

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2016/157 du 24 juin 2016

370/1902

En vigueur à partir du 1 juillet 2016

Nouvelle convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré (786) - à partir du 1-7-2016

À partir du 1-7-2016, la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré change.

En annexe figurent:

- Le texte de la nouvelle convention
- La lettre aux hôpitaux dans laquelle les modifications sont expliquées.
- Un tableau comprenant les prix et les pseudo-codes des prestations remboursables
- Les formulaires de demande de remboursement au médecin-conseil

Les organismes assureurs recevront une liste par circulaire des hôpitaux qui ont signé la convention.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[texte convention](#)

[lettre instructions hopitaux](#)

[prix pseudo-codes](#)

[rapport médical groupe A B ou C avec DMG](#)

[rapport médical patients sans DMG](#)

[prolongation unique enfants](#)

[formulaire de notification fin de programme patient trajet de soins](#)

[formulaire de demande prestations patient trajet de soins](#)

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ
Établissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION EN MATIÈRE
D'AUTOGESTION DE PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE SUCRÉ

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 conclu entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

dont dépend le service de diabétologie du #####, service désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,

la présente convention.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}

La présente convention définit en premier lieu les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé définis à l'article 4, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit en outre le contenu du programme de soins multidisciplinaire d'autogestion du diabète sucré, les prestations indispensables à cet effet et les prix et honoraires de ces dernières.

BUT DE LA CONVENTION

Article 2.

Le but de la présente convention est d'offrir à des groupes bien définis de bénéficiaires souffrant de diabète sucré, des programmes de soins multidisciplinaires d'autogestion déterminés qui, moyennant des conditions clairement définies, sont susceptibles d'être pris en considération pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

DÉFINITION DE L'AUTOGESTION DU DIABETE DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE CONVENTION

Article 3.

Partant du consensus selon lequel la normoglycémie est l'objectif de tout traitement du diabète, afin de prévenir ou de ralentir ses complications, et que cet objectif, dans l'état actuel de la science et de la technologie médicales, chez les diabétiques visés par la présente convention, peut être atteint en apprenant au bénéficiaire à adapter lui-même¹ son traitement en fonction des mesures de la glycémie² qu'il effectue régulièrement lui-même, on entend en premier lieu au sens de la présente convention : la prise en charge par le bénéficiaire, en collaboration avec l'équipe de diabétologie définie plus loin et avec son médecin généraliste, de tous les aspects du traitement de son diabète, y compris la détermination de la glycémie, l'adaptation de la dose d'insuline - *entre autres en fonction de ces mesures* -, la technique d'administration, l'identification des signes d'hypoglycémie et leur correction, l'intégration de l'activité physique dans le schéma des injections et des repas, ainsi que l'établissement d'une alimentation équilibrée.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 4.

§ 1^{er}. Moyennant certaines réserves spécifiées ci-après en matière de qualité de soins, tant du chef des bénéficiaires que de celui dudit établissement conventionné, tout diabétique ambulatoire ou hospitalisé, qui au cours d'un nycthémère (= journée de 24 heures), est traité par au moins 2 administrations d'insuline ou 1 administration d'insuline en combinaison avec d'autres antidiabétiques injectables (*ainsi que les autres groupes de bénéficiaires cités explicitement au § 2 du présent article*) pouvant et voulant apprendre - notamment sur la base des mesures de la valeur de la glycémie effectuées par lui-même - à adapter immédiatement son traitement dans ses diverses composantes et qui le fait effectivement, est un bénéficiaire de la convention. Moyennant les réserves spécifiées au § 4 du présent article, les personnes de l'entourage du bénéficiaire peuvent également assurer certains aspects de l'autogestion.

Les patients qui, au cours d'une hospitalisation dans l'établissement hospitalier ayant conclu la présente convention, entament pour la première fois l'autogestion (*et qui entrent pour ce faire en ligne de compte en vertu des dispositions de la présente convention après la sortie de l'hôpital*) font déjà partie des bénéficiaires de la présente convention pendant cette hospitalisation (*en raison de l'éducation nécessaire par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement*), et ce, à partir du jour où l'éducation à l'autogestion a débuté (*éducation par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 9 de la présente convention*) et à condition que les mesures de glycémie nécessaires ont également commencé et que les conditions supplémentaires suivantes soient respectées :

- à partir du jour où l'autogestion a débuté, l'hospitalisation ne peut pas durer plus d'un mois;
- à partir du jour où l'autogestion a débuté, le patient doit être en contact direct au moins chaque jour ouvrable avec un infirmier en diabétologie ou un diététicien de l'équipe de

¹ Pour des motifs d'ordre stylistique, on a omis l'emploi des deux genres dans ce texte pour désigner les patients diabétiques ; le genre masculin désignant les bénéficiaires des deux sexes.

² "Glycémie" peut renvoyer aussi dans la présente convention à une détermination analogue du glucose comme par exemple la teneur en glucose dans le liquide interstitiel.

diabétologie multidisciplinaire pendant le reste de son hospitalisation.

§ 2. En fonction de ce qui est nécessaire à l'obtention d'une normoglycémie - entre autres le nombre d'injections d'insuline par jour, le port ou l'implantation d'une pompe à insuline ou encore la situation ou pathologie spécifique de chaque bénéficiaire -, plusieurs groupes de bénéficiaires de la convention sont déterminés sur la base de l'intensité requise pour leur formation, leur suivi et le matériel spécialisés nécessaires au schéma indiqué pour le nombre de mesures de la valeur de la glycémie.

Ces groupes se répartissent comme suit :

Groupe A. Font partie de ce groupe les bénéficiaires suivants :

1. Les patients qui souffrent de diabète de type 1 et les patients avec une perte totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (traitement au moyen d'une pompe à insuline ou de schémas de traitement complexes) ;
2. Les patients souffrant de diabète de type 1 qui n'ont temporairement pas ou moins besoin d'insulinothérapie complexe (phase "honey-moon").

Groupe B. Font partie de ce groupe les bénéficiaires suivants:

1. Les diabétiques qui souffrent de diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d'antidiabétiques injectables (3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nyctémère ainsi que les diabétiques avec 2 injections de tels produits par nyctémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nyctémères) ;
2. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l'insuline ;
3. les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils sont traités avec de l'insuline.

Groupe C. Font partie de ce groupe les bénéficiaires suivants :

1. Les diabétiques traités avec 2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d'autres antidiabétiques injectables par nyctémère ainsi que les diabétiques traités avec 1 injection de tels produits par nyctémère, dans le cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nyctémères. Ces diabétiques présentent en sus une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique, une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu du myocarde (IAM), un AVC. Ces bénéficiaires n'entrent en ligne de compte que pour une prise en charge temporaire par l'établissement, généralement pas plus de 6 mois, et qu'après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le

médecin de l'établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la présente convention. L'établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le dossier d'éducation individuel du bénéficiaire (dont question à l'article 9).

2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes:

- les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils ne sont pas traités avec de l'insuline ;
- les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose) ;
- les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline;
- les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui souhaitent être enceintes.

§ 3. Les bénéficiaires visés dans la présente convention sont des patients à partir de l'âge de 16 ans.

Compte tenu des besoins spécifiques en matière de suivi médical, d'accompagnement et d'éducation des enfants et adolescents diabétiques ainsi que de leur entourage et compte tenu de l'existence d'une convention séparée qui rencontre ces besoins spécifiques et qui a été conclue avec divers services hospitaliers, les enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans seront accompagnés par un service hospitalier ayant conclu avec l'INAMI une convention distincte pour l'accompagnement et l'éducation des enfants et adolescents.

§ 4. Si des bénéficiaires faisant partie des groupes cibles de la présente convention ne sont pas en état, pour des raisons physiques ou psychiques, d'assumer eux-mêmes les différents aspects de l'autogestion (mentionnés à l'article 3) et qu'une autogestion est pourtant médicalement indiquée dans leur cas pour obtenir une normoglycémie, des membres de leur entourage (voire, le cas échéant, des dispensateurs de soins professionnels) peuvent assurer certains aspects de l'autogestion. Toutefois, ce n'est possible qu'à la condition que ces tiers accompagnent le bénéficiaire dans ses contacts avec l'établissement ou, si ce n'est pas faisable, qu'ils aient au moins des contacts réguliers avec l'établissement (notamment après chaque contact du bénéficiaire avec l'établissement), de sorte que l'autogestion pour ces bénéficiaires puisse se faire dans des conditions sûres, que l'éducation et l'accompagnement nécessaires soient donnés aux bénéficiaires et aux tiers en question et que les résultats des mesures de la glycémie servent effectivement aux adaptations des doses d'insuline, à l'identification et à la correction des symptômes d'hypoglycémie, à la mise au point d'une alimentation équilibrée et éventuellement à l'intégration d'exercices physiques dans le schéma des injections et des repas.

Les patients pour lesquels les mesures de la glycémie ne permettent pas ou permettent insuffisamment (dans les cas où l'adaptation des doses d'insuline et des repas est justifiée sur base des résultats de ces mesures) d'adapter les doses d'insuline et les repas, ne font pas partie des bénéficiaires de la présente convention (à l'exception des patients qui ne sont pas traités par insuline et qui, conformément au § 2 du présent article, font pourtant partie des groupes cibles de la présente convention).

Les limitations physiques ou psychiques (notamment en matière de mobilité) ne libèrent jamais les bénéficiaires et les établissements des obligations concernant l'accompagnement médical, l'éducation (des bénéficiaires, aidants proches et/ou autres dispensateurs de soins concernés) et

la délivrance du matériel d'automonitoring, comme l'indiquent les obligations décrites à l'article 5 § 4 et les articles 6 et 7 de la présente convention. La faisabilité et l'utilité médicale des obligations qui sont décrites à l'article 5 § 5 de la présente convention concernant le dépistage des complications doit, pour de tels bénéficiaires, être évaluée individuellement. Les dérogations pour des raisons médicales aux obligations mentionnées à l'article 5 § 5 doivent être mentionnées et motivées dans le dossier d'éducation individuel (dont question à l'article 9) du bénéficiaire concerné. Pour ces bénéficiaires, l'établissement met aussi sur pied un programme de soins multidisciplinaire qui permette d'atteindre (de préserver) son niveau optimal de régulation du diabète conformément à l'article 5 § 1^{er}.

Si des dispensateurs de soins ou accompagnateurs professionnels assurent eux-mêmes certains aspects de l'autogestion, toutes leurs interventions liées à la présente convention doivent être mentionnées dans le dossier du bénéficiaire tenu par les dispensateurs de soins ou accompagnateurs professionnels concernés. Concernant les bénéficiaires pour qui intervient un infirmier à domicile, ces interventions doivent être mentionnées dans le dossier infirmier. Concernant les bénéficiaires séjournant dans une résidence collective (maison de repos pour personnes âgées, maison de repos et de soins, home pour personnes handicapées, ...), ces interventions doivent être mentionnées dans le dossier de soins individuel du bénéficiaire que tient cette résidence. L'établissement attirera l'attention des tiers concernés pour ces bénéficiaires sur cette obligation.

§ 5. Pour pouvoir entrer en ligne de compte comme bénéficiaire de la présente convention, un patient doit disposer d'un Dossier médical global (DMG), quel que soit le groupe visé au § 2 auquel il appartient ou le bénéficiaire doit être inscrit dans une Maison médicale (en tenant compte du fait que la mise à jour du DMG fait partie de l'activité de soins que ces établissements réalisent).

Cette règle souffre les différentes exceptions suivantes :

1. Dans le cas où le code de compétence du médecin généraliste du bénéficiaire se termine par 001 ou 002, pour lequel la prestation DMG pour le bénéficiaire ne peut pas être prise en charge par l'assurance, une attestation dans laquelle le médecin généraliste du bénéficiaire déclare tenir le dossier médical du patient suffit ;
2. Un bénéficiaire qui pense disposer d'un DMG mais pour lequel l'organisme assureur n'a enregistré aucune prestation DMG ;
3. Un nouveau bénéficiaire sans DMG qui (sur la base des modalités de son traitement du diabète) ne faisait pas encore partie précédemment du groupe cible de la convention, mais pour lequel, pendant une hospitalisation en raison de complications aiguës, un traitement par insuline a débuté si bien que ce bénéficiaire (sur la base des modalités du traitement par insuline entrepris pendant l'hospitalisation) entre bien en ligne de compte pour l'autogestion dans le cadre de la présente convention, peut immédiatement commencer l'autogestion, pour autant qu'il s'engage à demander sans délai un DMG dès sa sortie de l'hôpital ;
4. Un bénéficiaire ayant un accord en cours qui termine son inscription dans une Maison médicale et qui ne dispose pas d'un DMG.

Pour les bénéficiaires qui se trouvent dans les situations d'exceptions 2) ou 3), le médecin-conseil peut uniquement accorder une période d'intervention initiale de 6 mois, qui peut être prolongée si le patient dispose effectivement d'un DMG. Les dispositions de l'article 13, § 2 s'appliquent à ces bénéficiaires.

Pour les bénéficiaires qui se trouvent dans la situation exceptionnelle dont question au

point 4., une prolongation de l'accord existant ne peut seulement être autorisée que pour une période de 6 mois. Cet accord ne pourra ensuite être prolongé que si le patient dispose effectivement d'un DMG.

PROGRAMMES DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRES A L'AUTOGESTION

Article 5.

§ 1^{er}. En fonction de l'individu, de sa phase de vie, de ses possibilités (y compris de ses moyens financiers), de ses conditions de vie et de la façon dont « son » diabète sucré se manifeste chez lui, il est possible de mettre au point une stratégie qui, dans un contexte de prévention active, permette d'atteindre son niveau optimal de régulation du diabète.

§ 2. Dans l'état actuel de la science et de la technologie médicales, une stratégie doit être développée à cet effet dans laquelle le bénéficiaire, sous réserve de formation spécialisée et d'accompagnement nécessaires, règle lui-même son diabète. Selon cette stratégie, le bénéficiaire adapte lui-même les doses d'insuline (ou autres antidiabétiques) qu'il prend en fonction des mesures de sa glycémie qu'il réalise lui-même. Dans le contexte de la présente convention, l'application de cette stratégie est appelée programme de soins multidisciplinaire.

§ 3. Chaque programme de soins multidisciplinaire que l'établissement réalise doit être adapté aux besoins du bénéficiaire individuel et à la façon dont son diabète se manifeste.

L'objectif du programme de soins multidisciplinaire est de réaliser un traitement du diabète intégré et global et de parvenir ainsi à une régulation optimale du diabète du bénéficiaire. À cet effet, le programme de soins multidisciplinaire mis en place par l'équipe de diabétologie doit obligatoirement contenir chacun des volets suivants:

- s'assurer que les examens médicaux préventifs annuels nécessaires des complications dues au diabète sont effectués (cf. § 5) ;
- politique de prévention cardiovasculaire menée par les médecins traitants, dont le médecin généraliste ; avec une attention particulière au poids, à la tension artérielle, aux lipides et au tabagisme ;
- éducation au diabète (cf. § 6) en ce compris l'éducation concernant l'alimentation et l'activité physique ;
- délivrance du matériel visé aux articles 6 et 7 dont a besoin le bénéficiaire pour déterminer lui-même sa glycémie et éducation sur l'utilisation de ce matériel ;
- suivi et adaptation de l'insulinothérapie et de la thérapie avec d'autres antidiabétiques ;
- collaboration avec le médecin généraliste (cf. § 7, avis, échange d'information mutuel).

§ 4. Pour pouvoir mener un programme de soins multidisciplinaire, chaque bénéficiaire doit :

- être examiné au moins une fois par an par le médecin responsable de l'établissement ou par un autre endocrino-diabétologue de l'établissement (ou par un autre médecin de l'établissement qui est compétent - en vertu des dispositions de l'article 8, § 1^{er} et de l'article 12, § 1^{er} – pour prescrire des programmes de soins multidisciplinaires dans le cadre de la présente convention),

- ainsi qu'au moins deux fois par an avoir contact dans l'établissement avec un éducateur en diabétologie (infirmier d'éducation ou diététicien) de l'équipe de diabétologie visée à l'article 8.

§ 5. L'établissement doit s'assurer que le bénéficiaire subit chaque année les examens médicaux préventifs nécessaires des complications spécifiques de la maladie :

- examen annuel du fond de l'œil par un ophtalmologue ;
- contrôle annuel de la fonction rénale avec recherche de la micro-albuminurie ;
- dépistage annuel de neuropathie périphérique ;
- examen clinique annuel des pieds.

L'établissement s'assurera pour chaque bénéficiaire que ces examens sont effectivement pratiqués chaque année et, le cas échéant, il prendra les mesures nécessaires pour faire pratiquer ces examens dans l'établissement, dans l'hôpital auquel est attaché l'établissement ou ailleurs. Selon les dispositions mentionnées à l'article 4 § 4 de la présente convention, les dérogations pour des raisons médicales autorisées à ces obligations doivent être mentionnées et motivées dans le dossier d'éducation individuel (dont question à l'article 9) du bénéficiaire concerné.

§ 6. La mise au point de la stratégie qui doit conduire à l'autogestion du diabète individuel, l'apprentissage du bénéficiaire de la technique de mesure de la glycémie et des adaptations de thérapie y afférentes, le contrôle de ses connaissances et aptitudes et l'entretien de celles-ci font partie de l'éducation au diabète dispensée par l'équipe de diabétologie dans le cadre du programme de soins multidisciplinaire.

La stratégie élaborée est formalisée par écrit dans un plan de traitement qui contient les éléments suivants et qui est actualisé lorsque la stratégie change :

- les objectifs de traitement personnels du bénéficiaire dont obligatoirement le taux à atteindre d'HbA1c et le poids idéal ;
- des conseils spécialisés sur le moyen d'atteindre ces objectifs ;
- quand les mesures médicales préventives de l'article 5, § 5, sont indiquées et qui se charge de leur exécution ;
- qui veille aux divers aspects de l'administration d'insuline et de l'autogestion, si le bénéficiaire ne peut (sous les conditions définies à l'article 4, § 4) veiller lui-même à ceux-ci à cause de limitations physiques ou psychiques.

