegenwoordiger van het RIZIV en een vertegenwoordiger van de leverancier van de e-monitoring apparatuur.

Het begeleidingscomité zal advies verlenen bij het tot stand komen van het in artikel 9 vermelde rapport ten aanzien van het Verzekeringscomité.

Art. 8. De in artikel 1 bedoelde overeenkomst wordt door een stuurgroep in haar uitvoering getoetst aan de werkelijk bekomen realisaties. De stuurgroep ziet toe op de uitvoering van de overeenkomst en verleent advies en steun aan de betrokkenen bij de uitvoering ervan.

In de stuurgroep zetelen een vertegenwoordiger van de inrichtende macht(en), een vertegenwoordiger van de leverancier van de e-monitoring apparatuur en een vertegenwoordiger van het RIZIV, die het voorzitterschap waarneemt.

Le président du groupe de direction décide de la date à laquelle les réunions ont lieu.

Art. 9. La convention visée à l'article 1^{er} doit être transparente en ce qui concerne la composition et la destination de l'intervention.

L'intervention couvre la formation complémentaire des différentes catégories de dispensateurs de soins, les frais liés à l'information du patient, les coûts de matériel et d'infrastructure nécessaires à la réalisation du programme visé à l'article 2.

Les dispensateurs de soins associés au programme de qualité décrit à l'article 2 ne peuvent en aucun cas demander aux bénéficiaires, du fait de l'existence de ce programme de qualité, des suppléments au-delà des prix et honoraires réglementaires.

Art. 10. La durée de la convention visée ci-dessus est de 2 ans.

Durant les trois premiers mois de la convention l'accent sera mis sur l'optimalisation du projet pilote, tel qu'il est décrit à l'article 4, alinéa 2.

Durant les six mois qui suivent il sera procédé au recrutement des centres visés à l'article 4, alinéa 3.

Durant les douze mois qui suivent, se déroule l'implémentation effective du suivi des patients et de l'enregistrement y afférent des données de l'expérience.

Les résultats de la convention sont – au plus tard au terme des trois derniers mois – transmis par l'association de dispensateurs de soins, et en concertation avec le groupe de direction défini à l'article 7, dans un rapport au Comité de l'assurance. Un état de la situation y est dressé en ce qui concerne les étapes entreprises à ce moment-là au niveau des paramètres à suivre.

Outre des données épidémiologiques et de suivi de patients, ce rapport formulera une proposition d'insertion du télé-monitoring dans le trajet de soins de patients en insuffisance cardiaque terminale : quels patients peuvent y prétendre (critères d'inclusion), de quelle manière optimiser le partenariat entre la première et la deuxième ligne en faisant appel au monitoring et à la communication électroniques, et comment ce suivi doit-il être pris en charge. Ces propositions seront considérées comme recommandations de qualité.

Art. 11. L'intervention dans la convention conclue sur la base du présent arrêté ne peut s'élever à plus de 92 370 euros, dont :

21 370 euros après la période décrite à l'article 10, alinéa 2. Ces dépenses sont liées aux frais de location de hardware, au support technique et aux frais de connexion pour le télé-monitoring;

20 000 euros après la période décrite à l'article 10, alinéa 3. Il s'agit des dépenses liées à la formation, aux réunions, à la formation complémentaire des équipes et patients participants;

24 000 euros au maximum après la période décrite à l'article 10, alinéa 4. Le montant réel est calculé sur la base du nombre de patients suivis à concurrence d'un forfait de 50 euros par patient mensuelle;

27 000 euros après la période décrite à l'article 10, alinéa 5, et plus particulièrement : après la transmission du rapport au Comité de l'assurance. Ces dépenses sont liées à la gestion centrale, aux dépenses engendrées (jetons de présence, frais de déplacement) pour les membres du groupe de direction, et au rapport final.

Dans la convention, ces montants peuvent être ventilés en plusieurs tranches.

