

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

Article 35 – IMPLANTS

§ 1^{er}. Sont considérés comme relevant de la compétence des fournisseurs d'implants (U) :

...

H. CHIRURGIE VASCULAIRE :

Catégorie 2

...

687875 687886 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stent(s) à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 U **1608**

La prestation 687875 - 687886 n'est pas cumulable avec les prestations 687890 - 687901 de l'article 35bis.

680315 680326 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs drug eluting stent(s) à l'occasion de la prestation 589013-589024 pour les indications prévues au § 11ter U 2047

La prestation 680315-680326 n'est pas cumulable avec la prestation 687890-687901 de l'article 35bis.

680352 680363 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement de deux ou plusieurs stents à l'occasion des prestations 589013-589024 et 589035-589046 U 3224

La prestation 680352-680363 n'est pas cumulable avec la prestation 687890-687901 de l'article 35bis.

...

§ 11ter. Pour les prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363, l'intervention doit être considérée comme un montant forfaitaire. Par hospitalisation, seule une des prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363 peut être remboursée.

La prestation 680315-680326 est remboursable qu'en cas de :

- patients diabétiques ou

- instent-resténose ou

- lésion d'une longueur supérieure à 25 mm ou

- vaisseau sanguin d'un diamètre inférieur à 2.75 mm.

La prestation 680352-680363 n'est remboursable que si au minimum 2 vaisseaux sanguins sont traités durant une seule et même hospitalisation; à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n° 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaires n° 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n° 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffes artérielles (mamaria).

Les prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363 ne sont remboursées que dans une institution de soins qui dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes B2 et B3 du programme de soins « pathologie cardiaque ».

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, le centre doit se faire connaître auprès du Service des Soins de Santé au moyen d'un formulaire standard. Le Comité de l'Assurance Soins de Santé établit ce formulaire sur base d'une proposition du Conseil technique des implants.

Le formulaire d'enregistrement standardisé (clinical data report), dûment complété, du matériel de dilatation et des tuteurs coronaires est transmis par le médecin-spécialiste implanteur pour notification au médecin conseil de l'organisme assureur et est transmis au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology ». Les modalités à respecter dans le cadre de cette procédure sont établies par le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », le Conseil Technique des Implants et le Service des soins de santé.

Le modèle de ce formulaire est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique des implants.

Une évaluation annuelle via « peer review » en collaboration avec le Belgian Working Group on **Interventional Invasive** Cardiology est prévue, avec rapport au Conseil Technique des Implants et à la Commission de convention fournisseurs d'implants - organismes assureurs.

Le Service des soins de santé suit rigoureusement les nombres d'interventions, en particulier le nombre de cas de « réintervention » et l'enregistrement des données follow-up.

Une réintervention planifiée est justifiée en cas d'intervention primaire en cas d'infarctus aigue, insuffisance rénale (créatinine > 2 mg %), utilisation de contraste > 400 ml.

En ce qui concerne le pourcentage de « réintervention » admissible, les critères suivants sont tenus en compte (le suivi se fait par centre):

- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 5 % 1 mois après l'intervention originale est admissible

- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 7 % 2 mois après l'intervention originale est admissible

- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 8 % 3 mois après l'intervention originale est admissible

- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 9 % 4 mois après l'intervention originale est admissible

- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 10 % 6 mois après l'intervention originale est admissible

La vérification des pourcentages prévus aura lieu à partir du 01/04/2012 sur une période de 1 an. Ce suivi sera effectué pour la période de 01/04/2011 jusqu'au 31/03/2012 au premier jour ouvrable du mois.

Ce suivi est répété trimestriellement. Pour chaque suivi, la date de début pour déterminer l'an/mois ainsi que la date à laquelle le calcul sera effectué, sont différées de 3 mois.

Lorsque le Service constate qu'un centre dépasse le pourcentage de "réintervention" admissible prévu, le centre en est informé. Il est demandé au centre de fournir une explication au Service concernant le dépassement du pourcentage de « réintervention » admissible, et ceci à l'intention du Conseil technique des implants et du Comité d'assurance. Le Comité d'assurance va décider sur base de cette explication et de l'avis du Conseil technique des implants que, pour ce centre, le matériel utilisé lors d'une « réintervention » n'entre plus en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé. Le centre et le pharmacien hospitalier en sont informés.

A partir de ce moment, il n'y pas plus de remboursement pour le matériel utilisé lors d'une « réintervention », jusqu'au moment où le centre ne dépasse plus le pourcentage. Le centre en informe le Service. Le Service vérifie si le centre ne dépasse plus le pourcentage de « réintervention » admissible. Si le centre ne dépasse plus le pourcentage de « réintervention » admissible, le centre peut de nouveau entrer en ligne de compte d'un remboursement du matériel utilisé lors d'une « réintervention ». Le Comité d'assurance en est informé.

En ce qui concerne la registration des données de follow-up, le pourcentage suivant est tenu en compte (le suivi se fait par centre) :

- un pourcentage jusqu'à 20 % des patients manquants 14 mois après l'intervention originale est admissible

Si un centre dépasse le pourcentage prévu de 20 % des patients manquants, le Service peut demander au centre de fournir une explication concernant le dépassement du pourcentage de « données de follow-up manquantes », et ceci à l'intention du Conseil technique des implants et du Comité d'assurance.

...

§ 16. Les dispositions relatives aux prestations suivantes sont d'application:

...

H. Chirurgie vasculaire:

Catégorie 2:

...

Tuteur(s) et matériel de dilatation:
683616-683620, 683631-683642, 683653-683664, 683675-683686,
685311-685322, 687875-687886, 715595-715606, 715610-715621,
715632-715643, 680315-680326, 680352-680363.

...

§ 18. a) Pour les prestations suivantes, l'intervention doit être considérée comme un forfait:

...

H. Chirurgie vasculaire:

...

Tuteur(s) et matériel de dilatation:

683616-683620, 683631-683642, 683653-683664, 683675-683686,
685311-685322, 687875-687886, 715595-715606, 715610-715621,
715632-715643, 680315-680326, 680352-680363.

...

b) Une liste, telle que définie § 3, III, 1, d) , est prévue pour les prestations suivantes:

...

H.Chirurgie vasculaire :

Tuteur(s) coronaire(s) :

687875-687886, 680315-680326, 680352-680363

...