§ 7. Pour parvenir à une régulation optimale du diabète du bénéficiaire, une étroite collaboration régulière est nécessaire entre l'équipe de diabétologie de l'établissement et le médecin généraliste du bénéficiaire. Cette collaboration implique au minimum que l'équipe de diabétologie élabore la stratégie qui doit mener à l'autogestion individuelle du diabète avec le bénéficiaire et son médecin généraliste et que l'équipe de diabétologie transmette au moins chaque année au médecin généraliste le plan de traitement visé au § 6 par écrit actualisé.

Il est attendu du médecin généraliste qu'il fournisse un feed-back à l'équipe de diabétologie sur l'évolution de l'état du bénéficiaire et dans quelle mesure le bénéficiaire respecte le plan de traitement.

§ 8. La délivrance au bénéficiaire du matériel pour pouvoir mesurer sa glycémie ne peut pas être dissociée de l'intervention propre de l'équipe, à savoir l'éducation et l'accompagnement indispensables des bénéficiaires et éventuellement (conformément à l'article 4, § 4) des tiers intéressés, afin de leur apprendre la technique de la mesure de la glycémie dont question à l'article 6 et des adaptations thérapeutiques y afférentes, de contrôler et d'entretenir ces connaissances. La délivrance du matériel qui permette de mesurer soi-même sa glycémie ne peut, par conséquent, en aucun cas être considérée comme un programme de soins multidisciplinaire.

Aussi est-il indiqué qu'un infirmier en diabétologie ou un diététicien, membre de l'équipe dont question à l'article 8 fournisse le matériel nécessaire de manière à ce que la délivrance du matériel s'inscrive dans le cadre de l'éducation au diabète et se fasse en fonction de la gestion du diabète durant la période écoulée, sur la base d'une évaluation de cette période : Combien de mesures de la glycémie ont été effectuées réellement ? Le bénéficiaire change-t-il de groupe cible (transplantation d'organe, grossesse, ...) ? Quels étaient les résultats des mesures de la glycémie ? Ces données sont-elles en rapport avec les valeurs HbA1c ? N'y a-t-il pas de signes de défaut d'observance ? Les connaissances acquises sont-elles encore au point ? Le matériel pose-t-il problème ? Le bénéficiaire a-t-il été hospitalisé entre-temps ? Etc.

§ 9. Dans le cadre de la formation et de l'accompagnement continu du bénéficiaire dans l'autogestion du diabète sucré, l'établissement mettra à la disposition des bénéficiaires - éventuellement par le biais de son site web - une brochure qui pourra servir de « manuel » en vue d'atteindre le but visé dans la présente convention.

Cette brochure comprendra au moins les données suivantes :

- des renseignements relatifs à l'autogestion proprement dite, ainsi que des renseignements relatifs à ce qu'on attend du bénéficiaire dans ce contexte (notamment en ce qui concerne les examens médicaux visés au § 5 à faire annuellement à titre préventif) et à ce que le bénéficiaire peut attendre de l'établissement et de son médecin généraliste ;
- toutes les informations utiles relatives à l'établissement, notamment des données concernant certains aspects du fonctionnement de l'établissement mentionnés à l'article 9 de la présente convention, comme les consultations multidisciplinaires organisées par l'établissement, des données relatives à l'accessibilité et à la disponibilité de l'établissement, entre autres lors d'un état d'urgence.

Article 6.

§ 1. Dans le cadre de l'autogestion, le bénéficiaire détermine lui-même sa glycémie. On distingue deux méthodes pour déterminer la glycémie :

- la méthode qui consiste en une « piqûre au doigt » ;
- la méthode de mesure par « capteur ».

§ 2. La méthode de « la piqûre au doigt » est la méthode classique par laquelle une goutte de sang est prélevée au doigt à l'aide d'une lancette. La goutte de sang est récoltée sur une tigette. À l'aide d'un glucomètre, la glycémie est déterminée au moyen de la goutte de sang imprégnée dans la tigette.

§ 3. Par la méthode de mesure par « capteur », la glycémie est évaluée de manière continue au moyen d'un capteur sous/sur la peau et transmise vers un appareil de lecture d'où les mesures des valeurs de la glycémie peuvent être téléchargées.

§ 4. Pour pouvoir mesurer la glycémie grâce à une piqûre au doigt, le bénéficiaire a besoin du matériel suivant qui est mis à disposition par l'établissement des bénéficiaires qui utilisent cette méthode de mesure :

- un porte-lancette ;
- des lancettes ;
- des tigettes pour le dosage de la glycémie ;
- un lecteur de glycémie en état de marche d'un modèle répondant aux besoins du patient. A intervalle régulier, l'équipe de diabétologie vérifiera la fiabilité de l'appareil. Les appareils doivent permettre de télécharger les valeurs de mesure de la glycémie.

Pour pouvoir déterminer la glycémie via la méthode de mesure par capteur, le bénéficiaire a besoin du matériel suivant qui est mis à disposition par l'établissement des bénéficiaires qui utilisent cette méthode de mesure :

- capteurs ;
- un appareil de lecture en état de marche d'un modèle répondant aux besoins du patient et pour lequel la fiabilité est vérifiée par l'équipe de diabétologie à intervalle régulier. L'appareil doit permettre de télécharger les valeurs de mesure de la glycémie.

§ 5. Conformément aux directives 93/42/EEG, le matériel que l'établissement fournit au bénéficiaire pour mesurer sa glycémie doit être pourvu d'un marquage CE.

Le matériel que l'établissement fournit au bénéficiaire pour pouvoir mesurer sa glycémie grâce à une piqûre au doigt doit de plus satisfaire à la norme ISO 15197 renouvelée de 2013. Si une nouvelle norme ISO est établie pour ce matériel, le Comité de l'assurance peut décider unilatéralement que le matériel qui est fourni au bénéficiaire par l'établissement pour mesurer sa glycémie via le test de piqûre au doigt doit satisfaire à cette norme.

Si une norme ISO est établie pour le matériel qui est nécessaire pour mesurer la glycémie via une mesure par capteur, le Comité de l'assurance peut décider unilatéralement que le matériel qui est fourni au bénéficiaire par l'établissement pour mesurer sa glycémie via une mesure par capteur doit satisfaire à cette norme.

§ 6. Le Comité de l'assurance peut dresser, pour la méthode de mesure par capteur dont question au § 4, une liste de matériels (distributeur, fabricant, marque, type) qui peuvent être fournis aux bénéficiaires par l'établissement pour pouvoir mesurer sa glycémie via la méthode de mesure en question. Le Comité de l'assurance se base, à cet effet, entre autres, sur la fonctionnalité et les normes auxquelles doit satisfaire le matériel conformément aux §§ 3 et 5 du présent article.

Le Comité de l'assurance dresse, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, la liste dont il est question au présent § 6. Le Collège des médecins-directeurs consulte une délégation – proposée par les établissements qui ont conclu la présente convention - du Conseil d'accord prévu à l'article 20, au sujet de la composition de cette liste.

Pour qu'un produit puisse figurer sur la liste, l'entreprise qui distribue le produit (nommé ci-après le distributeur) doit introduire un dossier de demande (par courrier recommandé et par voie électronique) auprès du Collège des médecins-directeurs. Dans son dossier de demande, le

distributeur doit démontrer que le matériel répond aux conditions mentionnées dans le présent article. Le dossier de demande, dont les modalités et le contenu peuvent être précisés par le Collège des médecins-directeurs, doit contenir les données suivantes :

- l'identification du distributeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique) ;
- le nom et les numéros de référence du matériel ;
- une description détaillée du matériel ;
- le mode d'emploi ;
- le prix de vente proposé et le prix de vente en application dans d'autres États membres de l'Union européenne ;
- la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE ;
- les données permettant de mettre en avant le fait que le matériel répond le cas échéant à la norme ISO et ce, en application du § 5 ;
- une justification de la valeur diagnostique et de l'intérêt dans la prise en charge des patients en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, accompagnées :
 - des motivations scientifiques,
 - des données et/ou études épidémiologiques,
 - des études cliniques et des études économique-sanitaires.

Les études que le distributeur doit ajouter à son dossier de demande selon les dispositions du présent paragraphe sont de préférence publiées. Dans le cas où ces études n'ont pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports complets d'études.

Endéans une période de 30 jours qui commence à courir à la date de réception du dossier de demande, le Service des soins de santé informe le distributeur si le dossier de demande est complet. Si tel n'est pas le cas, le distributeur est informé des éléments manquants. Endéans une période de 2 mois après la communication que le dossier de demande est complet, une décision est prise au sujet de l'inscription du matériel sur la liste.

Les instructions concernant la procédure de demande sont publiées sur le site Internet de l'INAMI.

Dans le cas où le Comité de l'assurance établit une liste du matériel qui peut être utilisé pour la méthode de mesure par capteur, l'établissement ne peut seulement mettre à disposition des bénéficiaires qui utilisent la méthode de mesure par capteur que le matériel qui est repris sur cette liste.

Article 7.

§ 1. Les bénéficiaires peuvent pour déterminer leur glycémie et en concertation avec l'équipe de diabétologie, opter soit pour une piqûre au doigt soit pour la mesure par capteur.

L'établissement fournit au bénéficiaire tout le matériel visé à l'article 6, § 4, qui est nécessaire pour déterminer sa glycémie, pendant une période déterminée, selon la méthode pour laquelle le bénéficiaire a opté. Conformément à l'article 7, § 4, l'établissement peut réduire le nombre de lancettes, de tiges ou de capteurs qu'il fournit aux bénéficiaires, conformément à l'article 7 § 2 et 3, pour réaliser les mesures de glycémie dans une période déterminée, du matériel non utilisé par les patients dans la précédente période.

À la fin de chaque période pour laquelle l'établissement a fourni le matériel au bénéficiaire, ce dernier peut modifier son choix pour la détermination de la glycémie, soit via la méthode de la piqûre au doigt, soit via la méthode de mesure par capteur, pour la prochaine période pour laquelle l'établissement mettra le matériel à disposition du bénéficiaire.

Un bénéficiaire peut également opter, pour la prochaine période pour laquelle l'établissement mettra le matériel à disposition du bénéficiaire, pour alterner les deux méthodes de détermination de sa glycémie. Dans ce cas, l'établissement mettra le matériel à disposition du bénéficiaire pour les deux méthodes, et ce, en tenant compte de la proportion de temps d'utilisation d'une méthode puis de l'autre que le bénéficiaire souhaite utiliser durant la prochaine période.

§ 2. Pour les bénéficiaires qui choisissent de déterminer leur glycémie via le test de piqûre au doigt, le nombre de tiges pour le dosage de la glycémie et le nombre de lancettes qui lui sont fournies par l'établissement, dépendent des groupes auxquels ils appartiennent et dont il est question à l'article 4, en tenant compte du fait que le nombre de mesures de la glycémie que les bénéficiaires doivent réaliser est différent pour ces groupes.

L'établissement s'engage à fournir aux bénéficiaires du groupe A ou B qui déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt tout le matériel nécessaire à l'exécution du nombre de mesures de glycémie qui lui est prescrit (après concertation avec lui) par l'endocrinodiabétologue (ou assimilé) de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire. Il est parti du principe que les bénéficiaires des groupes A et B doivent exécuter en moyenne respectivement 140 et 120 mesures de la glycémie. Le nombre de mesures qui doit être exécuté par un bénéficiaire individuel diffère d'un bénéficiaire à l'autre et peut être plus élevé ou moins élevé que les nombres moyens mentionnés. Sans préjudice du fait que l'établissement doit fournir au bénéficiaire tout le matériel nécessaire à l'exécution du nombre de mesures de la glycémie prescrit, l'établissement s'engage à fournir – aux bénéficiaires des groupes A et B qui déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt – 1 lancette pour chaque jour de la période pour laquelle le matériel est délivré et au moins 90 tiges de glycémie sur une base mensuelle à l'exception des patients des groupes A 2 (« honey-moon fase ») et B 2 (femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l'insuline) pour lesquels moins de tiges de glycémie peuvent être délivrées dans le cas où ces patients doivent effectuer moins de 90 mesures par mois.

Aux bénéficiaires du groupe C qui déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt, l'établissement n'est en aucun cas tenu de fournir plus de 25 tiges de glycémie et/ou plus de 10 lancettes sur une base mensuelle.

§ 3. Aux bénéficiaires qui choisissent de déterminer leur glycémie via la mesure par capteur, l'établissement fournit à chaque fois un certain nombre de capteurs nécessaires pour pouvoir exécuter les mesures pendant maximum 8 mois. Le nombre de capteurs remis à ces bénéficiaires peut être fixé, en fonction de la durée de la période pour laquelle le matériel est remis, dans la liste visée à l'article 6, § 6.

Si l'établissement a fourni le matériel nécessaire pour la mesure par capteur à un bénéficiaire pour un certain nombre de jours, l'établissement peut, pour les bénéficiaires du groupe A, pour ce nombre de jours, attester le forfait visé à l'article 15, § 1er pour la mesure par

capteur, aux organismes assureurs et ce, peu importe que le bénéficiaire ait utilisé ou non la mesure par capteur pendant ces jours. Aux bénéficiaires des groupes B et C, l'établissement peut, pour le nombre de jours pour lesquels l'établissement a fourni le matériel pour la mesure par capteur à ces bénéficiaires, attester le supplément visé à l'article 15, § 4, pour la mesure par capteur à ces bénéficiaires et ce, peu importe si le bénéficiaire utilisera effectivement ou non ce matériel.

Aux bénéficiaires qui optent pour mesurer leur glycémie via la mesure par capteur, l'établissement fournit également le matériel requis afin de pouvoir déterminer leur glycémie via le test de piqûre au doigt dans les cas où cela serait indiqué pour des raisons médicales ou pratiques. Il est parti du principe que les bénéficiaires du groupe A qui appliquent la mesure par capteur doivent exécuter en moyenne par mois encore 25 mesures de la glycémie via le test de piqûre au doigt et nécessitent 10 lancettes à cet effet. Pour les bénéficiaires des groupes B et C, cette moyenne est inférieure.

§ 4. Pour la fourniture du matériel nécessaire, l'établissement est censé tenir compte des mesures de la glycémie prescrites pour la période écoulée mais non effectuées. Dès lors, pour déterminer la quantité de matériel à fournir pour la période future - en fonction de la méthode de mesure pour laquelle le bénéficiaire opte - l'établissement peut déduire, du nombre de lancettes, tiges ou capteurs qu'il doit fournir conformément aux § 2 et 3 pour la prochaine période, le nombre de lancettes et de tiges ou le nombre de capteurs non utilisés par le bénéficiaire pour les mesures de sa glycémie dans la précédente période pour laquelle l'établissement a fourni du matériel pour les mesures.

Pour déterminer le nombre de mesures de glycémie qu'un bénéficiaire a réalisées au cours de la période précédente, l'établissement peut se baser sur les résultats de ses mesures que le bénéficiaire lui transmet électroniquement.

Pour les bénéficiaires qui déterminent leur glycémie via la mesure par capteur, le nombre total de capteurs que ces bénéficiaires peuvent obtenir via l'établissement et qu'ils ont en leur possession (total du nombre restant de capteurs des périodes précédentes et du nombre de capteurs fourni pour la future période), ne peut jamais dépasser le nombre de capteurs qui est nécessaire pour 8 mois.

§ 5. L'établissement n'est en aucun cas tenu de fournir aux bénéficiaires plus de matériel pour la détermination de la glycémie (tiges, lancettes ou capteurs) que les nombres précis (éventuellement diminués en fonction des dispositions du § 4) qui sont fixés aux §§ 2 et 3 pour les bénéficiaires du groupe C qui optent pour le test de piqûre au doigt, ou que la quantité de matériel dont ont besoin les bénéficiaires des groupes A et B qui optent pour le test de piqûre au doigt pour effectuer le nombre de mesures de la glycémie que l'endocrino-diabétologue (ou assimilé) de l'équipe de diabétologie leur prescrit. Pour les bénéficiaires qui optent pour la mesure par capteur, l'établissement n'est en aucun cas tenu de délivrer plus de capteurs que les nombres qui, par période pendant laquelle le bénéficiaire utilise la méthode par capteur, sont prévus dans la liste dont question à l'article 6 § 6.

§ 6. Les coûts du matériel supplémentaire (tiges de glycémie, lancettes, capteurs) dont ont besoin les bénéficiaires parce qu'ils effectuent de leur propre initiative davantage de mesures de leur glycémie via le test de piqûre au doigt que ce que l'établissement a délivré comme matériel conformément aux §§ 2 et 3 du présent article ou parce que les capteurs ont été perdus précocement, ne sont pas compris dans les prix fixés à l'article 15, § 1^{er}. Ces coûts sont donc à charge des bénéficiaires.

§ 7. Seuls pour les bénéficiaires du groupe A qui optent, pour déterminer leur glycémie, pour la mesure par capteur, le coût du matériel dont ils ont besoin conformément à l'article 7, § 3, est couvert par les montants fixés à l'article 15, § 1^{er} (en raison de la gravité de leur affection et du nombre élevé de mesures de la glycémie qu'ils doivent réaliser).

Les bénéficiaires des groupes B ou C qui souhaitent déterminer leur glycémie via la mesure par capteur peuvent acheter le matériel à cet effet dans l'établissement.

Aux bénéficiaires des groupes B ou C qui souhaitent déterminer leur glycémie via la mesure par capteur et qui achètent dans l'établissement le matériel à cet effet à leurs propres frais, s'appliquent également les dispositions de l'article 5, § 8, à savoir que le matériel doit être fourni par une personne qui fait partie de l'équipe de diabétologie et qui leur apprend la technique de la méthode de mesure. Tout comme pour les autres bénéficiaires, le programme de soins multidisciplinaire qui est réalisé pour ces bénéficiaires doit obligatoirement contenir tous les volets mentionnés à l'article 5, § 3 du programme de soins multidisciplinaire.

§ 8. L'établissement ne conseillera jamais à un bénéficiaire d'effectuer davantage de mesures de la glycémie via le test de piqûre au doigt que le nombre de mesures qui est prescrit à ce bénéficiaire.

L'établissement n'encouragera pas activement les bénéficiaires des groupes B ou C pour lesquels le matériel pour la mesure par capteur n'est pas couvert par le prix de journée fixé à l'article 15, § 1er, de déterminer leur taux de glycémie par la mesure par capteur.

L'ÉQUIPE DE DIABÉTOLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Article 8.

§ 1^{er}. L'établissement tel que visé dans la présente convention est une équipe de diabétologie multidisciplinaire attachée à un établissement hospitalier qui comprend au moins :

- un médecin spécialiste en endocrino-diabétologie, qui dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation ainsi que de la qualité de l'accompagnement et de l'éducation. Ce médecin responsable est compétent pour donner aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation du programme de soins multidisciplinaire. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

Un médecin spécialiste en médecine interne générale qui, avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, était déjà responsable d'un service de diabétologie conventionné et/ou de la prescription des programmes de soins multidisciplinaire dans le cadre de pareille convention, et dont le curriculum professionnel spécifique avait déjà été transmis au Collège des médecins-directeurs, peut garder ses prérogatives (*diriger l'équipe multidisciplinaire prévue dans la présente convention et/ou prescrire des programmes de soins multidisciplinaires dans le cadre de la convention*).

Le médecin qui dirige l'équipe est désigné dans la suite du texte de la présente convention comme le « médecin responsable ».

Le médecin responsable de l'équipe constitue avec tous les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie dont l'établissement dispose, et conjointement avec les médecins visés ci-dessus qui auparavant prescrivaient déjà des programmes de soins multidisciplinaires dans le cadre d'un service de diabétologie conventionné et qui satisfont aux conditions pour garder leurs prérogatives en la matière, le « cadre médical » de l'établissement.

Ce cadre médical doit toujours compter au minimum 0,5 équivalents temps plein (ETP) même si, en vertu des autres dispositions du présent article, l'établissement peut, sur la

base du nombre de bénéficiaires qu'il accompagne dans le cadre de la présente convention, justifier un cadre plus restreint.

- un ou des infirmiers en diabétologie et chargés de l'éducation technique spécifique du bénéficiaire diabétique. Leur compétence régulièrement actualisée, aussi bien quant à l'éducation qu'à l'accompagnement du diabétique, doit être objectivée par un curriculum vitæ et être garantie par l'établissement et par le médecin responsable. Chaque infirmier doit pouvoir en tout cas fournir une preuve qu'il est éducateur en diabétologie. Dans le cas où un nouvel infirmier ne peut fournir la preuve qu'il est éducateur en diabétologie, lors de son entrée en service, cette preuve doit être délivrée dans les 3 ans qui suivent la date de son entrée en service.

Le nombre d'infirmiers en diabétologie dont dispose l'établissement doit toujours compter au minimum 0,5 ETP, même si, en vertu des autres dispositions du présent article, l'établissement peut, sur la base du nombre de bénéficiaires qu'il accompagne dans le cadre de la présente convention, justifier un cadre plus restreint.

- un ou des diététiciens dont la compétence régulièrement actualisée en diététique diabétologique a été objectivée par un curriculum vitæ et est garantie par l'établissement et par le médecin responsable.

Le nombre de diététiciens dont dispose l'établissement doit toujours compter au minimum 0,5 ETP, même si, en vertu des autres dispositions du présent article, l'établissement peut, sur la base du nombre de bénéficiaires qu'il accompagne dans le cadre de la présente convention, justifier un cadre plus restreint.

- un psychologue clinicien (porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire dans le domaine de la psychologie clinique).

§ 2. Le nombre d'ETP dont doit se composer l'équipe de diabétologie mentionnée au § 1^{er}, dépend du nombre de bénéficiaires des différents groupes (groupe A, groupe B, groupe C) que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention, de manière à ce que ces effectifs de bénéficiaires puissent notamment être inférés des chiffres de production visés à l'article 21 de la présente convention. Ces effectifs de bénéficiaires peuvent à partir de 2017 être calculés en divisant le nombre total de forfaits journaliers (d'une année civile déterminée) réalisés pour les bénéficiaires des groupes A, B et C (nombre total comme mentionné dans les chiffres de production) par 365 (soit le nombre annuel de forfaits maximum pouvant être portés en compte pour un même bénéficiaire) ou 366 (soit le nombre annuel de forfaits maximum pourtant être portant en compte pour un même bénéficiaire s'il s'agit d'une année bissextile). Pour la période qui précède la date d'entrée en vigueur de la présente convention, il faut tenir compte du fait que les prestations réalisées étaient pour la plupart des forfaits mensuels.

§ 3. Il est attendu d'un établissement qui, pour une année civile déterminée, accompagne 100 bénéficiaires faisant partie du groupe A ou groupe B, qu'il dispose du cadre suivant :

- 0,1763 ETP pour le cadre médical, normalement occupé par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par des médecins ayant des prérogatives particulières (cf. § 1^{er}). De ces 0,1763 ETP, seule la moitié est financée par le forfait journalier dont question à l'article 14 § 1, la moitié restante est censée être financée par les consultations des bénéficiaires qui font partie du groupe cible de la convention, comme stipulé ci-dessous au § 7 du présent article ;
- 0,70 ETP éducateurs en diabétologie (infirmiers en diabétologie ou diététiciens) et autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie (podologue, psychologue clinicien)

dont minimum 0,5 ETP éducateurs en diabétologie (infirmiers en diabétologie ou diététiciens) et minimum 0,02 ETP psychologue clinicien;

- 0,10 ETP collaborateur de secrétariat (et/ou d'autres collaborateurs, en application des dispositions du § 6 de cet article).

Il est attendu d'un établissement qui accompagne pendant une année civile déterminée 100 bénéficiaires faisant partie du groupe C qu'il dispose du cadre qui suit :

- 0,0705 ETP pour le cadre médical, occupé normalement par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par les médecins ayant des prérogatives particulières (cf. § 1er). De ces 0,0705 ETP, seule la moitié est financée par le forfait journalier dont question à l'article 14 § 1er, la moitié restante est censée être financée par les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention, comme stipulé ci-dessous au § 7 du présent article ;
- 0,1215 ETP éducateurs en diabétologie (infirmiers en diabétologie ou diététiciens) et autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie (podologue, psychologue clinicien) dont minimum 0,09 ETP éducateurs en diabétologie (infirmiers en diabétologie ou diététiciens);
- 0,0666 ETP collaborateur de secrétariat (et/ou, en application des dispositions du § 6 de cet article, d'autres collaborateurs).

§ 4. Le cadre du personnel total dont doit disposer l'établissement est le total du :

- cadre du personnel dont il doit disposer pour ses bénéficiaires du groupe A ;
- cadre du personnel dont il doit disposer pour ses bénéficiaires du groupe B ;
- cadre du personnel dont il doit disposer pour ses bénéficiaires du groupe C.

§ 5. L'équipe dont doit disposer l'établissement doit être adaptée proportionnellement en fonction du nombre effectif de bénéficiaires des différents groupes visés aux §§ 2, 3 et 4 qui suivent réellement un programme de soins multidisciplinaire dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent les chiffres de production reproduits à l'article 21). Afin d'éviter de multiples adaptations du cadre du personnel requis, l'établissement peut toutefois se baser, pour obtenir les effectifs requis au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de bénéficiaires accompagnés dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes précédentes. Il ne peut y avoir d'augmentation proportionnelle du cadre du personnel que si, sur la base du nombre moyen de bénéficiaires de ces 2 dernières années civiles complètes, le cadre du personnel existant doit être augmenté de minimum 0,5 ETP médecin et/ou minimum 0,5 ETP éducateurs en diabétologie (ou autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie). Si cette augmentation minimale n'est pas obtenue, soit pour le cadre médical, soit pour les éducateurs en diabétologie (ou autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie), cette fonction peut continuer à être assurée avec le cadre existant.

§ 6. Si l'établissement décide de remplacer, intégralement ou en partie et à titre temporaire ou définitif, la fonction de collaborateur de secrétariat (dont il devrait disposer en vertu des dispositions des §§ 3, 4 et 5) par des éducateurs en diabétologie (ou autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie ou éventuellement un gestionnaire de données) supplémentaires, il peut – compte tenu de la différence de coût salarial – partir du principe qu'1 ETP collaborateur de secrétariat ne doit être remplacé que par 0,75 ETP éducateurs en diabétologie (ou autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie ou un gestionnaire de données).

§ 7. Pour l'encadrement requis, il peut être tenu compte du temps de travail que les différents membres de l'équipe (médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et les médecins avec certaines prérogatives visés au § 1er, éducateurs en diabétologie ou autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie) consacrent à :

- l'accompagnement des bénéficiaires prévu dans la présente convention, pour lequel tant l'accompagnement direct (contacts directs avec les bénéficiaires et leur environnement, en ce compris le temps des consultations) que l'accompagnement indirect (concertation au sujet des bénéficiaires, réunions d'équipe, accompagnement téléphonique, rapport, etc.) peut être pris en considération ;
- le soutien du traitement des patients diabétiques ambulatoires ou hospitalisés de l'hôpital, qui ne sont pas bénéficiaires de la convention. Ce soutien peut être proposé tant au patient qu'à d'autres dispensateurs de soins (médecins, infirmiers, etc.) qui travaillent au sein et en dehors de l'hôpital ;
- concertation, coaching et formation complémentaire de la première ligne (médecins généralistes, éducateurs de première ligne, diététiciens, podologues, etc.) ;
- les consultations (et la surveillance médicale) des patients diabétiques et des patients qui souffrent d'autres affections endocrinologiques.

Les moyens prévus par la présente convention pour la rétribution des différents membres de l'équipe sont donc visés pour toutes les activités mentionnées.

Le temps de travail consacré aux simples soins médicaux et infirmiers dispensés aux bénéficiaires hospitalisés de la présente convention ne peut toutefois jamais être pris en considération comme temps de travail afin de respecter le cadre requis en vertu du présent article.

§ 8. Pour les nouveaux établissements qui adhèrent à la présente convention et qui ne disposaient donc pas d'une convention diabète dans le passé, l'équipe de départ doit proportionnellement correspondre au nombre de bénéficiaires que l'établissement suit à la date d'entrée en vigueur de la convention. L'équipe doit être adaptée, au plus tard tant à la fin de la première année civile complète durant laquelle la convention était d'application qu'à la fin de la deuxième année civile complète, en fonction du nombre de bénéficiaires qui suivent effectivement à la fin de ces années un programme de soins multidisciplinaire dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent notamment les chiffres de production visés à l'article 21). Pour les années suivantes, les dispositions des paragraphes précédents du présent article sont d'application.

L'équipe de départ ne peut cependant jamais compter moins d'effectifs que le cadre minimal requis en vertu des dispositions du § 1^{er} du présent article.

§ 9. L'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit indiquer qui fait partie de l'équipe de l'établissement à n'importe quel moment, pour quel nombre d'ETP par semaine et avec quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs.

§ 10. Afin de respecter le cadre prévu dans le présent article, il convient de tenir compte du fait que pour tous les membres de l'équipe (médecins inclus), 1 ETP est assimilé à un temps de travail de 38 heures et qu'une même personne (sauf en ce qui concerne les médecins) ne peut jamais faire partie du cadre requis aux termes de la présente convention à raison de plus d'1 ETP.

Tant que l'établissement, conformément aux dispositions du présent article, n'est pas obligé d'occuper plus de 0,5 ETP médecin responsable, la fonction de médecin responsable ne peut jamais être fractionnée entre plusieurs médecins spécialistes en endocrino-diabétologie. Dans le cas où l'établissement emploierait plus de 0,5 ETP médecins spécialistes en endocrino-diabétologie, le médecin responsable spécialiste en endocrino-diabétologie devrait travailler au moins 0,5 ETP pour l'établissement.

Dans le cas où le temps de travail des éducateurs en diabétologie (ou autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie) qui font partie de l'équipe multidisciplinaire de diabétologie est plus important dans l'hôpital que le temps de travail prévu dans le cadre de la présente convention, l'établissement veillera un maximum à les occuper exclusivement dans l'équipe multidisciplinaire de diabétologie, de sorte que ces membres de l'équipe puissent se spécialiser dans l'éducation et l'accompagnement de patients diabétiques et qu'ils puissent accomplir un minimum d'autres tâches dans l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie. L'établissement fractionnera le nombre d'ETP requis pour chacune de ces fonctions en un minimum de personnes. Compte tenu des exigences de l'article 9 de la présente convention relative à l'accessibilité et à la disponibilité de l'établissement et à la continuité du fonctionnement, la fonction d'infirmier en diabétologie et la fonction de diététicien peuvent toutefois toujours être fractionnées en 3 personnes.

§ 11. Le non-respect du cadre requis au cours d'une année civile déterminée, à condition que l'établissement ait eu la possibilité d'en exposer les raisons par écrit, constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l'établissement (sur la base d'une décision du Comité de l'assurance), pour une récupération d'un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations versées pour cette année civile ; pourcentage qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile en question. L'établissement s'engage dans ce cas à ne pas facturer aux bénéficiaires la partie récupérée des prestations.

Article 9.

Afin de pouvoir offrir des programmes de soins multidisciplinaires de qualité à ses bénéficiaires, l'établissement organisera ses activités de manière à satisfaire aux exigences suivantes :

Consultants auxquels l'établissement peut faire appel

L'équipe de diabétologie multidisciplinaire peut toujours, au sein de l'hôpital auquel appartient l'établissement, faire appel à un assistant social ou infirmier social familiarisé avec la problématique sociale du diabète sucré, et un podologue (dans le cas où l'établissement ne fait pas usage des possibilités décrites à l'article 8 § 3 qui permettent à un podologue de faire partie de l'équipe de diabétologie de l'établissement).

Consultations multidisciplinaires

L'établissement fera en sorte que les consultations pour bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention se déroulent dans le cadre des consultations multidisciplinaires. Au cours de ces consultations multidisciplinaires, les différentes disciplines (au moins le médecin, l'infirmier en diabétologie et le diététicien) prévues à l'article 8 § 1^{er} doivent être présentes et disponibles pour l'accompagnement et l'éducation des bénéficiaires.

L'établissement organisera au moins quatre demi-journées par semaine des consultations multidisciplinaires spécifiques à l'autogestion du diabète et fera aussi connaître ces consultations aux bénéficiaires. Tous les demi-jours pendant lesquels l'établissement organise des consultations multidisciplinaires sur un des sites de l'hôpital peuvent être pris en considération afin de respecter

le minimum requis de quatre demi-jours par semaine de consultation multidisciplinaire et à condition que les activités proposées sur un site hospitalier déterminé répondent aux conditions qui concernent spécifiquement le travail sur différents sites hospitaliers mentionnées dans la présente convention (cf. article 10 § 2 de la présente convention).

En outre, pour les bénéficiaires pour lesquels un contact avec le psychologue clinicien ou avec un des consultants mentionnés ci-dessus est indiqué, l'établissement est censé – dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable – pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le bénéficiaire. Lors de cette consultation suivante, il doit également être possible d'avoir des contacts avec le médecin, l'infirmier en diabétologie et le diététicien de l'équipe de diabétologie dont question à l'article 8 § 1^{er}.

Réunions d'équipe

L'équipe pluridisciplinaire doit se réunir au moins six fois par an.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport qui comporte la liste des participants.

Dossiers individuels d'éducation

Un dossier individuel d'éducation est tenu pour chaque bénéficiaire et mentionne au moins les éléments suivants :

- les contacts avec les bénéficiaires en vue de l'accompagnement, de l'éducation et de la fourniture du matériel pour effectuer les mesures de la glycémie (dates, membres de l'équipe concernés) ;
- l'évaluation de l'autogestion du diabète pendant la période écoulée : Combien de mesures de la glycémie ont été effectuées réellement ? Le bénéficiaire change-t-il d'indication (transplantation d'organe, grossesse, ...) ? Quels étaient les résultats des mesures de glycémie ? Ces données sont-elles en rapport avec les valeurs HbA1c ? N'y a-t-il pas de signes de défaut d'observance ? Les connaissances acquises sont-elles encore au point ? Y'a-t-il des problèmes avec le matériel ? Le bénéficiaire a-t-il été hospitalisé entre-temps ? etc.

Ces dossiers d'éducation doivent être accessibles aux différents membres de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire qui ont des contacts avec le bénéficiaire ainsi que, le cas échéant, aux collaborateurs du service des urgences mentionnés plus loin dans le présent article.

Infrastructure et équipement

L'établissement dispose de ses propres espaces de consultation pour les infirmiers en diabétologie, les diététiciens et psychologues cliniciens (et éventuellement podologues) de l'équipe.

L'établissement dispose en outre du matériel de démonstration et d'instruction nécessaire pour pouvoir assurer de façon optimale l'éducation et l'accompagnement continu en matière d'autogestion des bénéficiaires.

Accessibilité – Disponibilité

L'équipe de diabétologie doit organiser un accueil par téléphone et par e-mail pendant les heures de travail normales, aussi en dehors des heures de consultation, des bénéficiaires, de leur entourage proche et de la première ligne, en ce compris le pharmacien. Pour y parvenir, l'établissement devra prévoir suffisamment de lignes téléphoniques directes et une adresse

email spécifique. Les numéros des lignes téléphoniques et l'adresse email spécifique doivent être suffisamment communiqués. Ils sont repris dans la brochure visée à l'article 5, § 9. En concertation avec l'établissement, les bénéficiaires doivent pouvoir envoyer leurs valeurs des mesures par email à l'équipe de diabétologie.

L'équipe de diabétologie doit prendre, au moins au niveau du service des urgences de l'hôpital auquel elle est attachée, les mesures organisationnelles nécessaires afin de garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) de médecins en vue de garantir la continuité de l'accueil des bénéficiaires. Cela implique que 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un endocrino-diabétologue ou assimilé (selon les dispositions de l'art. 8 § 1^{er}) ayant de l'expérience, doit pouvoir être consulté.

Continuité de l'accompagnement en cas d'hospitalisation

Dans le cas où un bénéficiaire de la présente convention est hospitalisé dans l'établissement hospitalier auquel l'établissement conventionné est attaché, il sera suivi pour son diabète par l'équipe multidisciplinaire dont question dans la présente convention.

Intégration à la première ligne

Le médecin généraliste est informé des changements de thérapie importants au moyen d'un rapport. Au moins une fois par an, il convient d'envoyer au médecin généraliste un rapport complet de l'état du bénéficiaire ainsi qu'un plan de traitement actualisé (conformément aux dispositions de l'article 5 § 7). L'équipe de diabétologie doit s'engager activement dans la formation continue en matière de diabète des médecins généralistes avec lesquels elle collabore.

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

Article 10.

§ 1^{er}. 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 le suivi, l'accompagnement et l'éducation prévus dans cette convention sur plusieurs sites hospitaliers dont il dispose, il doit respecter les conditions suivantes :

- Les activités que prévoit cette convention ne peuvent être offertes que sur les sites hospitaliers de l'établissement hospitalier;
- Conformément aux dispositions de l'article 9, les consultations pour bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention doivent se donner sur chaque site dans le cadre de consultations multidisciplinaires, auxquelles les différents membres de l'équipe prévues à l'article 8 § 1^{er} (au moins les médecins, infirmiers en diabétologie et diététiciens) sont également présents au même moment et disponibles pour les bénéficiaires. Sur chaque site où il offre les activités de la présente convention, l'établissement organisera au moins une demi-journée par semaine cette consultation multidisciplinaire spécifiquement pour l'autogestion du diabète et fera connaître cette

consultation multidisciplinaire aux bénéficiaires.

- L'établissement ne dispose que d'une seule équipe de diabétologie multidisciplinaire comprenant un seul médecin responsable. Les membres de l'équipe actifs sur un site déterminé doivent répondre à toutes les conditions précisées à l'article 8 § 1er et participer aux réunions d'équipe communes de tous les membres de l'équipe de l'établissement, quel que soit le site où ils sont actifs.
- Sur chaque site sur lesquels sont offertes les activités de la présente convention, l'équipe de diabétologie multidisciplinaire peut toujours faire appel sur place à un psychologue clinicien de l'équipe de diabétologie, un assistant social ou infirmier social familiarisé avec la problématique sociale du diabète sucré, et un podologue. En outre, pour les bénéficiaires pour lesquels un contact avec une des disciplines mentionnées ci-dessus est indiqué, l'établissement est censé – dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable – pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le bénéficiaire et ce, sur le site où le bénéficiaire vient normalement pour ses consultations. Lors de cette consultation suivante, il doit également être possible d'avoir des contacts avec les médecins, les infirmiers en diabétologie et les diététiciens de l'équipe de diabétologie visée à l'article 8 § 1.
- L'établissement mentionnera annuellement les différents sites hospitaliers sur lesquels il offre les activités que prévoit cette convention dans les données de gestion annuelles qui sont demandées dans l'article 18 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 aux articles 11 et 12 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 13, 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 sont 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.

§ 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 bénéficiaires les activités que prévoit la convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles autorisées visées à l'article 13) 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 bénéficiaires qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défussionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue aux articles 11 et 12.

LA PRESCRIPTION DU PROGRAMME INDIVIDUEL DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE ET LES DEMANDES PAR LES BÉNÉFICIAIRES D'UNE INTERVENTION DANS LE COÛT DU PROGRAMME INDIVIDUEL DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE

Article 11.

§ 1^{er}. Le bénéficiaire auquel est prescrit un des programmes de soins multidisciplinaire prévus dans la présente convention introduit une demande d'intervention auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, au moyen du formulaire qui est joint à la présente convention et où est acté son engagement à suivre le programme de soins multidisciplinaire prescrit.

Les formulaires joints à la présente convention peuvent être modifiés à tout moment par le Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Il appartient aux organismes assureurs d'informer les bénéficiaires des possibilités offertes par la présente convention à certains diabétiques, moyennant prescription et engagement personnel, en matière d'intervention dans des programmes de soins multidisciplinaires d'autogestion du diabète, ainsi que de la procédure de demande d'intervention, y compris en ce qui concerne le délai légal dont question à l'article 13 § 1^{er}.

§ 3. Il appartient à l'établissement, avant signature de la demande d'intervention, d'attirer l'attention par écrit du bénéficiaire auquel un programme de soins multidisciplinaire est prescrit, sur son investissement personnel dans la réalisation de l'objectif de celui-ci, ainsi que sur les moyens prévus pour lui dans le cadre de la convention et sur les dispositions de l'article 13, § 3, relatives à la fin du programme de soins multidisciplinaire dans l'établissement. L'établissement lui signalera l'importance réelle de la collaboration entre les différents intervenants dans le traitement de sa maladie, en premier lieu le médecin généraliste, mais aussi le pharmacien et - dans le cas où le bénéficiaire introduit lui-même la demande d'intervention - les conséquences d'une introduction tardive de la demande d'intervention.

§ 4. Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le bénéficiaire, il s'engage à ne pas lui porter en compte les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur (conformément à l'article 13 § 1, 2^{ème} alinéa) pour cause d'introduction tardive de la demande.

Article 12.

§ 1^{er}. Le formulaire à utiliser en vertu de l'article 11 pour les demandes d'intervention contient, outre la déclaration du bénéficiaire, également une prescription médicale qui doit être signée par le médecin responsable ou par un endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie ou par un autre médecin visé à l'article 8, § 1^{er}, qui sur la base de son curriculum vitæ et de ses activités antérieures dans le cadre de la présente convention, est compétent pour prescrire les programmes de soins multidisciplinaires prévus dans la présente convention.

Le Service des soins de santé de l'INAMI communiquera par circulaire aux organismes assureurs les médecins de chaque établissement qui sont habilités à prescrire des programmes de soins multidisciplinaires.

L'établissement s'engage à informer immédiatement le Service des soins de santé de l'INAMI des modifications apportées à l'équipe médicale visée à l'article 8 active dans le cadre de la présente convention et habilitée à prescrire des programmes de soins multidisciplinaires.

§ 2. Outre le programme prescrit, la prescription médicale doit mentionner l'indication motivant celui-ci et, en cas de prolongation ou de changement de groupe (*qui doit d'abord être sollicité par le bénéficiaire via la procédure décrite à l'article 11*), rendre compte de l'autogestion effectuée par le bénéficiaire pendant la période écoulée, à savoir le nombre de mesures de la glycémie effectivement réalisées pendant la période écoulée.

Article 13.

§ 1^{er}. Le programme de soins multidisciplinaire d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé en faveur de la prise en charge du programme de soins multidisciplinaire de ce bénéficiaire.

La période accordée par le médecin-conseil, éventuellement renouvelable, débute à la date prescrite et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil. La période accordée par le médecin-conseil, éventuellement renouvelable, ne peut excéder 12 mois.

Seules les prestations, telles que visées dans la présente convention, qui sont réalisées dans la période du programme de soins multidisciplinaire admise par le médecin-conseil et dans le respect d'éventuelles conditions supplémentaires posées par le médecin-conseil, sont prises en considération pour le remboursement.

Dans la notification de son accord d'intervention, le médecin-conseil met explicitement l'accent sur le contenu de l'engagement du bénéficiaire vis-à-vis du traitement de son diabète sucré dans le cadre de la présente convention. Par ailleurs, le médecin-conseil attirera l'attention du bénéficiaire sur les conséquences négatives possibles de l'engagement insuffisant du bénéficiaire.

Pendant la période du programme de soins multidisciplinaire autorisée par le médecin-conseil, tant les forfaits (et les pseudo-codes) pour le test de piqûre au doigt que les forfaits (et les pseudo-codes) pour la mesure par capteur peuvent être attestés pour un bénéficiaire du groupe (A, B ou C) avec l'accord du médecin-conseil compte tenu de la nature et de la quantité de matériel que l'établissement a effectivement fourni au bénéficiaire conformément aux dispositions de l'article 7.

§ 2. Si un bénéficiaire déclare dans le formulaire de demande que son médecin généraliste tient son Dossier médical global (DMG), mais que l'organisme assureur n'a pas enregistré la prestation DMG (situation d'exception visée à l'article 4, § 5, 2°), d'une part le médecin-conseil enverra un courrier au bénéficiaire concerné ainsi qu'à son médecin généraliste pour attirer leur attention sur cette constatation, mais d'autre part (*si le patient répond à toutes les autres conditions de la convention*) il marquera tout de même son accord sur la prise en charge du programme de soins multidisciplinaire pendant 6 mois, si bien que le bénéficiaire et son médecin généraliste disposent du délai nécessaire pour régulariser la prestation DMG. Dans ce cas, pour pouvoir poursuivre le programme de soins multidisciplinaire après la période de six mois accordée initialement par le médecin-conseil, le bénéficiaire doit introduire à temps une demande de prolongation du programme de soins multidisciplinaire qui réponde aux dispositions des articles 11 et 12.

Pour les bénéficiaires sans DMG qui répondent à la situation d'exception visée à l'article 4, § 5, 3° et 4°, l'autogestion ne peut plus être prise en charge par l'assurance au terme de la période de 6 mois accordée et ce, aussi longtemps qu'il n'est pas satisfait à l'obligation de disposer d'un DMG.

§ 3. Le remboursement pour le programme individuel pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur s'est prononcé favorablement prend fin :

- dès que le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre d'une convention en matière d'autogestion du diabète sucré conclue avec un autre établissement hospitalier ou dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents. Il appartient au bénéficiaire de notifier en temps utile sa décision à l'établissement, en règle général avant que l'établissement fournisse au bénéficiaire le matériel nécessaire pour l'autogestion pour une certaine période. Dans le cas où des prestations ont été indûment portées en compte par l'établissement suite à une notification tardive ou défailante de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations à l'établissement. Conformément aux dispositions de l'article 11, § 3, de la présente convention, l'établissement doit informer le bénéficiaire de cette disposition par écrit.

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 de soins multidisciplinaire 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 bénéficiaire déterminé), si le médecin-conseil a oublié d'avertir

l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un programme de soins multidisciplinaire dans un autre service hospitalier.

- lorsque l'établissement décide de ne plus prendre en charge un bénéficiaire. Cette décision doit être notifiée à l'intéressé au moins un mois avant la fin de la période pour laquelle l'établissement a fourni à l'intéressé le matériel nécessaire pour l'autogestion.

§ 4. Pour les bénéficiaires qui avaient conclu auparavant un « contrat trajet de soins » (tel que visé à l'AR du 21.1.2009) mais qui ont suivis temporairement un programme de soins multidisciplinaire en groupe C 1) tel que décrit à l'article 4 § 2 de la présente convention, l'établissement doit communiquer la fin du programme de soins multidisciplinaire en groupe C 1) au médecin-conseil dans le cas où ce bénéficiaire glisse à nouveau dans la réglementation de patients en trajets de soins pour son éducation au diabète et son matériel. L'établissement utilise à cet effet le formulaire joint en annexe à la présente convention.

§ 5. L'établissement s'engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations que ce dernier juge utiles afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de soins multidisciplinaire d'un bénéficiaire.

§ 6. L'établissement s'engage à conserver les (copies des) demandes d'intervention ainsi que toute la correspondance entrante et sortante à ce sujet avec les organismes assureurs pendant un délai de 7 ans.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES PAR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ - DÉFINITIONS, PRIX ET HONORAIRES

Article 14.

§ 1^{er}. La prestation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé comprend, par bénéficiaire, l'exécution pendant un jour du programme de soins multidisciplinaire défini à l'article 5.

§ 2. Les mesures préventives minimales obligatoires visées à l'article 5, § 5, ne sont pas comprises dans les prestations concernées à l'article 14 § 1^{er} et peuvent dès lors, en vertu de la nomenclature des prestations de santé, être portées en compte au bénéficiaire et à son organisme assureur, moyennant le respect de toutes les conditions de la nomenclature.

§ 3. La prestation définie à l'article 14, § 1^{er}, ne comprend pas les prestations des médecins qui sont prévues dans la nomenclature des prestations de santé.

La prestation définie à l'article 14, § 1^{er}, comprend cependant bien toutes les interventions qui sont réalisées par les autres membres de l'équipe de diabétologie de l'établissement dont question à l'article 8 (infirmiers en diabétologie, diététiciens, psychologues cliniciens et éventuellement aussi podologues, dans le cas où l'établissement fait usage des possibilités prévues à l'article 8 § 3 de la présente convention qui permettent d'intégrer un podologue à l'équipe de diabétologie de l'établissement). Ces interventions ne peuvent jamais être portées en compte séparément, ni au bénéficiaire, ni à l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 4. Afin d'encourager la collaboration avec les cliniques curatives du pied diabétique de troisième ligne conventionnées et de parvenir à un traitement de qualité des patients diabétiques souffrant de plaies graves du pied, l'établissement peut – outre les prestations susvisées qui rémunèrent les activités effectives dans le cadre de la présente convention – encore porter en

compte une indemnité de renvoi lorsqu'il renvoie un bénéficiaire diabétique souffrant d'une plaie grave du pied vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée. Cette indemnité de renvoi ne peut être portée en compte pour un bénéficiaire que si les conditions suivantes sont remplies :

- un médecin de l'établissement a vérifié que ce bénéficiaire est effectivement disposé à faire appel à la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée vers laquelle il est renvoyé pour son problème de pied ;
- le renvoi s'effectue après concertation entre un médecin de l'établissement (comme stipulé à l'article 8, § 1er) et un médecin de la clinique du pied afin de vérifier si le bénéficiaire entre en ligne de compte pour un traitement dans la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée et peut effectivement y être traité ;
- le renvoi s'effectue au moyen d'un rapport écrit établi par le médecin de l'établissement, ainsi qu'avec le podologue qui est associé au fonctionnement de l'établissement en tant que membre de l'équipe ou consultant. Une copie de ce rapport médical doit être ajoutée au dossier d'éducation individuel visé à l'article 9.
- par bénéficiaire, l'établissement ne peut attester qu'une seule fois une indemnité de renvoi. Pour un même bénéficiaire, une indemnité de renvoi ne peut donc jamais être à nouveau attestée, pas même l'année suivante.

Si l'établissement fait partie d'un établissement hospitalier qui dispose lui-même d'une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée, il ne peut jamais attester d'indemnité de renvoi pour ses bénéficiaires.

Article 15.

§ 1^{er}. Pour chaque jour visé à l'article 14, § 1er, pendant lequel un bénéficiaire suit un programme de soins multidisciplinaire décrit à l'article 5 de la présente convention pour lequel l'établissement lui a fourni du matériel pour la mesure de la glycémie sous les conditions des articles 6 et 7, l'établissement peut attester un montant forfaitaire à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Les montants qui peuvent être attestés aux organismes assureurs et les pseudo-codes qui doivent être mentionnés sur les factures aux organismes assureurs varient selon le groupe auquel appartient le bénéficiaire et la méthode de mesure pour laquelle il opte pour déterminer sa glycémie. Ils sont communiqués dans le tableau ci-dessous:

	Méthode de test de piqûre au doigt			Méthode de mesure par « capteur »		
	Montant total par jour	Partie indexable	Pseudo-code	Montant total par jour	Partie indexable	Pseudo-code
Groupe A	3,58 €	1,95 €	788756	6,11 €	1,95 €	788771
Groupe B	3,38 €	1,95 €	788793	3,38 €	1,95 €	788815
Groupe C	0,80 €	0,49 €	788830	0,80 €	0,49 €	788852

Par jour et par bénéficiaire, un seul des montants mentionnés dans le tableau peut être attesté une seule fois.

Les montants mentionnés pour la mesure par capteur et les pseudo-codes y afférents ne peuvent jamais être attestés pendant plus de jours que le nombre de jours pour lesquels l'établissement, conformément à l'article 7, a fourni le matériel pour la mesure par capteur à ce

bénéficiaire.

§ 2. Les prix et honoraires de l'"indemnité de renvoi" visée à l'article 14, § 4, de la présente convention sont fixés à 40, 86 EUR. Ce montant est entièrement indexable.

§ 3. La partie indexable des prix et honoraires fixés aux §§ 1er et 2 , est liée à l'indice pivot 101,02 (juin 2016) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 4. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 15, sauf pour les patients du groupe B ou C qui déterminent leur glycémie via la mesure par capteur et qui peuvent acheter dans l'établissement le matériel nécessaire à cet effet qui n'est pas couvert pour eux par les montants mentionnés au § 1er.

L'établissement peut attester un supplément de 2,52 € pour chaque jour pour lequel il a fourni du matériel à un bénéficiaire du groupe B pour la mesure par capteur. Ce montant tient compte du fait qu'il faut fournir moins de matériel pour le test de piqûre au doigt à ces bénéficiaires.

L'établissement peut attester un supplément de 3,49 € pour chaque jour pour lequel il a fourni du matériel à un bénéficiaire du groupe C pour la mesure par capteur. Ce montant tient compte du fait qu'il faut fournir moins de matériel pour le test de piqûre au doigt à ces bénéficiaires.

Les capteurs qui ont été perdus précocement et pour lesquels un bénéficiaire achète dans l'établissement des capteurs supplémentaires en remplacement des capteurs qui ont été perdus avant leur fin de validité normale, peuvent être portés en compte au bénéficiaire par l'établissement. Le prix maximum que l'établissement peut à cet effet réclamer au bénéficiaire peut être fixé dans la liste visée à l'article 6 § 6.

Article 16.

§ 1. 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.

§ 2. Chaque jour remboursable de prestation effective ne peut être porté en compte à l'organisme assureur concerné qu'à son expiration.

Les prix et honoraires qui peuvent être portés en compte pour un jour remboursable de prestation effective sont les prix et honoraires d'application à la date de ce jour de prestation effective.

§ 3. En application de l'article 1^{er} d) de l'AR du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994*, aucune quote-part personnelle n'est due pour les bénéficiaires sur les prix et honoraires qui sont portés en compte pour une journée de prestation effective.

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Article 17.

§ 1^{er}. L'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) et les établissements qui ont conclu une « convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré (patients adultes) » avec le Comité de l'assurance collaborent à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l'exploitation scientifique des données du registre récoltées à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité (Initiative pour la Promotion de la Qualité et Epidémiologie du Diabète sucré - IPQED), et visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des patients dont il est question dans la présente convention.

L'Institut scientifique de Santé publique analyse les données du registre et rédige en concertation avec les établissements, à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, un rapport périodique reprenant les résultats des analyses de ces données.

Ce registre et le rapport qui en est tiré doivent permettre :

- l'enregistrement et le suivi de données épidémiologiques, démographiques, cliniques (diagnostic, complications, traitement, etc.), et biologiques ;
- d'identifier les complications pour les patients pris en charge par les établissements ;
- l'évaluation et l'amélioration constante de la qualité des soins par peer review et feedback aux établissements ;
- des études de cohortes par des médecins et chercheurs qualifiés.

Ceci est établi et exploité dans le respect du secret médical et de la vie privée, conformément aux dispositions du § 5 du présent article.

§ 2. Le groupe d'experts visé au § 4 du présent article conçoit et met en œuvre le registre. Il définit :

- les données à enregistrer ;
- la forme de leur enregistrement et les modalités de leur transmission ;
- les modalités de l'étude systématique qui en est faite périodiquement ;
- la forme du rapport public établi périodiquement sur base de cette étude (voir § 3 du présent article).

§ 3. Chaque établissement transmet ses données en respectant scrupuleusement la forme et les modalités fixées par le groupe d'experts. L'ISP collecte les données transmises par les établissements. Il réalise périodiquement une étude scientifique, selon les modalités définies par le groupe d'experts, portant notamment sur:

- l'évolution des données démographiques et épidémiologiques ;
- l'évolution des facteurs cliniques et biologiques ;

- l'évolution des complications pour la population des patients pris en charge par les établissements conventionnés.

Sur base de cette étude, il établit périodiquement :

- un rapport public, comprenant des statistiques globales (où ni les patients, ni les établissements ne sont identifiables), ainsi qu'une analyse de ces statistiques. Ce rapport doit permettre aux établissements, aux instances de l'INAMI et à toute personne concernée par la matière, d'avoir une vue d'ensemble du secteur, notamment sur les points mentionnés ci-dessus, et de prendre les décisions appropriées.
- un profil de chaque établissement qui est envoyé uniquement à l'établissement décrit par ce profil, afin de lui permettre de comparer sa population et ses résultats à la population et aux résultats globaux, repris dans le rapport périodique public.

§ 4. La gestion de cette étude est assurée par une instance de gestion, nommée *Groupe d'experts*. Celle-ci est présidée par un membre de l'Institut scientifique de Santé publique ; elle est composée comme suit :

- 2 représentants de l'Institut scientifique de Santé publique ;
- des représentants des établissements conventionnés, selon le choix des établissements ;
- 2 membres du Collège des médecins-directeurs.

Chaque représentant de l'ISP et des établissements a une voix délibérative, les autres membres ont une voix consultative.

Les membres du groupe d'experts ne sont pas rémunérés. Ils ne sont pas directement ou indirectement attachés aux entreprises actives sur le plan du diagnostic ou du traitement du diabète, ni aux fondations créées par ces entreprises. Ils s'engagent à déclarer tout conflit d'intérêt qu'ils rencontreraient dans l'exercice de leur mission.

Le fonctionnement de ce groupe d'experts et ses relations avec l'Institut scientifique de Santé publique sont définis dans un document signé par toutes les parties. Ce document précise les responsabilités de l'ISP en tant que « responsable du traitement », comme spécifié au § 5 du présent article.

§ 5. Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans le registre se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée. Il est fait appel, dans ce but, aux services de la plateforme e-Health et à la plateforme healthdata. Les données transmises et/ou utilisées à des fins d'analyse statistique sont toujours pseudonymisées préalablement à leur transmission et analyse.

L'ISP assume le rôle de « responsable du traitement », au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Il prend toutes les mesures utiles en vue du respect de cette loi.

La collecte et le transfert des données s'effectuent via les services de Healthdata.be. La mise en place de cette collecte de données doit être conforme au plan d'actions e-Santé 2013-2018 ; plus précisément au point d'action 18.

§ 6. Tous les droits de propriété sur les données du registre fournies par l'établissement à l'ISP reviennent à l'établissement. Tous les droits de propriété sur l'ensemble des données du registre reviennent au Conseil d'accord.

Les autorités et institutions fédérales, communautaires et régionales, institutions scientifiques, associations professionnelles, autres personnes morales et physiques de droit privé peuvent, en vue de la recherche scientifique, après avis positif du Groupe d'Experts et du Comité sectoriel Santé, avoir accès aux données pseudonymisées disponibles pertinentes pour leur recherche sur la plate-forme Healthdata de l'ISP.

Si la Commission de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI le demande, le Groupe d'Experts autorisera l'utilisation des données pseudonymisées disponibles pertinentes à la partie qui a demandé à la CRM un remboursement d'une spécialité pharmaceutique, afin de balayer certaines incertitudes qui figuraient dans le dossier d'évaluation. Cette utilisation doit systématiquement être entérinée par le Comité Sectoriel Santé.

§ 7. Le développement sur le contenu, la mise à jour du contenu et l'étude scientifique du registre sont financés par l'INAMI qui verse le montant annuel à l'ISP, fixé par le Conseil général de l'INAMI en application des dispositions de la convention-cadre conclue entre l'INAMI et l'Institut scientifique de Santé Publique.

§ 8. Si le Service des soins de santé est informé, par le biais d'une lettre recommandée émanant de l'Institut scientifique de Santé publique, que l'établissement ne transmet pas les données prévues, ou ne les transmet pas de la manière convenue et/ou dans les délais prévus, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention sont suspendus d'office, jusqu'à ce que l'établissement se conforme à ses obligations, à condition que l'établissement ait eu l'occasion d'expliquer par écrit au Service des soins de santé de l'INAMI les raisons pour lesquelles il n'a pas satisfait à ses obligations.

§ 9. Si l'établissement qui a conclu la présente convention réalise les activités prévues dans le cadre de la présente convention sur un autre site de l'établissement hospitalier, conformément aux dispositions de l'article 10 § 2 de la présente convention, cet autre site est également tenu de participer à cette initiative. L'établissement transmettra alors l'ensemble des données (de tous les sites concernés) à l'ISP.

Article 18.

Si le Service des soins de santé de l'INAMI le demande, l'établissement transmettra à ce service toutes les données nécessaires pour la gestion de la convention type en matière d'autogestion du diabète et plus précisément :

- la liste avec noms et qualifications des membres de l'équipe, avec mention de la durée de leur activité spécifique, exprimée en ETP, dans le cadre de la convention d'autogestion du diabète. Ces données doivent pouvoir être objectivées en détail pour chaque membre de l'équipe au moyen des carnets de rendez-vous, de journaux de bord ... ;
- les noms et adresses des sites hospitaliers où sont offertes les activités prévues par la présente convention, avec mention des jours (matinées / après-midis) de la semaine pendant lesquels une consultation multidisciplinaire comme définie à l'article 9 est organisée sur chaque site hospitalier.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer et modifier des modèles suivant lesquels les données susvisées doivent être transmises.

Article 19.

L'établissement s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé de l'INAMI, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites utiles en ce qui concerne le contrôle de l'exécution de la présente convention.

CONSEIL D'ACCORD

Article 20.

§1^{er}. Dans le cadre de la présente convention est créé un Conseil d'accord.

Ce Conseil d'accord se compose :

- d'un représentant de chaque hôpital universitaire avec lequel la présente convention a été conclue ;
- d'autant de représentants des hôpitaux généraux avec lesquels la présente convention a été conclue que le nombre de représentants des hôpitaux universitaires ;
- de trois représentants des établissements spécialisés conventionnés pour enfants et adolescents diabétiques ;
- de deux représentants des cliniques du pied diabétique conventionnées ;
- de membres du Collège des médecins-directeurs.

Le Conseil d'accord est présidé par le président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Les représentants des hôpitaux avec lesquels la présente convention a été conclue et qui siègent au Conseil d'accord doivent être médecins responsables ou endocrino-diabétologues au sein de l'équipe de diabétologie de leur établissement.

Les représentants au Conseil d'accord des hôpitaux généraux avec lesquels la présente convention a été conclue doivent être pour la moitié néerlandophones et l'autre moitié francophones. Il appartient aux hôpitaux généraux avec lesquels la présente convention a été conclue de définir entre eux qui les représentera au Conseil d'accord compte tenu des règles précitées.

Les représentants au Conseil d'accord des établissements spécialisés conventionnés pour enfants et adolescents diabétiques (dont au moins 1 néerlandophone et 1 francophone) doivent être médecins responsables ou pédiatres au sein de l'équipe de diabétologie de leur établissement. Il appartient aux établissements spécialisés pour enfants et adolescents diabétiques de définir entre eux qui les représentera au Conseil d'accord, compte tenu des règles précitées.

Parmi les représentants au Conseil d'accord des cliniques du pied diabétique (dont 1 néerlandophone et 1 francophone), il faut un médecin appartenant à une discipline chirurgicale et un médecin appartenant à une discipline non chirurgicale. Il appartient aux cliniques du pied diabétique de définir entre elles qui les représentera au Conseil d'accord, compte tenu des règles précitées.

§ 3. En fonction de l'agenda d'une réunion, les intéressés suivants peuvent aussi être invités à participer à la réunion du Conseil d'accord :

- représentants des associations du diabète représentatives (associations de patients) ;
- représentants des firmes qui fabriquent et/ou vendent le matériel d'autogestion pour les patients diabétiques ;
- représentants des syndicats des médecins qui siègent au Comité de l'assurance ;
- représentants d'autres dispensateurs de soins qui interviennent dans les soins aux patients diabétiques (infirmiers, diététiciens, podologues, éducateurs en diabétologie, etc.) ;
- représentants des organisations d'hôpitaux qui siègent au Comité de l'assurance.

§ 4. Le Conseil d'accord a notamment une fonction d'avis en ce qui concerne :

- l'application de la présente convention et la convention d'insulinothérapie par perfusion ainsi que les questions et les problèmes qui se posent en la matière. Dans ce contexte, le Conseil d'accord peut également suggérer des propositions d'adaptations de ces conventions afin d'améliorer la qualité des soins aux bénéficiaires visés ;
- le contrôle de la qualité aussi bien au niveau du patient individuel et des établissements conventionnés qu'en ce qui concerne le système même d'intervention dans les frais d'autogestion du diabète, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux ;
- l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la convention en matière d'autogestion du diabète et de la convention en matière d'insulinothérapie par perfusion ;
- l'évolution du coût du matériel que la présente convention rembourse ;
- les besoins en personnel dans le cadre de la présente convention.

§ 5. Le Conseil d'accord est convoqué sur décision motivée du président. Le président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 21.

L'établissement tient un registre qui indique quel forfait remboursable peut être attesté par jour et par bénéficiaire. À cet effet, il convient de noter dans le registre d'une part à quel groupe de patients visé à l'article 4 appartient le bénéficiaire en question à un jour déterminé et d'autre part, de mentionner les données précises suivantes dans le registre (également pour les patients du groupe B ou C qui déterminent leur glycémie via la mesure par capteur) à chaque fois qu'un bénéficiaire a reçu du matériel pour la détermination de sa glycémie :

- le bénéficiaire qui a reçu le matériel ;
- la date de fourniture du matériel ;

- la date de début et de fin de la période pour laquelle le matériel a été fourni pour déterminer la glycémie ;
- la nature (tiges, lancettes, capteurs) et la quantité de matériel fourni.

Le registre constitue le document de base pour la facturation visée à l'article 16.

L'établissement est tenu de conserver le registre pendant une période de 7 ans.

Sur la base des données du registre, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois suivant la fin 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 a fait parvenir à cet effet. Chaque prestation effectuée ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production. Les prestations dont il apparaît d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (p.ex. parce qu'elles ne répondent pas aux conditions de la présente convention ou parce que le bénéficiaire est assuré en dehors du cadre de l'assurance obligatoire soins de santé) ne doivent pas figurer dans les chiffres de production.

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

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été communiqués 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans les liens de la convention entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

Article 22.

L'établissement hospitalier avec lequel la présente convention est conclue, tient la comptabilité des prestations visées dans l'actuelle convention, qui se compose, d'une part, des factures d'achat du matériel visé à l'article 6 (qui doivent être regroupées clairement dans la comptabilité) et des frais salariaux spécifiques de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire définie à l'article 8 (coûts salariaux limités à la charge salariale de leurs activités dans le cadre de la convention) et, d'autre part, des factures adressées aux organismes assureurs (qui doivent aussi être regroupées clairement dans la comptabilité). Le cas échéant, les diminutions de prix ou les ristournes que les firmes chez lesquels l'établissement a acheté le matériel nécessaire pour l'autogestion, ont accordées à l'établissement hospitalier et qui sont liées à l'achat de ce matériel, doivent également être reprises dans cette comptabilité. Il s'agit tant des diminutions de prix et des ristournes directes liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'autogestion, que des diminutions de prix qui ont été accordées à l'établissement hospitalier relatives à l'achat d'autre matériel, appareils auxiliaires ou produits (pharmaceutiques) chez ces firmes et liées à la quantité du matériel nécessaire pour l'autogestion acheté par l'établissement. Dans la comptabilité doivent être reprises les quantités de matériel pour l'autogestion que l'établissement hospitalier reçoit le cas échéant gratuitement des firmes.

A la demande explicite du Service des soins de santé, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, approuvé par le médecin responsable de l'établissement, doit être transmis au Service des soins de santé, suivant le modèle établi par celui-ci.

L'établissement hospitalier s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé ou des organismes assureurs à toujours garantir l'accès à sa comptabilité afin qu'ils puissent contrôler les activités de l'établissement.

L'établissement est tenu de conserver les documents comptables pendant une période de 7 ans.

DISPOSITIONS SPÉCIALES

Article 23.

La personne morale (pouvoir organisateur) avec laquelle a été conclue la présente convention et qui gère l'établissement hospitalier dont fait partie l'établissement s'engage à veiller à ce que les fonds provenant de cette convention ainsi que, le cas échéant, les diminutions de prix ou ristournes visées à l'article 22 et liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'autogestion, ne puissent être utilisés que pour son fonctionnement dans le cadre de la convention. L'affectation de ces moyens pour d'autres buts constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention.

Une baisse éventuelle du coût du matériel que la présente convention rembourse, doit en premier lieu être utilisé pour diminuer la part du matériel dans les interventions forfaitaires prévues par la convention, afin qu'il soit budgétairement possible pour l'assurance de rembourser le coût du nouveau matériel, accepté par le Comité de l'assurance conformément à l'article 6 § 6 pour réaliser les mesures de glycémie pour un nombre probablement croissant de patients du groupe A qui l'utiliseront dans les prochaines années.

Dès lors, si l'équipe réellement occupée par l'établissement devait être supérieure à ce que requiert l'article 8 de la présente convention, le Comité de l'assurance ne serait en aucun cas obligé d'en tenir compte lors d'une prochaine convention.

Une baisse éventuelle du coût du matériel que la présente convention rembourse ne peut jamais être utilisée pour :

- Augmenter les honoraires des médecins visés à l'article 8 de la présente convention ;
- Augmenter la rémunération des membres de l'équipe de diabétologie visée à l'article 8.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 24.

L'établissement s'engage à rémunérer les membres de l'équipe de diabétologie au moins selon les mêmes échelles salariales que celles du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

A l'exception des médecins, le coût de l'occupation du cadre du personnel requis en vertu de l'article 8 de la présente convention est supposé être supporté entièrement par l'établissement sur la base des ressources que l'établissement peut puiser dans la présente convention. Les fonctions prévues dans le cadre du personnel requis ne peuvent donc jamais être remplies (concernant l'horaire de travail prévu pour le cadre du personnel requis) par des membres du personnel qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un régime financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement dans la charge salariale. C'est uniquement pour les médecins que le cadre du personnel, outre les recettes qui peuvent être puisées dans la présente convention, peut encore être financé via

les recettes de la nomenclature des prestations de santé.

Si des membres de l'équipe sont dispensés de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail des autres membres de l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire tombe hors du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

TRAJETS DE SOINS

Article 25.

§1^{er}. Les bénéficiaires visés dans le présent article sont les patients souffrant d'un diabète de type II qui ont conclu un « contrat trajet de soins » (tel que visé par l'article 5 § 1 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins) ou qui ont l'intention de signer un tel contrat (en ce qui concerne la prestation visée à l'article 25, § 2, 2^o).

§2. Les bénéficiaires qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable ne font pas partie des bénéficiaires visés par l'article 4 de la présente convention (sauf s'ils répondent à temps aux conditions mentionnées à l'article 4 et que le médecin-conseil marque son accord sur un programme de soins multidisciplinaire pour ces patients pour lesquels leur droit au remboursement de l'éducation en diabétologie ou du matériel d'autogestion expire dans le cadre de la réglementation relative aux contrats trajets de soins conformément à l'article 31). Dès lors, pour ces bénéficiaires (avec un contrat trajet de soins), les prestations prévues aux articles 14 et 15 ne sont pas remboursables.

Cependant, dans les cas mentionnés ci-après et sur base des conditions y afférentes, des prestations spécifiques à ces patients ayant conclu un contrat trajet de soins ou ayant l'intention de signer un tel contrat peuvent être dispensées dans le cadre de la présente convention. Ces prestations sont les suivantes :

1^o Prestation d'éducation ambulatoire des patients avec un contrat trajet de soins diabète dispensée par l'équipe d'éducateurs d'un établissement conventionné à la demande du médecin généraliste

Cette prestation vise les bénéficiaires qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable, qui ont besoin d'une éducation spécifique relative à l'autogestion de leur diabète et pour lesquels le médecin généraliste, pour la dispense de cette éducation, souhaite faire appel à l'équipe d'éducateurs dans le cadre de la présente convention et ce, soit en raison de la situation médicale complexe dans laquelle le bénéficiaire se trouve soit parce que l'offre de soins des éducateurs de première ligne est insuffisante.

La prestation démarre à partir du jour où l'éducation à l'autogestion a effectivement débuté (*éducation par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 8 de la présente convention*) et lorsque toutes les conditions supplémentaires suivantes sont respectées :

- la prestation est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné en concertation avec le médecin spécialiste qui a signé le contrat trajet de soins. Le médecin spécialiste qui a signé le contrat trajet de soins, ne doit pas forcément être actif au sein de l'hôpital qui offre cette éducation ambulatoire. La prescription du médecin généraliste couvre une période de 12 mois d'éducation et doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription d'éducation

ambulatoire dispensée par un établissement conventionné ; à la fin de chaque période de 12 mois, le médecin généraliste peut rédiger une nouvelle prescription pour une période supplémentaire de 12 mois d'éducation ambulatoire dispensée par un établissement conventionné ;

- cette prestation ne couvre que la dispense relative à l'éducation telle que visée à l'article 5 de la présente convention ; le matériel d'autogestion étant délivré en dehors de la présente convention, dans le cadre de la réglementation en matière des trajets de soins et selon les modalités y afférentes ;
- pendant la période de 12 mois couverte par la prescription, le patient ne bénéficie pas de prestation d'éducation qui sont effectuées en dehors du cadre de la présente convention par un infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins agréé en tant qu'éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature de rééducation fonctionnelle.

En ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de cette prestation, une distinction peut être opérée entre :

- d'une part, les nouveaux patients qui démarrent avec l'autogestion et qui n'ont jamais été pris en charge antérieurement dans le cadre de la convention d'autogestion et qui n'ont jamais bénéficié de prestation d'éducation dispensée (en dehors du cadre de la convention) par un infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins qui est reconnu comme éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation. Pour ces nouveaux patients, un forfait annuel majoré peut être porté en compte (cf. les prix et honoraires mentionnés à l'article 26). Un même patient peut seulement entrer en ligne de compte une seule fois pour le forfait annuel majoré ;
- d'autre part, les autres patients : pour ces patients, le forfait annuel ordinaire peut être porté en compte (cf. prix et honoraires mentionnés à l'article 26).

Les deux forfaits annuels couvrent l'éducation dispensée par l'équipe d'éducateurs de l'établissement pendant une période de 12 mois à partir du commencement de l'éducation. Les périodes pendant lesquelles de tels forfaits annuels sont portés en compte ne peuvent jamais se chevaucher l'une l'autre. Etant donné que la prescription du médecin généraliste pour cette forme d'éducation couvre aussi une période de 12 mois, seul un forfait annuel peut être porté en compte sur base de chaque prescription du médecin généraliste.

Le forfait annuel peut être porté en compte dès le moment où 3 mois de la période prévue de 12 mois sont écoulés. Même si un patient, au cours des 12 mois, que le forfait annuel rembourse, viendrait à être pris en charge dans le groupe A, B ou C de la convention ou si un patient viendrait à décéder, le forfait annuel est dû dans le cas où 3 mois de la période prévue de 12 mois sont déjà écoulés. A partir du jour où le programme de soins multidisciplinaire a débuté pour les groupes A, B ou C, le forfait des groupes A, B ou C peut, pour ces patients, être porté en compte, à condition que toutes les conditions y afférentes dans la présente convention soient respectées.

2° Programme d'autogestion lors d'une hospitalisation des patients sans trajet de soins existant qui ont l'intention de conclure un contrat trajet de soins après leur sortie de l'hôpital

Ce programme vise les bénéficiaires qui sont hospitalisés dans l'établissement hospitalier ayant conclu la présente convention en raison de la situation aiguë dans laquelle ils se trouvent,

qui n'ont jamais suivi antérieurement (dans ou en dehors du cadre de la présente convention) un programme d'autogestion, qui, pendant leur hospitalisation, entament pour la première fois un programme d'autogestion de leur diabète, qui (à la fin de leur hospitalisation) répondent aux critères d'inclusion des trajets de soins, et qui ont l'intention de conclure, après leur hospitalisation, un contrat trajet de soins avec leur médecin généraliste et un endocrinodiabétologue (ou assimilé au sens de l'article 8 § 1 de la convention).

Si l'établissement dispense l'éducation nécessaire à ces patients pendant leur hospitalisation pour commencer l'autogestion, un forfait de matériel peut être remboursé pour ces patients. Le forfait matériel couvre tout le matériel dont il est question à l'article 6 §4 qui est nécessaire au patient afin de déterminer sa glycémie via le test de piqûre au doigt et contient entre autre un glucomètre et un porte lancette, 150 tiges pour la mesure de la glycémie et 100 lancettes. Ce forfait matériel couvre la première période de 6 mois durant laquelle le patient réalise son autogestion. Dans le rapport par le biais duquel le médecin généraliste est informé du déroulement de l'hospitalisation, l'établissement informera entre autre le médecin généraliste qu'un glucomètre a été mis à disposition du patient et l'établissement communiquera aussi la date de fin de la période de 6 mois durant laquelle des tiges de glycémie ont déjà été données au patient concerné. Si le patient, après son hospitalisation, conclut un contrat trajet de soins, les tiges de glycémie et les lancettes prescrites par le médecin généraliste (dans le cadre des trajets de soins) sont censées être utilisées pour la période de 6 mois qui suit la période couverte par le forfait matériel.

Si le forfait matériel est porté en compte pour un patient, d'autres prestations remboursables dans le cadre de la présente convention ne peuvent jamais être réalisées pour ce patient durant la période de 6 mois couverte par le forfait matériel à l'exception du forfait relatif à l'éducation ambulatoire d'un patient avec un contrat trajet de soins qui peut être porté en compte si les conditions de remboursement de cette prestation sont respectées.

Le forfait matériel peut être porté en compte à partir de la fin de la période d'hospitalisation.

Article 26.

§ 1. Les montants qui peuvent être attestés pour les prestations définies à l'article 25, § 2, 1° et 2°. et les pseudo-codes qui doivent être mentionnés pour ces prestations pour la facturation aux organismes assureurs sont reproduits dans le tableau ci-dessous :

Prestation	Montant	Pseudo-code
Forfait annuel ordinaire destiné aux patients trajet de soins qui bénéficient d'une éducation ambulatoire dans l'établissement (cf. article 25, § 2, 1°)	96,41€	786015
Forfait annuel majoré destiné aux patients trajet de soins qui commencent avec l'autogestion et qui bénéficient de l'éducation ambulatoire dans l'établissement (cf. article 25, § 2, 1°)	168,71€	786030
Forfait matériel pour les patients hospitalisés qui n'ont pas encore conclu de contrat trajet de soins mais qui ont l'intention de le conclure après leur hospitalisation (cf. article 25, § 2, 2° de la présente convention)	80,17€	786100

§ 2. Les prix et honoraires qui sont fixés au § 1 sont liés à l'indice pivot 101,02 (juin 2016) des prix à la consommation. Ils sont adaptés selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3. Les dispositions de l'article 16 § 3 s'appliquent également aux prestations définies à

l'article 25, § 2, 1° et 2°. Une quote-part du bénéficiaire n'est donc pas due non plus sur les montants fixés à l'article 26, § 1^{er} qui peuvent être facturés pour ces prestations aux organismes assureurs.

Article 27.

§ 1. Les dispositions des articles 11 et 13, § 1^{er} s'appliquent également aux prestations visées à l'article 25, § 2, 1° et 2°. Ces prestations n'entrent donc en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé en faveur de la prise en charge de ces prestations pour ce bénéficiaire.

Les demandes d'intervention doivent contenir, outre la déclaration du patient, également la prescription du médecin généraliste pour les patients visés à l'article 25, § 2, 1° de la présente convention. En annexe à la présente convention figure un formulaire de demande qui peut à tout moment être modifié par le Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Le remboursement de la prestation visée dans l'article 25, § 2, 1°, prend fin lorsque le contrat trajet de soins arrive à échéance, même si le médecin conseil a donné son accord sur la prise en charge de cette prestation jusqu'à une date ultérieure.

Article 28.

§ 1. Les obligations conventionnelles suivantes qui sont fixées à l'article 9 sont également à respecter pour les patients visés par l'article 25 de la présente convention:

- *Dossier individuel d'éducation*

Pour chaque patient pour lequel il est fait appel à l'intervention d'un (membre) de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 8, un dossier individuel d'éducation doit être tenu à jour. Ce dossier doit au minimum comprendre les contacts avec les patients en vue de l'éducation et les conclusions de la prise en charge.

- *Accessibilité – Disponibilité (comme stipulé à l'article 9)*

Article 29.

L'établissement s'engage à organiser l'éducation, dispensée aux patients avec un contrat trajet de soins qui bénéficieront au sein de l'établissement d'une éducation, afin que ces patients bénéficient d'assez d'heures d'éducation pour pouvoir entrer en ligne de compte pour le remboursement du matériel d'autogestion en dehors du cadre de la convention (cf. réglementation spécifique en ce qui concerne le remboursement du matériel d'autogestion pour les patients trajet de soins).

Article 30.

L'établissement envoie au moins après le déroulement de chaque programme d'éducation pour un patient avec un contrat trajet de soins, un rapport au sujet de l'éducation au médecin généraliste.

En ce qui concerne la prestation d'éducation ambulatoire, ce rapport doit être envoyé au médecin généraliste au plus tard à la fin de chaque période de 12 mois pour laquelle un forfait annuel peut être porté en compte. Si le patient, en vertu de la réglementation spécifique concernant le remboursement du matériel d'autogestion pour les patients trajet de soins, doit obligatoirement

suivre de l'éducation pour continuer à entrer en ligne de compte pour le remboursement du matériel d'autogestion, il est toutefois nécessaire qu'après quelques mois d'éducation, un rapport soit envoyé au médecin généraliste afin que ce dernier puisse, sur base de ce rapport, continuer à prescrire du matériel d'autogestion pour le patient.

Dans le rapport, l'établissement doit entre autre confirmer que le nombre d'heures d'éducation qui ont été dispensées au patient répond aux conditions de la réglementation relative au remboursement du matériel d'autogestion (cf. la réglementation spécifique concernant le remboursement du matériel d'autogestion pour les patients trajets de soins, en dehors du cadre de la présente convention).

Article 31.

Si un bénéficiaire, avant une prise en charge dans le cadre de la présente convention (pour réaliser un programme de soins multidisciplinaire du groupe B ou C), a conclu un contrat trajet de soins, le droit au remboursement de l'éducation en diabétologie ou du matériel d'autogestion dans le cadre de la réglementation concernant les contrats trajets de soins, pour ces patients, tombe à partir de la date de début de la période accordée conformément à l'article 13 § 1^{er} et ce, conformément à la réglementation spécifique relative au remboursement du matériel d'autogestion pour les patients en trajet de soins en dehors du cadre de la présente convention.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 32.

§ 1^{er}. Des accords individuels en cours pour la prise en charge 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 convention précédente en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré conclue avec l'établissement (*convention remplacée à partir du 1^{er} juillet 2016 par la présente convention*), restent valables dans le cadre de la présente convention, jusqu'à la date de fin normale de ces accords.

§ 2. Les demandes de prise en charge qui ont été reçues par le médecin conseil au plus tard le 31 juillet 2016 peuvent encore être introduites au moyen des formulaires qui étaient d'application dans le cadre de la convention précédente et ce, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou d'une prolongation de la période de prise en charge en cours. Ces demandes sont traitées sur base des dispositions de la précédente convention. Les accords qui sont donnés pour ces demandes correspondent à des accords individuels en cours comme décrits au § 1^{er}.

Les demandes de prise en charge pour une période qui débute au plus tôt le 1^{er} juillet 2016 peuvent être introduites au moyen du formulaire annexé à la présente convention et sont alors traitées selon les dispositions de la présente convention et ce, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou d'une prolongation de la période de prise en charge en cours.

Les demandes de prise en charge qui ont été reçues par le médecin conseil à partir du 1^{er} août 2016, doivent être introduites dans tous les cas au moyen du formulaire annexé à la présente convention et être traitées selon les dispositions de la présente convention et ce, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou d'une prolongation de la période de prise en charge en cours.

§ 3. Jusqu'à la date de fin des accords individuels en cours, le bénéficiaire n'entre, pour déterminer sa glycémie, seulement en ligne de compte que pour la délivrance du matériel qui était remboursable dans le cadre de la précédente convention ; à savoir, le matériel dont

question à l'article 6 § 4 qui permet de réaliser la mesure de la glycémie au moyen d'une piqûre au doigt. Aux bénéficiaires des groupes 3 A ou 3 B de la convention précédente, la quantité de matériel qui doit être délivrée à partir du 1^{er} juillet 2016 correspond à la quantité fixée à l'article 7 § 2 pour les patients du groupe C.

§ 4. Pour chaque bénéficiaire ayant un accord individuel en cours qui a trait à une période qui débute avant le 1^{er} juillet 2016 et qui se termine après cette date, pour les mois de prestation (prestation remboursable dans le cadre de la précédente convention) qui prennent fin avant le 1^{er} novembre 2016, le forfait mensuel (indexé selon la réglementation de la précédente convention) qui doit être porté en compte est celui qui était remboursable sur base de la précédente convention et ce, au moyen du pseudocode (repris dans le tableau ci-dessous) qui doit être utilisé à cet effet dans le cadre de la précédente convention pour la facturation.

Pour la période qui suit la date de fin de la dernière prestation mensuelle remboursable (comme décrit dans l'alinéa précédent), des forfaits journaliers doivent être portés en compte et ce, jusqu'à la date de fin de l'accord individuel en cours. Les montants de ces forfaits journaliers sont repris dans le tableau ci-dessous. Les forfaits journaliers diffèrent selon le groupe auquel appartenait le bénéficiaire dans le cadre de la précédente convention selon les accords individuels en cours. Les pseudocodes qui doivent être mentionnés pour la facturation des forfaits journaliers sont également repris dans ce tableau :

Groupe de la convention précédente dont fait partie le bénéficiaire suivant l'accord individuel en cours	Forfait journalier remboursable à partir de la date qui suit la date de fin du dernier forfait mensuel jusqu'à la date de fin de l'accord individuel en cours	Partie indexable du forfait journalier	Pseudocode du forfait journalier	Ancien pseudo-code du forfait mensuel précédent (à titre informatif)
Groupe 1A	3,58 €	1,95 €	788874	770033
Groupe 1B	3,38 €	1,95 €	788896	770055
Groupe 2	2,28 €	1,21 €	788911	773253
Groupe 3A	0,80 €	0,49 €	788933	771573
Groupe 3B	0,80 €	0,49 €	788955	771595

La partie indexable des forfaits journaliers est liée à l'indice pivot dont question à l'article 15 § 3 et est adaptée conformément aux dispositions de la loi mentionnée dans ce §.

§ 5. Pour les bénéficiaires ayant un accord individuel en cours pour un programme de connexion de trois mois accordé sur la base de la précédente convention, dont la date de fin est postérieure au 1^{er} juillet 2016, le forfait de connexion (indexé selon la réglementation de la précédente convention) qui pouvait être facturé à cet effet dans le cadre de la convention précédente, couvre l'exécution de ce programme.

§ 6. Pour les bénéficiaires concernés, le forfait journalier ne peut pas être porté en compte pour les journées à partir du 1^{er} juillet 2016 jusqu'à la date de fin du dernier mois de prestation incluse dont question au § 4 ou pour les journées à partir du 1^{er} juillet 2016 jusqu'à la date de fin du programme de connexion incluse dont question au § 5.

§ 7. Pour les bénéficiaires ayant un accord individuel en cours, âgés de moins de 16 ans et suivis uniquement par l'établissement qui a conclu la présente convention – et donc pas également conjointement avec un service hospitalier spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques, l'accord individuel en cours peut être reconduit d'un an une seule fois.

Cette prolongation – qui est accordée au vu des dispositions de l'article 4 § 3 de sorte que les patients concernés disposent de suffisamment de temps pour se tourner vers un Service spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques - doit être demandée au médecin-conseil à l'aide du formulaire spécifique joint à cet effet à la présente convention. Pendant la prolongation de l'accord individuel en cours, les enfants et les adolescents concernés font partie des groupes dont il était question dans la précédente convention et entrent, pour déterminer leur glycémie, seulement en ligne de compte pour ce faire pour le matériel via la méthode de piqûre au doigt.

Article 33.

Pour passer au programme de soins multidisciplinaire du groupe A, B ou C avant la date de fin de l'accord individuel en cours, le bénéficiaire est tenu d'introduire une demande auprès du médecin-conseil de son organisme assureur via la procédure visée à l'article 11 et 12.

Article 34.

Pour un bénéficiaire qui était pris en charge dans le cadre de la convention précédente et pour lequel une première fois une nouvelle demande de prise en charge est introduite pour un programme d'un des groupes (A, B ou C) dont question à l'article 4 § 2 de la présente convention, le médecin-conseil peut accorder une période de prise en charge de 6 mois dans le cas où le bénéficiaire ne dispose pas encore d'un DMG. Cette période de 6 mois doit permettre de régler la question du DMG. Après cette période de 6 mois, le bénéficiaire en question n'entre pas en ligne de compte pour une prolongation s'il ne dispose pas d'un DMG.

Article 35.

A partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, à savoir le 1^{er} juillet 2016, l'établissement dispose, à titre de mesures transitoires, de 6 mois de temps à savoir jusqu'au 31 décembre 2016 inclus pour satisfaire aux dispositions mentionnées dans la présente convention concernant le nombre exigé d'éducateurs en diabétologie et autres collaborateurs de l'équipe de diabétologie. Pendant cette période, le nombre d'ETP de chaque discipline ne peut cependant jamais être inférieur au nombre d'ETP de ces disciplines dont doit disposer l'établissement sur base de la précédente convention.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DE LA PRÉSENTE CONVENTION

Article 36.

§ 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 1^{er} juillet 2016.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 30 juin 2018 inclus. Toutefois, elle peut toujours être dénoncée avant cette date par une des deux parties, quel que soit le motif (donc également pour des motifs qui ne sont pas mentionnés explicitement dans le texte de la convention), par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit des annexes suivantes :

- Annexe 1 : formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge de patients qui disposent d'un DMG ou pour lesquels le médecin généraliste ne peut

pas porter en compte la prestation DMG

- Annexe 2 : formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge de courte durée (pendant 6 mois) de patients qui n'ont pas encore de DMG
- Annexe 3 : formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prolongation de la prise en charge de patients âgés de moins de 16 ans (mesure transitoire)
- Annexe 4 : formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge des prestations spécifiques pour les patients trajet de soins
- Annexe 5 : formulaire pour notifier la fin du programme de soins multidisciplinaire d'un patient trajet de soins
- Annexe 6 : application de la norme de personnel à divers effectifs de bénéficiaires.

Pour ##### dont dépend le service de diabétologie du ##### ,

(date et signature)

Le mandataire du pouvoir organisateur,

Le Médecin en chef,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I.,

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER,
Directeur général.

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant : Céline Franken, attaché

Tel : 02/739.

E-mail : Celine.Franken@inami.fgov.be

Nos réf : 1830/CF/2016/

Bruxelles, le

Concerne : nouvelle convention en matière d'autogestion du diabète sucré à partir du 1.7.2016

Madame, Monsieur,

En sa séance du 20 juin 2016, le Comité de l'assurance a approuvé une nouvelle convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré. Cette nouvelle convention entre en vigueur le 1^{er} juillet 2016. Votre convention existante expire le 30 juin 2016.

En annexe, vous trouverez deux exemplaires de la nouvelle convention. Nous vous prions de bien vouloir faire signer ces deux exemplaires correctement par les responsables de l'hôpital compétents pour lier juridiquement l'hôpital, et ensuite nous les renvoyer.

Dans la présente, nous vous détaillons les modifications principales qui sont apportées à la convention existante. Les autres dispositions de la convention qui ne sont pas abordées concrètement dans la présente lettre d'accompagnement doivent naturellement être respectées également.

Des dispositions transitoires (voir ci-dessous) permettant une instauration progressive des modifications ont été prévues.

1. Les groupes cibles ont été modifiés (cf. article 4, § 2). Les nouveaux groupes sont A, B et C. Les groupes B et C ont été subdivisés en sous-groupes.

Certains patients diabétiques de type 2 ne répondront pas aux nouveaux groupes cibles. Les patients pour lesquels un accord individuel est encore en cours à la date du 1^{er} juillet 2016 continuent à entrer en ligne de compte pour le remboursement jusqu'à la date de fin de l'accord en cours. Les patients devront glisser vers le système des trajets de soins diabète au plus tard à cette date de fin.

2. À compter du 1^{er} juillet 2016, les établissements ne pourront plus suivre de nouveaux patients âgés de moins de 16 ans (cf. article 4, § 3). Les patients âgés de moins de 16 ans pour lesquels un accord individuel est encore en cours au 1^{er} juillet 2016 entrent toujours en ligne de compte pour le remboursement, jusqu'à la date de fin de l'accord en cours. En outre, cet accord peut encore être reconduit une seule fois d'un an afin de donner au jeune le temps nécessaire pour s'adresser à un service spécialisé voué aux enfants diabétiques. Cette reconduction unique doit être demandée à l'aide du formulaire joint en annexe 3 à la convention.

3. Si, pour les patients qui présentent des limitations physiques ou psychiques, il n'est pas faisable ni nécessaire de réaliser certains examens préventifs au cours d'une année déterminée qui sont mentionnés à l'article 5, § 5 et qui doivent en principe être réalisés annuellement, il convient de le mentionner et de le motiver dans le dossier d'éducation individuel du patient. Ces patients doivent en revanche bien répondre à toutes les autres conditions de la convention.

4. Le Dossier médical global (DMG) est rendu obligatoire pour tous les patients (cf. article 4, § 5). Les patients inscrits dans une maison médicale et pour lesquels le DMG ne peut être attesté séparément y sont assimilés. Pour les patients dont le médecin généraliste (sur la base de son code de compétence) ne peut attester aucune prestation de DMG, une attestation que le médecin généraliste tient à jour le dossier médical du patient suffit.

Dans tous les autres cas, un accord provisoire pour six mois peut être demandé (avec le formulaire joint en annexe 2 à la convention), si le patient ne dispose pas d'un DMG :

- Les nouveaux patients qui, pendant une hospitalisation, démarrent une autogestion mais n'ont pas encore de DMG (situation d'exception °3 de l'article 4, § 5)
- Les patients ayant un accord en cours, qui terminent leur inscription dans une maison médicale, qui n'ont pas encore de DMG et pour lesquels une prolongation de l'accord est demandée (situation d'exception °4 de l'article 4, § 5)
- Les patients sans DMG, avec un accord en cours donné sur la base de la convention précédente sans qu'ils n'aient besoin pour ce faire d'un DMG et pour lesquels une poursuite est demandée dans le cadre de la nouvelle convention (cf. article 34)

Un accord provisoire pour six mois peut aussi être donné (situation d'exception °2 de l'article 4, § 5 - cf. également article 13, § 2) à des nouveaux patients qui indiquent dans le dossier de demande qu'ils disposent d'un DMG mais pour lesquels l'organisme assureur n'a enregistré aucune prestation de DMG.

La période provisoire de 6 mois sert à mettre le DMG en ordre. Cette période ne peut pas être prolongée si le patient ne dispose toujours pas de DMG au moment où elle expire.

5. Chaque patient doit avoir eu au moins deux contacts par an au sein de l'établissement avec un éducateur en diabétologie de l'équipe de diabétologie : un infirmier d'éducation ou un diététicien. En fonction de ce qui est indiqué pour le patient, il peut s'agir d'un contact avec le l'infirmier d'éducation et d'un contact avec le diététicien, mais également deux contacts avec un infirmier d'éducation ou deux contacts avec un diététicien (cf. article 5, § 4).

6. Dans le cadre de la nouvelle convention, la prestation remboursable est un forfait par jour au lieu d'un forfait par mois.

Pour les patients qui ont un accord en cours, il faut encore attester durant les premiers mois le forfait mensuel issu de la convention précédente (cf. ci-dessous au niveau des dispositions transitoires).

Un tableau récapitulatif des prix et des pseudo-codes de toutes les prestations remboursables figure en annexe à la présente lettre. Pour les patients concernés par les dispositions transitoires (cf. ci-dessous), il convient de toujours utiliser d'autres pseudo-codes que pour des patients pour lesquels le médecin-conseil a marqué son accord sur le programme des groupes A, B et C.

7. La modification principale apportée à la nouvelle convention réside dans le fait que l'établissement peut fournir aux patients le matériel afin de déterminer la teneur en glucose via la méthode de « mesure par capteur ». Voir à ce propos les articles 6, 7 et 15.

Les principes suivants valent en la matière :

- L'établissement fournit au patient le matériel de mesure afin de lui permettre de déterminer sa teneur en glucose durant une période donnée.
- En concertation avec l'équipe de diabétologie, le patient choisit de déterminer durant cette période sa teneur en glucose via le test de piqûre au doigt ou via la mesure par capteur. Le patient peut aussi choisir d'utiliser le test de piqûre au doigt durant une partie de la période et la mesure par capteur pour l'autre partie de la période. Dans ce dernier cas, l'établissement fournit au patient le matériel pour le test de piqûre au doigt et le matériel pour la méthode de mesure par capteur au pro rata de la partie de période durant laquelle il souhaite utiliser chaque méthode. Si par exemple l'établissement a fourni au patient le matériel nécessaire pour déterminer sa teneur en glucose à 100 jours via la méthode de mesure par capteur, il peut attester pour 100 jours de cette période le forfait journalier fixé à l'article 15, § 1^{er} pour la méthode de mesure par capteur (correspondant au groupe dont le patient fait partie). Cela vaut également lorsque le patient utilise effectivement la mesure par capteur moins de 100 jours durant cette période.
- À la fin de chaque période pour laquelle le matériel a été fourni, le patient - en concertation avec l'équipe de diabétologie - peut choisir un autre type de matériel de mesure qui sera livré pour la période qui suit (matériel destiné au test de piqûre au doigt et/ou matériel destiné à la méthode de mesure par capteur).
- Pour les patients qui utilisent le test de piqûre au doigt, seules les modifications relatives au nombre de matériel (tigettes, lancettes) devant être livré à cette fin changent (cf. article 7, § 2).
- Des capteurs et un appareil de lecture sont fournis aux patients qui utilisent la méthode de mesure par capteur. Le Comité de l'assurance peut arrêter une liste du matériel qui peut être délivré afin de permettre au patient de déterminer la teneur en glucose via la méthode de mesure par capteur (cf. article 6, § 6). Cela n'a pas encore été fait jusqu'à présent. Si une liste est arrêtée, elle sera publiée sur notre site internet. Le matériel destiné à la méthode de mesure par capteur qui peut être fourni doit en tout cas être porteur d'un marquage CE, même si aucune liste n'a encore été fixée (cf. article 6, § 5).
- Un capteur peut être utilisé pendant un certain nombre de jours. Il doit ensuite être en principe remplacé. La liste susvisée permet de déterminer combien de capteurs doivent être fournis au patient, en fonction de la durée de la période pour laquelle le matériel est fourni afin de déterminer la teneur en glucose via la méthode de mesure par capteur. Un nombre maximum de capteurs peut être délivré aux patients pour une mesure par capteur sur une période de huit mois. L'équipe de diabétologie évalue elle-même pour quelle période elle livre effectivement le matériel : la période peut donc être largement inférieure au maximum de huit mois.
- Étant entendu que les patients qui utilisent la méthode de mesure par capteur doivent quand même déterminer dans certains cas leur glycémie via le test de piqûre au doigt, le matériel nécessaire à cet effet leur est également fourni (cf. article 7, § 3).
- Si du matériel est délivré à un patient pour une nouvelle période, le matériel non utilisé fourni pour une période précédente doit être porté en déduction du matériel fourni pour la période suivante. Exemple. Pour une nouvelle période, un établissement doit délivrer 500 tigettes à un patient donné. Sur le matériel fourni par l'établissement au patient pour une période précédente, le patient n'a pas encore utilisé 50 tigettes. Ces tigettes sont déduites des tigettes délivrées pour la nouvelle période, à savoir 450 tigettes (= 500 - 50). Le même principe vaut aussi pour l'autre matériel (lancettes et capteurs). Un patient

ne peut avoir en sa possession plus de capteurs que le nombre nécessaire pour huit mois, compte tenu des capteurs non utilisés des périodes précédentes et des capteurs délivrés pour une nouvelle période.

- Si un patient souhaite obtenir davantage de tiges, de lancettes ou de capteurs que le nombre devant lui être délivré conformément à la convention, l'établissement peut attester au patient ce matériel supplémentaire. Cela peut arriver lorsqu'un patient veut réaliser plus de mesures ou si des capteurs sont prématurément perdus. Un prix maximum qui peut être attesté au patient pour les capteurs peut être fixé dans la liste susmentionnée.
- Pour les seuls patients du groupe A, le coût du matériel destiné à la méthode de mesure par capteur est entièrement couvert par le forfait que l'établissement peut facturer aux organismes assureurs. L'établissement peut également délivrer le matériel de mesure par capteur (accompagné de l'éducation requise) aux patients du groupe B ou C qui souhaitent en faire usage. Par jour, l'établissement peut attester à cette fin un supplément à ces patients (montants des suppléments à l'article 15, § 4).
- Aucune nouvelle demande d'intervention ne doit être introduite lorsqu'un patient change de méthode de mesure (test de piqûre au doigt ou mesure par capteur) (cf. article 13, § 1^{er}, dernier alinéa).

8. En comparaison de la convention existante, le nombre d'ETP dont l'équipe de diabétologie de l'établissement doit être constituée est en hausse, chaque établissement doit disposer d'un psychologue clinicien et l'équipe peut également être complétée par d'autres disciplines que ce n'est le cas actuellement (cf. article 8, § 3). À titre de mesure transitoire (cf. article 35), l'établissement a jusqu'au 31 décembre 2016 pour répondre aux nouvelles normes.

Afin d'atteindre le cadre du personnel requis, il est tenu compte du temps de travail que l'équipe de diabétologie a consacré aux différentes activités énumérées à l'article 8, § 7, qui dépassent le cadre de la réalisation du programme de soins multidisciplinaire pour les bénéficiaires de la convention. Dès lors, certaines activités ne doivent plus être attestées séparément. Cela vaut notamment pour certaines prestations destinées aux patients inclus dans un trajet de soins, qui sont supprimées (cf. ci-dessous).

9. L'établissement doit disposer d'une adresse e-mail spécifique et la diffuser, à laquelle les patients de la convention peuvent atteindre l'équipe de diabétologie et (en accord avec l'équipe de diabétologie) envoient leurs résultats de mesure (cf. article 9 ; accessibilité - disponibilité).

10. La nouvelle convention a fixé un délai de conservation pour les demandes d'intervention et la correspondance à ce propos avec les OA (article 13, § 6), le registre qui concerne les prestations réalisées (article 21) et les documents comptables (article 22). Le délai de conservation est systématiquement de 7 ans.

11. Vu les changements apportés aux prestations, nous vous transmettrons un nouveau programme Access pour introduire et envoyer les chiffres de production (visé à l'article 21). Ce programme doit être utilisé pour les prestations réalisées à partir du 1^{er} juillet 2016.

12. Plusieurs prestations pour des patients inclus dans un trajet de soins ne pourront plus être attestées à partir du 1^{er} juillet 2016 :

- éducation d'un patient trajet de soins hospitalisé (786085) ;

- forfait éducation dans le cadre du programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après son hospitalisation (786122) ;
- forfait annuel relatif au coaching général (786052).

Pour remplir ces missions, l'équipe de diabétologie est financée via les forfaits qui peuvent être attestés pour les bénéficiaires de la convention (cf. également point 8 de la présente lettre).

13 - Parfois, un patient ayant un contrat trajet de soins est suivi à titre temporaire dans le cadre de la convention. Votre établissement doit informer le médecin-conseil s'il est mis en terme au suivi de ce type de patient dans le cadre de la convention. Pour ce faire, il convient d'utiliser le formulaire de notification en annexe 5 à la convention.

14. Plusieurs dispositions transitoires ont été prévues aux articles 32 à 35 inclus, pour permettre d'instaurer progressivement les modifications dans le cadre de la nouvelle convention. Les principes suivants valent en la matière :

- Les accords en cours (des médecins-conseils) pour une période qui prend fin le 1^{er} juillet 2016 ou ultérieurement, restent valables jusqu'à la date de fin normale de ces accords ;
- L'article 32, § 2 porte sur les formulaires qui peuvent être utilisés pendant la période transitoire. Les principes applicables en la matière peuvent être résumés comme suit :

Date de début période demandée (nouvelle demande ou prolongation)	Date de réception de la demande par le médecin-conseil (dans les 30 jours qui suivent la date de début)	Formulaire qui peut être utilisé (formulaire de la convention précédente ou de la nouvelle convention)	Convention applicable (précédente ou nouvelle)
Avant le 1.7.2016	-	Précédente	Précédente (accord en cours)
À partir du 1.7.2016	Avant le 1.8.2016	Précédente	Précédente (accord en cours)
	À partir du 1.8.2016	Nouvelle	Nouvelle

Pour une date de début à partir du 1^{er} juillet 2016, le nouveau formulaire de demande peut toujours être utilisé. Si la demande parvient au médecin-conseil avant le 1^{er} août 2016, le formulaire de la convention précédente peut encore être utilisé également.

- Jusqu'à la date de fin des accords en cours, la convention précédente reste applicable à ces accords. Cela signifie entre autres que les patients auxquels s'appliquent ces accords jusqu'à la date de fin de l'accord en cours font partie des groupes de la convention précédente (1A, 1B, 2, 3A ou 3B) et que pour ces patients, seul le matériel de mesure classique est remboursable pour le test de piqûre au doigt et ce jusqu'à la date de fin de l'accord en cours.
- Pour les patients ayant un accord en cours, la prestation remboursable est en premier lieu encore le mois de prestation de la convention précédente. Le mois de prestation est attesté pour les mois de l'accord en cours qui prennent fin avant la date du 1^{er} novembre 2016. Les montants qui peuvent être attestés pour ces mois et les pseudo-codes mentionnés à cette fin pour la facturation, sont ceux de la convention précédente (ces montants ont été indexés le 1^{er} juin 2016). À partir du jour qui suit le dernier mois de

prestation, les forfaits journaliers temporaires mentionnés dans le tableau à l'article 32, § 4 sont attestés.

Exemple. Dans le cadre de la convention précédente, une période allant du 10.5.2016 au 9.5.2017 inclus dans le groupe 2 est autorisée. Pour les mois de prestation du programme du groupe 2 du 10.6.2016 au 9.7.2016 inclus, du 10.7.2016 au 9.8.2016 inclus, du 10.8.2016 au 9.9.2016 inclus et du 10.9.2016 au 9.10.2016 (le dernier mois qui prend fin avant le 1.11.2016), le mois de prestation du groupe 2 est attesté du montant et du pseudo-code de la convention précédente. Par jour de prestation à partir du 10.10.2016 au 9.5.2017 inclus, le forfait journalier temporaire est attesté pour le groupe 2 du montant et du pseudo-code mentionnés dans le tableau à l'article 32, § 4.

- Les patients ayant un accord en cours peuvent, avant la date de fin normale de cet accord en cours, passer au programme de soins multidisciplinaire du groupe A, B ou C. Il convient pour ce faire d'introduire une nouvelle demande auprès du médecin-conseil. Les patients qui ont passé au programme de soins multidisciplinaire du groupe A, B ou C entrent en ligne de compte pour une mesure par capteur.

Les nouveaux formulaires pour demander l'intervention sont disponibles dans MS Word sur notre site internet www.inami.be / Professionnels / Établissements et services de soins / Centres spécialisés et centres de rééducation / Diabète.

Il est dans votre intérêt de nous renvoyer le plus rapidement possible les deux exemplaires signés joints de la convention. En effet, nous communiquerons aux organismes assureurs quels hôpitaux ont déjà signé la nouvelle convention. Seules les demandes d'intervention et les facturations de ces hôpitaux seront traitées par les organismes assureurs.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Geert VERSCUREN
Conseiller

Daniel Crabbe
Conseiller général

Aperçu des prestations remboursables, prix et pseudocodes dans le cadre de la nouvelle convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré (786) à partir du 1^{er} juillet 2016

Prestation	Prix (à l'indice pivot 101,02 de juin 2016; base 2013)	Pseudo-code
Journée de prestation du programme de soins multidisciplinaire du groupe A – méthode de piqûre au doigt	3,58 €	788756
Journée de prestation du programme de soins multidisciplinaire du groupe A – méthode de mesure par capteur	6,11 €	788771
Journée de prestation du programme de soins multidisciplinaire du groupe B – méthode de piqûre au doigt	3,38 €	788793
Journée de prestation du programme de soins multidisciplinaire du groupe B – méthode de mesure par capteur	3,38 €	788815
Journée de prestation du programme de soins multidisciplinaire du groupe C – méthode de piqûre au doigt	0,80 €	788830
Journée de prestation du programme de soins multidisciplinaire du groupe C – méthode de mesure par capteur	0,80 €	788852
Indemnité pour le renvoi d'un patient vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	40,86 €	770070
Forfait annuel ordinaire destiné aux patients trajet de soins qui bénéficient d'une éducation ambulatoire dans l'établissement	96,41 €	786015
Forfait annuel majoré destiné aux patients trajet de soins qui commencent avec l'autogestion et qui bénéficient de l'éducation ambulatoire dans l'établissement	168,71 €	786030
Forfait matériel pour les patients hospitalisés qui n'ont pas encore conclu de contrat trajet de soins mais qui ont l'intention de le conclure après leur hospitalisation	80,17 €	786100

Prestations remboursables temporairement dans le cadre de la nouvelle convention à partir du 1^{er} juillet 2016

Prestation	Prix (à l'indice pivot 101,02 de juin 2016; base 2013)	Pseudo-code
Journée de prestation du programme du groupe 1A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	3,58 €	788874
Journée de prestation du programme du groupe 1B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	3,38 €	788896
Journée de prestation du programme du groupe 2 de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	2,28 €	788911
Journée de prestation du programme du groupe 3A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0,80 €	788933
Journée de prestation du programme du groupe 3B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0,80 €	788955
Mois de prestation du programme du groupe 1A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	119,09 €	770033
Mois de prestation du programme du groupe 1B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	119,09 €	770055
Mois de prestation du programme du groupe 2 de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	69,21 €	773253
Mois de prestation du programme du groupe 3A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	27,44 €	771573
Mois de prestation du programme du groupe 3B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	27,44 €	771595

Annexe 1

DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D'AUTOGESTION DIABETIQUE¹

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE A, B OU C DE LA CONVENTION ET QUI DISPOSE D'UN DMG OU POUR LEQUEL LE MEDECIN GENERALISTE NE PEUT PAS PORTER EN COMPTE LA PRESTATION DMG

Le/LaSoussigné(e)

apposer vignette SVP

.....(nom et prénom)

Cocher ce qui convient :

demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui lui a été prescrit et qu'il/elle s'engage à suivre

a 16 ans ou plus

répond à une des conditions suivantes :

dispose d'un DMG

est inscrit dans une maison médicale pour laquelle la prestation DMG ne peut pas être portée en compte séparément

a un médecin généraliste avec un code de compétence qui termine par 001 ou 002 pour lequel la prestation DMG ne peut pas être prise en charge

Date de la demande :/...../.....

Signature du bénéficiaire :

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86.

Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit du/...../.....

au...../...../..... inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2016.

Annexe 1

Le bénéficiaire susmentionné appartient au **groupe cible** de la convention conclue pour le présent service de diabétologie ² :

Groupe A

- 1. Les patients qui souffrent de diabète de type 1 et les patients avec une perte totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (traitement au moyen d'une pompe à insuline ou de schémas de traitement complexes).
- 2. Les patients souffrant de diabète de type 1 qui n'ont temporairement pas ou moins besoin d'insulinothérapie complexe (phase "honey-moon").

Groupe B

- 1. Les diabétiques qui souffrent de diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d'antidiabétiques injectables (3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère ainsi que les diabétiques avec 2 injections de tels produits par nycthémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères).
- 2. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l'insuline.
- 3. Les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils sont traités avec de l'insuline

Groupe C

- 1. Les diabétiques traités avec 2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d'autres antidiabétiques injectables par nycthémère ainsi que les diabétiques traités avec 1 injection de tels produits par nycthémère, dans le cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères. Ces diabétiques présentent en sus une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique, une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu du myocarde (IAM), un AVC. Ces bénéficiaires n'entrent en ligne de compte que pour une prise en charge temporaire par l'établissement, généralement pas plus de 6 mois, et qu'après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le médecin de l'établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la présente convention. L'établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le dossier d'éducation individuel du bénéficiaire.
- 2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes:
 - les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils ne sont pas traités avec de l'insuline;
 - les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose) ;
 - les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline;
 - les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui souhaitent être enceintes.

² Cochez ce qui convient.

Annexe 1

Il s'agit d'une ²

première prescription d'autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

prolongation d'autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

prolongation avec changement de groupe cible

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autogestion diabétique automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HbA1c effectuée

Date :/...../..... Valeur mesurée : (valeurs normales de référence -)

Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l'endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée**:.....
.....
.....

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- Médecins-spécialistes:.....
- Médecins généralistes :.....

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande :/...../.....

Décision du médecin-conseil ²:

Favorable pour le suivi d'un programme de soins multidisciplinaire

Défavorable parce que :.....
.....
.....

Autre :
.....
.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....
.....

DEMANDE AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR D'INTERVENTION DANS LES COUTS DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D'AUTOGESTION DIABETIQUE ¹

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE A, B OU C DE LA CONVENTION, QUI N'A PAS ENCORE DE DMG

Le/la Soussigné/e

apposer vignette SVP

.....(nom et prénom)

Cocher ce qui convient :

demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui lui a été prescrit et qu'il/elle s'engage à suivre

a 16 ans ou plus

s'engage à demander immédiatement un dossier médical global chez son médecin généraliste. Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau).

Le traitement de mon diabète se fera sous la coordination de mon médecin généraliste, le Dr

.....

(nom et adresse) et l'équipe de diabète du présent centre.

Date de la demande:...../...../.....

Signature du bénéficiaire :

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86. Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit pour 3 mois du/...../.....au/...../.....inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2016.

Annexe 2

Le bénéficiaire susmentionné ²

a commencé avec l'autogestion à l'occasion de son hospitalisation du/...../.....au/...../.....³ Dès sa sortie de l'hôpital, le patient continue à entrer en ligne de compte.

bénéficie déjà d'une intervention dans le cadre de la convention d'autogestion diabète mais termine son inscription dans une maison médicale et ne dispose provisoirement pas encore d'un DMG.

bénéficie déjà d'une intervention dans le cadre de la convention d'autogestion diabète qui a été accordée dans le cadre de la précédente convention (qui était d'application jusqu'au 30 juin 2016 inclus). Sur base de la précédente convention, le bénéficiaire ne doit pas disposer d'un DMG ; ce qui est provisoirement encore le cas.

Le bénéficiaire susmentionné appartient au **groupe cible** de la convention conclue pour le présent service de diabétologie ²:

Groupe A

1. Les patients qui souffrent de diabète de type 1 et les patients avec une perte totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (traitement au moyen d'une pompe à insuline ou de schémas de traitement complexes).

2. Les patients souffrant de diabète de type 1 qui n'ont temporairement pas ou moins besoin d'insulinothérapie complexe (phase "honey-moon").

Groupe B

1. Les diabétiques qui souffrent de diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d'antidiabétiques injectables (3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nyctémère ainsi que les diabétiques avec 2 injections de tels produits par nyctémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nyctémères).

2. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l'insuline.

3. Les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils sont traités avec de l'insuline.

Groupe C

1. Les diabétiques traités avec 2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d'autres antidiabétiques injectables par nyctémère ainsi que les diabétiques traités avec 1 injection de tels produits par nyctémère, dans le cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nyctémères. Ces diabétiques présentent en sus une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique, une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu du myocarde (IAM), un AVC. Ces bénéficiaires n'entrent en ligne de compte que pour une prise en charge temporaire par l'établissement, généralement pas plus de 6 mois, et qu'après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le médecin de l'établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la présente convention. L'établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le dossier d'éducation individuel du bénéficiaire.

2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes:

- les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils ne sont pas traités avec de l'insuline;
- les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose) ;
- les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline;
- les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui souhaitent être enceintes.

² Cochez ce qui convient.

³ Si le bénéficiaire est encore hospitalisé à la date à laquelle la présente demande est introduite, la date de début de l'hospitalisation doit seulement être mentionnée.

Annexe 2

Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l'endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée**:

.....
.....

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- Médecins-spécialistes :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande/...../.....

Décision du médecin-conseil ²:

Favorable pour le suivi d'un programme de soins multidisciplinaire

Défavorable pour le suivi d'un programme de soins multidisciplinaire parce que :

.....
.....
.....

Autre :

.....
.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....
.....

DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME D'AUTOGESTION DIABETIQUE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS EN VUE D'UNE PROLONGATION UNIQUE D'UN AN DE L'INTERVENTION¹

A REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR D'UN PATIENT DE MOINS DE 16 ANS QUI N'EST PAS SUIVI EGALEMENT CONJOINTEMENT PAR UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS DIABETIQUES

Le/la sousigné/e

apposer vignette du bénéficiaire SVP

..... (nom et prénom)

demande une prolongation unique d'une durée d'un an de l'intervention dans les coûts du programme prescrit à son enfant et s'engage à laisser suivre ce programme à son enfant.

Le service de diabétologie sousmentionné qui dispense le programme peut en principe à partir du 1er juillet 2016 seulement encore traiter des patients âgés de 16 ans ou plus. La prolongation unique qui est demandée ici doit permettre au patient et son parent ou tuteur de disposer du temps nécessaire pour s'adresser à un service spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques dans lequel le patient pourra poursuivre le programme d'autogestion.

Date de la demande :/...../.....

Signature du parent ou du tuteur :

(+ nom et prénom)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE

Identification du service de diabétologie conventionné:

Numéro: 7.86.

Nom et adresse:

.....
Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....
Pour le bénéficiaire susmentionné, une prolongation de suivi dans le cadre de la convention par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire est prescrite pour une durée de 1 an du/...../..... au/...../..... inclus.

Il s'agit d'une prolongation d'un programme en cours qui a été accordé sur base de la précédente convention d'autogestion diabète d'application avant le 1^{er} juillet 2016, dans le groupe suivant de la précédente convention²: 1a / 1b / 2 / 3a / 3b.

Le bénéficiaire est seulement suivi dans le cadre du programme en cours par le service de diabétologie mentionné dans la présente rubrique et ce suivi n'est pas également réalisé de manière conjointe avec un service hospitalier spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques.

Il s'agit ici d'une prolongation unique de 1 an pendant laquelle l'enfant ou l'adolescent n'entre en ligne de compte, pour déterminer sa glycémie, que pour le matériel via la méthode de piqûre au doigt pour réaliser cela.

¹ Formulaire à employer à partir du 1er juillet 2016.

² Entourez ce qui convient.

Annexe 3

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autogestion diabétique automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HBA1c effectuée

Date/...../..... Valeur mesurée: (valeurs normales de référence -)

Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l'endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée**:.....
.....
.....

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- Médecins-spécialistes :
- Médecins généralistes :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande :/...../.....

Décision du médecin-conseil ³:

- Favorable pour le suivi du programme
- Défavorable pour le suivi du programme parce que :

.....
.....
.....

Autre:

.....
.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision:

.....
.....

³ Cochez ce qui convient.

Annexe 5

NOTIFICATION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DE LA FIN DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE POUR L'AUTOGESTION DU DIABÈTE DU GROUPE C1 POUR LES BENEFICIAIRES QUI ONT CONCLU UN TRAJET DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE
Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86

Nom et adresse :

.....

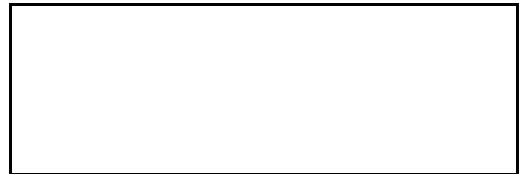
Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Le soussigné, déclare que Mme / M
qui a suivi temporairement le programme de soins multidisciplinaire
du groupe C1 dans le cadre de la convention en matière
d'autogestion des patients atteints du diabète sucré, passe de
nouveau au régime des patients avec un trajet de soins et obtient
donc son matériel et l'éducation au diabète dans ce cadre.

apposer une vignette svp



Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l'endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée**:

.....

.....

A compléter par le médecin-conseil

Date de réception de la notification :/...../.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DES PRESTATIONS D'AUTOGESTION DIABÉTIQUE POUR DES PATIENTS EN TRAJET DE SOINS OU DES PATIENTS QUI ONT L'INTENTION DE CONCLURE UN CONTRAT TRAJET DE SOINS ¹

À REMPLIR PAR LE PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE II AYANT CONCLU UN TRAJET DE SOINS QUI EST ENCORE VALABLE OU AYANT L'INTENTION DE CONCLURE UN TEL CONTRAT

apposer vignette SVP

Le/la soussigné/e

..... (nom et prénom)

Cocher uniquement ce qui convient :

- déclare avoir conclu un contrat de trajet de soins diabète qui est encore valable.
- ne dispose pas de contrat de trajet de soins diabète mais a l'intention d'en conclure un après son hospitalisation.
- demande une intervention pour la (ou les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous, qui lui a (ont) été prescrite(s) et expliquée(s) et qu'il/elle s'engage à suivre.

Date de la demande:...../...../.....

Signature du bénéficiaire :

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande : indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

À REMPLIR PAR LE SERVICE CONVENTIONNÉ D'AUTOGESTION DU DIABÈTE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86. Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2016.

Annexe 4

Pour le bénéficiaire susmentionné qui satisfait aux conditions de l'article 25 , §§ 1^{er} et 2, de la convention conclue avec le service de diabétologie, la prestation suivante est prescrite ².

- Education ambulatoire du bénéficiaire avec un trajet de soins diabète, dispensée par l'équipe d'éducateurs d'un établissement conventionné à la demande du médecin généraliste**
(attestation du médecin généraliste en annexe)

Forfaits possibles (période de 12 mois):

nouveau bénéficiaire : forfait annuel majoré (unique) Pseudocode 786030

ou

autre bénéficiaire : forfait annuel ordinaire Pseudocode 786015

Il s'agit d'une :

première prescription

ou

prolongation

Période demandée pour cette prestation :

du/...../..... (jour où l'éducation à l'autogestion a effectivement commencé)

au/...../..... inclus (12 mois à compter de la date de début).

- Délivrance du matériel d'autogestion à un bénéficiaire hospitalisé sans trajet de soins qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après sa sortie de l'hôpital et qui satisfait aux critères d'inclusion en la matière**

Sous réserve qu'il soit satisfait à toutes les conditions définies par la convention, le forfait matériel peut être attesté pour le bénéficiaire concerné.

Pseudocode 786100

Période demandée (période de 6 mois) concernant la délivrance du matériel d'autogestion (forfait matériel) :

du/...../..... (jour où pendant l'hospitalisation l'éducation à l'autogestion a commencé)

au/...../..... inclus (6 mois à compter de la date de début).

² Cocher ce qui convient.

Annexe 4

Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l'endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée** :

Noms des **autres médecins** associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- Médecins spécialistes :
- Médecin généraliste :

DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande :/...../.....

Décision du médecin-conseil :

- Favorable aux prestations demandées et aux périodes demandées
- Défavorable parce que :
-
-
-
- Autre :
-
-

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

.....