Les montants mentionnés dans la convention sont adaptés au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année qui précède, de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

La convention fixe les modalités pour le versement d'acomptes et pour le paiement définitif de l'intervention sur la base des pièces justificatives.

Art. 12. La convention contient une clause selon laquelle le Comité de l'assurance peut décider de récupérer les montants qui n'ont pas été utilisés conformément à la convention. De même, la convention contient une clause selon laquelle le Comité de l'assurance peut à tout moment dénoncer la convention, moyennant respect d'un délai de préavis raisonnable, à l'égard du ou des pouvoir(s) organisateur(s) avec le(s)quel(s) elle a été conclue, s'il apparaît que celui-ci (ou ceux-ci) n'exécute(nt) pas ou partiellement la convention.

De voorzitter van de stuurgroep bepaalt de datum waarop de vergaderingen plaatsvinden.

Art. 9. De in artikel 1 bedoelde overeenkomst moet transparant zijn wat de samenstelling en de bestemming van de tegemoetkoming betreft.

De tegemoetkoming vergoedt de bijscholing van de onderscheiden categorieën zorgverstrekkers, de kosten verbonden aan het informeren van de patiënt, het materiaal en de infrastructuurkosten noodzakelijk voor de realisatie van het in artikel 2 bedoelde programma.

De zorgverleners die bij het in artikel 2 beschreven kwaliteitsprogramma betrokken zijn, mogen vanwege het bestaan van dat kwaliteitsprogramma in geen geval aan rechthebbenden supplementen vragen bovenop de reglementaire prijzen en honoraria.

Art. 10. De duur van de hierboven bedoelde overeenkomst bedraagt 2 jaar.

Gedurende de eerste drie maanden van de overeenkomst zal de nadruk gelegd worden op de optimalisatie van het pilootproject zoals omschreven in artikel 4, tweede lid.

Gedurende de volgende 6 maanden zullen de in artikel 4, derde lid vermelde centra gerecrueteerd worden.

Gedurende de volgende twaalf maanden gebeurt de werkelijke implementatie van de opvolging van de patiënten en de daaraan verbonden registratie van ervaringsgegevens.

De resultaten van de overeenkomst worden – op zijn laatst in de loop van de laatste drie maanden - door het samenwerkingsverband van zorgverstrekkers en in overleg met de in artikel 7 omschreven 'stuurgroep', in een rapport aan het Verzekeringscomité overgemaakt. Daarin wordt een stand van zaken geschetst betreffende de op dat ogenblik gepresteerde feiten inzake de op te volgen parameters.

Er zal in dit rapport – naast epidemiologische- en patiëntenopvolgingsgegevens – een voorstel voor de inpassing van telemonitoring in het zorgtraject voor terminale hartfalenpatiënten worden voorgesteld : welke patiënten komen in aanmerking (inclusiecriteria), hoe kan het partnership tussen eerste en tweede lijn worden geoptimaliseerd via gebruik van elektronische monitoring en communicatie en hoe dient deze opvolging vergoed te worden. Deze voorstellen zullen beschouwd worden als kwaliteitsaanbevelingen.

Art. 11. De tegemoetkoming in de op basis van onderhavig besluit gesloten overeenkomst mag niet meer bedragen dan 92.370 euro waarvan :

21.370 euro na de periode zoals omschreven in artikel 10, tweede lid. Deze uitgaven houden verband met hardware-huurkosten, technische ondersteuning en connectiekosten voor telemonitoring;

20.000 euro na de periode zoals omschreven in artikel 10, derde lid. Het betreft uitgaven in verband met opleiding, vergaderingen, bijscholing van deelnemende teams en patiënten;

maximaal 24.000 euro na de periode zoals omschreven in artikel 10 vierde lid. Het werkelijk bedrag wordt berekend op basis van het aantal opgevolgde patiënten à rato van een forfait van 50 euro per patiënt per maand;

27.000 euro na de periode zoals omschreven in artikel 10, vijfde lid, meer bepaald : na het overmaken van het rapport aan het Verzekeringscomité. Deze uitgaven houden verband met het centraal management, de gemaakte uitgaven (zitpenningen, verplaatsingsvergoedingen) voor de leden van de stuurgroep en de eindrapportering.

In de overeenkomst kunnen deze bedragen worden uitgesplitst over meerdere delen.

De in de overeenkomst vermelde bedragen worden op 1 januari van elk jaar aangepast op grond van de evolutie, tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, van de waarde van de gezondheidsindex, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De overeenkomst bepaalt de nadere regels voor het storten van voorschotten en voor de definitieve afrekening van de tegemoetkoming op basis van de bewijsstukken.

Art. 12. De overeenkomst bevat een beding waarin is voorzien dat het Verzekeringscomité kan beslissen tot het terugvorderen van bedragen die niet conform de overeenkomst zijn aangewend en een beding waarbij het Verzekeringscomité de overeenkomst ten aanzien van de inrichtende macht of machten waarmee die is gesloten, te allen tijde kan opzeggen mits inachtnaam van een redelijke opzegtermijn, indien blijkt dat de betrokken inrichtende machten de overeenkomst niet of slechts gedeeltelijk uitvoeren.

Art. 13. Les demandes de conclusion de conventions visées dans le présent arrêté doivent être adressées par lettre recommandée au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, INAMI, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles, dans le mois qui suit l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Les demandes qui comprennent une description complète du projet global, représentatif de l'ensemble du territoire belge, doivent entre autres attester qu'elles répondent aux dispositions du présent arrêté.

Si elles émanent de différents pouvoirs organisateurs, les demandes doivent faire référence aux demandes des autres pouvoirs organisateurs avec lesquels ils souhaitent réaliser le projet global.

En plus des données juridiques nécessaires, les demandes de convention doivent stipuler de quelle manière sera développé le projet d'amélioration du suivi des patients de classe III-IV en cas d'insuffisance cardiaque grave – objectif : éviter les réhospitalisations en clinique d'insuffisance cardiaque – et indiquer quelle équipe interviendra, ainsi que l'engagement à travailler conformément aux dispositions du présent arrêté.

Les demandes sont introduites par une association qui satisfait aux dispositions de l'article 4 du présent arrêté et qui doit attester qu'elle bénéficie, en ce qui concerne le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque, d'une grande expérience.

La demande est accompagnée d'une estimation détaillée des coûts.

Les demandes qui ne satisfont pas aux dispositions du présent article ne sont pas recevables.

Le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé décide si une demande est recevable ou non.

Art. 14. Si différents candidats introduisent une demande conforme de conclusion de conventions visées au présent arrêté, le Comité de l'assurance conclut, dans le cadre du budget prévu à l'article 10, en tenant compte de la nécessaire application au territoire belge prévue à l'article 1^{er}, une convention avec les candidats qui répondent le mieux aux critères de sélection suivants :

1° la durée pendant laquelle les dispensateurs de soins concernés se sont déjà forgés une expertise en matière de rééducation cardiaque et de suivi de l'e-monitoring et ce, en premier lieu en tant qu'équipe multidisciplinaire décrite à l'article 4, alinéa 1^{er};

2° l'expertise concernant le diagnostic utilisé et l'usage du matériel d'e-monitoring dont dispose l'équipe;

3° l'étendue des activités en matière d'e-monitoring dans l'hôpital en question;

4° la possibilité de formation des membres de l'équipe d'e-monitoring concernée et des médecins généralistes concernés en particulier.

Si différentes équipes scientifiques entrent en compte pour la conclusion d'une convention, la proportionnalité avec la taille des groupes cibles respectifs doit être respectée pour le partage des moyens disponibles.

Si plusieurs demandes satisfont aux conditions prévues à l'article 13, le Comité de l'assurance du Service des soins de santé est compétent pour l'application de critères de sélection mentionnés dans le présent article.

Art. 15. A la fin de l'expérience, Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique formulera, à l'intention du Gouvernement, sur la base du rapport final global transmis et analysé par le Comité de l'assurance, des propositions en vue d'un meilleur suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique de classes III et IV, qui pourront entre autres consister en une invitation à modifier la nomenclature des prestations de santé que le Ministre des Affaires sociales peut formuler en application de l'article 35, § 2, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 16. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 juin 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

Art. 13. De aanvragen tot het sluiten van overeenkomsten zoals bedoeld in dit besluit moeten met een ter post aangetekende brief aan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, worden verstuurd binnen een maand na de inwerkingtreding van dit besluit.

Uit de aanvragen, die een volledige beschrijving omvatten van het globaal project, dat representatief is voor het ganse Belgische grondgebied, moet onder meer blijken dat het aan de bepalingen van onderhavig besluit beantwoordt

Indien de aanvragen uitgaan van verschillende inrichtende machten, verwijzen deze naar de aanvragen van de andere inrichtende machten waarmee ze samen het globaal project willen realiseren.

De aanvragen tot overeenkomst dienen naast de noodzakelijke juridische gegevens, aan te geven op welke manier het project voor de verbetering van de opvolging van de klasse III-IV patiënten bij ernstig hartfalen zal ontwikkeld worden, met als doel : het vermijden van heropnames in de hartfalenkliniek en met welk team dit zal gebeuren, alsook de verbintenis te werken conform de bepalingen van onderhavig besluit.

De aanvragen worden ingediend door een vereniging die beantwoordt aan de bepalingen van artikel 4 van onderhavig besluit en die moet bewijzen dat ze op gebied van opvolging van hartfalenpatiënten beschikt over een ruime ervaring.

Bij de aanvraag wordt een gedetailleerde kostenraming gevoegd.

De aanvragen die niet voldoen aan de bepalingen van dit artikel, zijn niet ontvankelijk.

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging beslist of een aanvraag ontvankelijk is of niet.

Art. 14. Indien verschillende kandidaten een conforme aanvraag indienen tot het sluiten van de in dit besluit bedoelde overeenkomsten, sluit het Verzekeringscomité, binnen de in artikel 10 voorziene begroting en rekening houdend met de in artikel 1 voorziene noodzakelijke toepassing op het Belgisch grondgebied, een overeenkomst met de kandidaten die het best scoren op volgende selectiecriteria :

1° de duurtijd gedurende dewelke de betrokken zorgverstrekkers inzake hartrevalidatie en de e-monitoring-opvolging terzake reeds expertise hebben opgebouwd en dit in de eerste plaats als interdisciplinair team zoals omschreven in artikel 4 eerste lid;

2° de expertise qua gebruikte diagnose en het gebruik van het e-monitoring materiaal waarover het team beschikt;

3° de omvang van de activiteiten inzake e-monitoring in het betrokken ziekenhuis;

4° de mogelijkheid tot vorming van de leden van het betrokken e-monitoring-team en de betrokken huisartsen in het bijzonder.

Indien verschillende wetenschappelijke teams in aanmerking komen voor het sluiten van een overeenkomst, dient in de verdeling van de beschikbare middelen de proportionaliteit met de grootte van de respectievelijke doelgroepen ervan gerespecteerd te worden.

Indien meerdere aanvragen voldoen aan de onder artikel 13 vermeldde voorwaarden, is het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bevoegd voor de toepassing van de in dit artikel vermelde selectiecriteria.

Art. 15. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid formuleert, ten behoeve van de regering op het einde van het experiment op basis van het globale eindverslag dat werd overgemaakt en besproken door het Verzekeringscomité, voorstellen voor een betere opvolging van chronisch hartfalenpatiënten klasse III en IV, die onder meer kunnen bestaan in een verzoek tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen dat de Minister van Sociale Zaken met toepassing van artikel 35, § 2, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kan formuleren.

Art. 16. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 14 juni 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE