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

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUEREN 211 — 1150 BRUXELLES

──────

**Service des soins de santé**

**CONVENTION RELATIVE AU MONITORING CONTINU DE LA GLYCEMIE CHEZ LE PATIENT DIABETIQUE**

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 le service de diabétologie de la/du/des……. …………..à …………. dépend, service désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,

la présente convention.

**OBJET DE LA CONVENTION**

Article 1.

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 3, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit en outre le programme en matière de monitoring continu de la glycémie (ci-après dénommé « MCG ») chez les patients diabétiques dont question dans la présente convention, les prestations remboursables en vertu de cette convention et les prix et honoraires de ces dernières.

**BUT DE LA CONVENTION**

Article 2.

Le but premier et immédiat de la présente convention est d’offrir à des groupes bien définis de bénéficiaires atteints de diabète sucré, un MCG qui, moyennant des conditions clairement définies, est susceptible d’être pris en considération pour une intervention de l’assurance obligatoire soins de santé.

Dans le traitement de tout patient diabétique, les objectifs thérapeutiques chez le patient diabétique consistent à ralentir les complications liées au diabète en achevant un contrôle métabolique optimal. Le contrôle glycémique est surtout essentiel dans la prévention des complications aiguës (hypoglycémies, hyperglycémies) et des complications micro- vasculaires à long terme. Une des principales difficultés auxquelles sont confrontés les patients diabétiques ainsi que les intervenants qui prennent en charge ces patients est la variabilité glycémique. Cette variabilité peut jouer un rôle négatif direct sur la survenue de complications à long terme. Le MCG permet de fournir des renseignements relatifs à la variabilité de ces valeurs glycémiques et ainsi permettre au patient et aux médecins d’adapter la stratégie thérapeutique.

Etant donné que le budget disponible pour l’application de la présente convention n’est pas illimité (voir les dispositions de l’article 19 de la présente convention), il appartient à l’établissement de sélectionner les patients pour lesquels un MCG semble être une priorité.

**BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION**

Article 3.

§ 1er. Les bénéficiaires pour lesquels un MCG peut être accordé dans le cadre de la présente convention sont des bénéficiaires ambulatoires qui sont traités au moyen d’une pompe à insuline :

* Soit dans le cadre de la convention pompe à insuline adulte (pour les plus de 16 ans) ;
* Soit dans le cadre de la convention d’autogestion pour les enfants ou adolescents (s’il s’agit d’enfant ou adolescent de moins de 16 ans et d’au maximum 18 ans) ci-après dénommée « convention autogestion E et A ».

Etant donné que ces 2 conventions imposent toujours l’autogestion du diabète, les patients concernés doivent également pratiquer l’autogestion, soit dans le cadre de la convention d’autogestion pour les adultes soit dans le cadre de la convention pour les enfants et adolescents.

Le bénéficiaire visé par la présente convention est un bénéficiaire motivé (dans le sens où son investissement personnel par rapport à la mise en œuvre du MCG est important). Il est attendu du bénéficiaire qu’il se « complie » au traitement instauré.

§ 2. Sachant que les objectifs poursuivis à travers le MCG sont compromis lorsque les patients visés ne réalisent plus leur autogestion aux termes de la convention autogestion (en ce compris le nombre prescrit de mesures de glycémie et les examens médicaux préventifs minimaux indispensables requis dans la convention), ou ne réalisent pas de contrôle régulier et un recyclage des connaissances dans le cadre de la convention pompe à insuline, ces patients n’entrent pas en ligne de compte pour le démarrage d’un MCG dans le cadre de la présente convention ou n’entrent plus en ligne de compte pour la poursuite du MCG prévu par la présente convention (si le MCG a déjà été initié).

Article 4.

Outre le respect des dispositions de l’article 3 de la présente convention, un MCG ne peut être proposé dans le cadre de la présente convention qu’aux patients qui ne parviennent pas à atteindre un contrôle glycémique balancé et ce, malgré l’insulinothérapie par perfusion continue à l’aide d’une pompe à insuline portable qui a été initiée pour ces patients. Seuls les patients pour lesquels l’établissement attend que le MCG représentera une valeur ajoutée substantielle pourront en bénéficier. Dans cette optique, les patients qui découvrent qu’ils souffrent de diabète (les « nouveaux patients ») ne sont pas visés par la présente convention. Un délai d’au moins 3 mois doit s’être écoulé entre la mise sous pompe à insuline et l’initiation d’un MCG dans le cadre de la présente convention.

Article 5.

Des bénéficiaires qui sont déjà pris en charge dans le cadre de la présente convention (et qui bénéficient dès lors déjà d’un MCG) et qui sont hospitalisés dans n’importe quel établissement hospitalier (quelle que soit la durée de l’hospitalisation) font aussi partie des bénéficiaires de la présente convention pendant leur hospitalisation si le MCG est poursuivi effectivement pendant cette hospitalisation et qu’ils remplissent en outre toutes les conditions exigées dans le cadre de la présente convention.

**PROGRAMME DE MONITORING EN CONTINU DE LA GLYCEMIE**

Article 6.

§ 1er. Le MCG visé dans le cadre de la présente convention concerne spécifiquement et uniquement l’utilisation en « realtime » de ce monitoring (l’utilisation rétrospective ne fait donc pas l’objet de la présente convention).

L’utilisation en « realtime » rend possible un affichage simultané des données relatives à la glycémie. Grâce au capteur sous-cutané qui transmet via un petit transmetteur les données au boîtier receveur, les données sont affichées simultanément.

L’utilisation en « realtime » du MCG doit donc permettre entre autres :

* d’améliorer le contrôle glycémique (en répondant rapidement aux fluctuations glycémiques entre autres, par l’adaptation des doses d’insuline et des repas) ;
* d’éviter les hyper ou les hypoglycémies sérieuses (grâce à la fonction d’alarme de l’appareil) ;
* de réduire les fréquences d’hospitalisation ;
* d’améliorer la qualité de vie de ceux qui en bénéficient ;
* d’être le soutien dans les choix thérapeutiques des dispensateurs de soins ;
* …

§ 2. Par programme relatif au MCG aux termes de la présente convention, on entend, la mise à disposition de tout le matériel (sauf les disposables comme les pensements par exemple) par l’établissement indispensable à ce monitoring.

Par matériel, on entend :

* le boîtier receveur des données;
* le transmetteur (dispositif qui recueille les données relatives au glucose et qui les envoie sans fil au moniteur de la glycémie);
* un capteur de glucose (capteur qui est inséré sous la peau pour vérifier les niveaux de glucose dans le liquide interstitiel) ;
* les batteries nécessaires.

Le tout doit être prêt à l’emploi.

Le type de matériel mis à disposition du patient est déterminé par le médecin prescripteur après concertation avec le patient.

Outre la mise à disposition de tout le matériel nécessaire, l’établissement met en place un accompagnement et une éducation spécialisés nécessaires à l’utilisation adéquate du MCG ; accompagnement et éducation complémentaires à ce qui est déjà prévu dans le cadre de la convention d’autogestion et/ou de la convention autogestion E et A. Par accompagnement et éducation visés, il faut entendre l’apprentissage à l’utilisation du MCG qui doit couvrir tous les aspects de ce monitoring et l’apprentissage quant à la manière de réagir aux valeurs de la glycémie obtenues.

Article 7. **Première phase : Période d’essai**

§ 1er. Le bénéficiaire - s’il répond au groupe cible des bénéficiaires visés par la présente convention - doit se soumettre à une période d’essai.

Cette période d’essai court pour une période de 4 mois et débute dès le premier jour pendant lequel le patient dispose du MCG.

§ 2. La période d’essai est subdivisée en 2 périodes :

* période 1 : 1er et 2ième mois de la période d’essai
* période 2 : 3ième et 4ième mois de la période d’essai

Pendant la durée de la période d’essai, l’établissement doit mettre à disposition le matériel (tel que visé à l’article 6 § 2, 2ième alinéa) nécessaire à la réalisation du MCG. Le matériel sera d’abord délivré pour la période 1 et si les conditions mentionnées au § 3 du présent article sont respectées il sera délivré pour pour la période 2. Une éducation et un accompagnement tels que visés à l’article 6 § 2, dernière phrase) seront également mis en place par l’équipe multidisciplinaire sous la direction du médecin responsable de l’établissement (.

§ 3. ***Transition de la période 1 à la période 2***

Après au moins 1 mois qui s’est écoulé depuis le début de la période 1, le bénéficiaire doit avoir un contact (le bénéficiaire doit se présenter physiquement) avec l’équipe multidisciplinaire de l’établissement afin de prendre une décision sur la poursuite du MCG. Ce contact doit avoir lieu avec le médecin de l’équipe et/ou un membre de l’équipe paramédicale.

Dans le cas où il est démontré que le bénéficiaire a, durant la période 1, utilisé le capteur de la glycémie pour 70% du temps au moins et que ce bénéficiaire est motivé à poursuivre le MCG, du matériel et de l’éducation peuvent à nouveau être dispensés pour la période 2 de la période d’essai.

S’il a été démontré que le bénéficiaire n’a pas utilisé le MCG pour 70% du temps au moins pendant la période 1 ou pour tout autre motif, le médecin responsable de l’établissement mettra fin à la période d’essai à condition qu’il en ait explicité les raisons au bénéficiaire. Dans ce cas de figure, seule la période 1 pourra donner lieu à un remboursement dans le cadre de la présente convention. Le bénéficiaire n’entre donc plus en ligne de compte pour la période 2.

§ 4. ***Transition de la période 2 aux phases ultérieures***

Après au moins 3 mois qui se sont écoulés depuis le début de la période 1, le bénéficiaire doit avoir un contact (le bénéficiaire doit se présenter physiquement) avec l’équipe multidisciplinaire de l’établissement afin de prendre une décision sur la poursuite du MCG. Ce contact doit avoir lieu avec le médecin de l’équipe et/ou un membre de l’équipe paramédicale.

Dans le cas où il est démontré que le bénéficiaire a, durant la période 2, utilisé le capteur de la glycémie pour 70% du temps au moins, le bénéficiaire peut entrer en ligne de compte pour la poursuite ultérieure du MCG (cf. article 8 de la présente convention).

S’il a été démontré que le bénéficiaire n’a pas utilisé le MCG pour 70% du temps au moins pendant la période 2 ou pour toute autre motif, le médecin responsable de l’établissement mettra fin à la période d’essai à condition qu’il en ait explicité les raisons au bénéficiaire. Dans ce cas de figure, seules les périodes 1 et 2 pourront donner lieu à un remboursement dans le cadre de la présente convention. Le bénéficiaire n’entre donc plus en ligne de compte pour les phases ultérieures dont il est question à l’article 8 de la présente convention.

§ 5. ***Conditions supplémentaires***

En dehors des contacts physiques qui doivent avoir lieu dans la 1ière période de 2 mois et dans la 2ième période de 2 mois de la phase d’essai, le bénéficiaire et l’équipe multidisciplinaire de l’établissement doivent prendre **contact par téléphone ou par courriel** et ce au moins une fois tant dans la 1ière période de 2 mois que dans la 2ième période de 2 mois de la période d’essai. Cette prise de contact par téléphone ou par courriel doit permettre d’évaluer la manière dont le bénéficiaire conçoit le MCG. Formellement, à ce stade, le monitoring ne peut pas être arrêté. Le bénéficiaire a en effet déjà en sa possession le matériel nécessaire à la réalisation du MCG pour une période de 2 mois (période 1 ou période 2).

Article 8. **Phases ultérieures à la période d’essai – Par période maximum de 6 mois**

§ 1. Les prolongations au terme de la période d’essai courent pour une période maximale de 6 mois chacune et ce, aussi longtemps que le bénéficiaire fait usage du monitoring pour 70% du temps au minimum et que ce bénéficiaire est motivé pour poursuivre le MCG.

§ 2. Pour chaque période de maximum 6 mois, l’établissement doit mettre à disposition tout le matériel nécessaire à la réalisation du MCG. Le matériel qui doit être mis à disposition du bénéficiaire est le matériel dont il est question à l’article 6 § 2 de la présente convention. Le matériel qui doit être délivré au bénéficiaire ne peut donc couvrir au maximum qu’une période de 6 mois. L’éducation et l’accompagnement visé à l’article 6 § 2 doivent également être mis en œuvre pendant cette période.

§ 3. Si le bénéfiaire ne fait pas usage du monitoring pour 70% du temps au minimum ou pour tout autre motif, le médecin responsable de l’établissement décidera que le bénéficiaire n’entre plus en ligne de compte pour la période suivante et ce, à condition qu’il en ait explicité les raisons au bénéficiaire.

§ 4. Au cours de la deuxième moitié de chaque période pour laquelle du matériel a été délivré (6 mois maximum), le bénéficiaire doit avoir un contact (le bénéficiaire doit se présenter physiquement) avec l’équipe multidisciplinaire de l’établissement afin de prendre une décision sur la poursuite du MCG. Ce contact doit avoir lieu avec le médecin de l’équipe et/ou un membre de l’équipe paramédicale.

Article 9. ***Conditions communes à la période d’essai et aux phases ultérieures***

§ 1. Les dates des contacts (tant les contacts dans l’établissement que les contacts téléphoniques ou par courriel) dont il est question aux articles 7 et 8 de la présente convention doivent être consignées dans le dossier individuel du bénéficiaire.

§ 2. Pendant la période d’essai et les phases ultérieures dont il est question aux articles 7 et 8 de la présente convention, le bénéficiaire enregistre les mesures de glycémie sous forme digitale et les envoie pour évaluation à intervalle régulier à l’équipe multidisciplinaire de l’établissement.

§ 3. Dans le cas où il a été démontré une utilisation inférieure à 70% du MCG, la convention prend fin automatiquement pour la période suivante. Etant donné que cette convention est conclue à titre de projet pilote, un patient pour lequel il a été mis fin au MCG suite à une utilisation inférieure à 70 % du MCG, n’entre plus en ligne de compte pour un MCG dans le cadre de la présente convention.

**L’ETABLISSEMENT**

Article 10.

§ 1er. L’établissement avec lequel la présente convention peut être conclue doit être attaché à un hôpital qui a déjà conclu une convention pompe à insuline si l’établissement ne prend en charge dans le cadre de la présente convention que des patients adultes de plus de 16 ans.

Si l’établissement veut également prendre en charge des enfants et adolescents de moins de 16 ans jusqu’à 18 ans dans le cadre de la présente convention, l’établissement doit également avoir conclu une convention autogestion E et A.

§ 2. Seuls ne peuvent prétendre aux bénéfices de la présente convention que les établissements mentionnés au § 1er du présent article qui ont pris en charge durant l’année calendrier 2012 en moyenne pendant chaque jour de l’année 50 patients sous pompe à insuline (remboursables dans le cadre de la convention pompe à insuline et dans le cadre de la convention autogestion E et A).

Un établissement qui dispose d’une convention pompe à insuline et d’une convention autogestion E et A, peut atteindre la masse critique des 50 patients sous pompe à insuline exigée dans le cadre de la présente convention en additionnant d’une part, les patients sous pompe dans le cadre de la convention pompe à insuline et les enfants et adolescents qui suivent un programme pompe à insuline dans le cadre de la convention autogestion E et A.

§ 3. Pour continuer à prétendre aux bénéfices de la présente convention, les établissements qui répondent aux conditions des §§ 1 et 2 du présent article doivent continuer à prendre en charge en moyenne pendant chaque jour de l’année un minimum de 50 patients sous pompe à insuline pendant chaque année calendrier pendant laquelle la présente convention est d’application.

§ 4. Le Service des soins de santé de l’INAMI vérifiera que cette masse critique de 50 patients est respectée par l’établissement en consultant les chiffres de production que l’établissement doit envoyer au Service des soins de santé de l’INAMI en vertu des conventions pompe à insuline et des conventions autogestion E et A (sur base des pseudocodes qui relèvent du programme pompe à insuline). Les chiffres de production constituent donc la seule base sur laquelle se reposera le Service des soins de santé de l’INAMI pour vérifier si un hôpital atteint la masse critique exigée par la présente convention pour prétendre au bénéfice de la présente convention (50 patients en 2012) et le conserver (50 patients pendant toutes les années durant laquelle la présente convention est d’application).

§ 5. La présente convention cesse ses effets, par décision du Comité de l’assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1er juillet de l’année qui suit la première période de 2 années calendriers consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de 50 patients en moyenne par jour de l’année calendrier attendu sous pompe à insuline n’a pas été atteint et après une évaluation démontrant que les perspectives ne sont pas meilleures pour les mois/années qui suivent.

§ 6. Outre la masse critique à atteindre pour prétendre au bénéfice de la présente convention et pour le garder, les instances compétentes de l’INAMI veilleront à conventionner au moins un établissement par Province et ainsi, faciliter l’accessibilité au MCG tel que visé par la présente convention.

Ainsi, une dérogation aux dispositions concernant la masse critique à atteindre par un établissement peut être obtenue dans le cas où pour une Province, aucun établissement hospitalier n’atteint la masse critique des 50 patients sous pompe à insuline. Le cas échéant, la convention peut être conclue avec l’établissement candidat qui atteint au plus près les 50 patients à condition que cet établissement prenne en charge un minimum de 30 patients sous pompe à insuline.

Article 11.

§ 1er. Il est attendu que les établissements qui ont signés la présente convention collaborent avec les établissements qui ont conclu la convention pompe à insuline mais qui ne peuvent disposer de la présente convention en raison du fait qu’ils ne remplissent pas les conditions mentionnées dans le cadre de la présente convention. Par collaboration, il est entendu que l’établissement qui a conclu la présente convention doit être prêt - si cela est indiqué - à mettre en œuvre en MCG chez les patients renvoyés par ces autres hôpitaux.

§ 2. De plus, le médecin responsable de l’établissement s’engage à informer le médecin généraliste ou le médecin spécialiste traitant que le patient est sous MCG.

§ 3. Parallèlement, l’accompagnement et l’éducation visée dont il est question dans le cadre de la présente convention implique également la possibilité de recevoir un conseil spécialisé 24 heures sur 24 heures tant à l’intention du bénéficiaire que de son entourage ou de son médecin généraliste ou du spécialiste traitant.

Article 12.

§ 1er. L’équipe de diabétologie multidisciplinaire active dans le cadre de la présente convention est celle qui est active dans le cadre de la convention pompe à insuline et de la convention autogestion si l’établissement ne suit que des bénéficiaires adultes de plus de 16 ans et - dans le cas où l’établissement suit des enfants et adolescents de moins de 16 ans jusqu’à 18 ans – l’équipe active dans le cadre de la convention autogestion E et A.

Les dispositions relatives à la possibilité de faire appel à un consultant, aux consultations multidisciplinaires, aux réunions d’équipe, aux dossiers individuels, à l’accessibilité et disponibilité, à la continuité de l’accompagnement en cas d’hospitalisation et à l’intégration à la première ligne dont il est question à l’article 5 du § 4 au § 11 de la convention pompe à insuline valent également pour les bénéficiaires adultes visés par la présente convention.

Les dispositions relatives aux consultations multidisciplinaires, à l’accessibilité et à la disponibilité, à l’unicité de fonctionnemment et à l’infrastructure et équipement dont il est question à l’article 8 de la convention autogestion E et A valent également pour les bénéficiaires enfants et adolescents visés par la présente convention.

§ 2. Il ne doit pas être tenu compte du nombre de patients sous MCG pour fixer l’encadrement dans le cadre de la convention pompe à insuline et/ou autogestion E et A.

§ 3. Dans le dossier individuel du bénéficiaire qui est tenu pour lui dans le cadre de la convention pompe à insuline et dans le cadre de la convention autogestion E et A, l’établissement doit tenir en permanence un relevé qui reprend le nom du membre du personnel qui a dispensé des prestations dans le cadre de la présente convention, le matériel qui a été délivré dans le cadre de la présente convention (type et quantité) ainsi que les heures d’éducation dispensées au bénéficiaire.

Ce dossier individuel doit également contenir une preuve selon laquelle tout le matériel nécessaire a été donné au bénéficiaire ainsi que les documents nécessaires permettant de vérifier que le bénéficiaire utilise le monitoring au moins pour 70% du temps.

**APPLICATION DE LA CONVENTION SUR PLUSIEURS SITES HOSPITALIERS**

**REGLES EN CAS DE FUSION OU DEFUSION**

Article 13.

§ 1er. La présente convention ne peut être conclue qu’une seule fois avec un même établissement hospitalier (hôpital) et ce, uniquement dans le cas où l’établissement hospitalier a déjà conclu une convention pompe à insuline (et par conséquent une convention d’autogestion) et/ou une convention autogestion E et A avec le Comité de l’assurance. La convention concerne exclusivement les activités d’un même établissement hospitalier dans le cadre de la présente 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 aux patients sous MCG 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 où **est appliquée la convention pompe à insuline**. Etant donné que la convention autogestion E et A ne permet pas l’application de la convention sur plusieurs sites, les activités prévues dans le cadre de la présente convention pour les enfants et adolescents de moins de 16 ans ne pourront se réaliser que sur le site pour lequel a été conclue la convention autogestion E et A ;
* Les consultations pour patients faisant partie du groupe cible de la convention doivent se donner sur chaque site dans le cadre de consultations multidisciplinaires, auxquelles le médecin responsable et le ou les praticiens de l’art infirmier spécialisés en diabétologie sont en même temps présents et disponibles pour les patients et pendant lequel appel peut être fait aux consultants. Sur chaque site où il offre les activités de la présente convention, l’établissement organisera les consultations multidisciplinaires et fera connaître cette consultation multidisciplinaire aux patients ;
* 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 prévues en cette matière dans le cadre de la convention pompe à insuline, et participer aux réunions d’équipe de tous les membres de l’équipe de l’établissement, quel que soit le site où ils sont actifs ;
* L’établissement mentionnera annuellement les différents sites sur lesquels sont offertes les activités que prévoit cette convention dans les données de gestion annuelles qui sont demandées dans l’article 24 de la présente convention ;
* L’établissement fournira pour tous les sites hospitaliers confondus les chiffres de production demandés à l’article 23 de la présente convention ;
* Chaque établissement ayant conclu la présente convention, dispose d’un siège principal qui coordonne toutes les activités dans le cadre de la présente convention et qui figure comme point de contact pour l’application de la convention et ce tant pour les bénéficiaires, les organismes assureurs que l’INAMI. Dès lors, il appartient au siège principal d’introduire sous son nom les demandes individuelles de prise de charge dont il est question aux articles 14 et 15, de porter en compte aux organismes assureurs les prestations prévues dans le cadre de la présente convention et dont il est question à l’article 17, et de fournir à l’INAMI les chiffres de production prévus à l’article 23, etc., même dans le cas où l’établissement dispose de plusieurs sites sur lesquels les activités de la convention sont effectuées (conformément aux dispositions mentionnées dans le présent article).

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 ayant conclu cette convention 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 (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 14 et 15 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 accordées, visées à l’article 16, 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 23 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, qui reprend aussi la convention d’autogestion de patients atteints de diabète sucré (pour adultes et E et A) et la convention pompe à insuline, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défusionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l’établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d’informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l’INAMI) quel établissement hospitalier (dans le cadre de l’accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d’hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités que prévoit la convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles accordées visées à l’article 16) expire automatiquement à la date de prise d’effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l’assurance. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défusionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge doit être introduite à partir de la date de prise d’effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue aux articles 14 et 15.

**PRESCRIPTION DU MONITORING EN CONTINU DE LA GLYCEMIE ET LA DEMANDE PAR LE BÉNÉFICIAIRE D’UNE INTERVENTION DANS LE COÛT DE CE MONITORING**

Article 14.

§1er. Le bénéficiaire auquel est prescrit un MCG prévu 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. Cette demande doit être introduite conformément aux dispositions de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le formulaire joint à la présente convention (cf. ***annexe 1***) peut être modifié à tout moment par le Collège des médecins-directeurs et après concertation avec le Conseil d’accord visé à l’article 22.

§ 2. Il appartient à l'établissement, avant signature de la demande d'intervention, d'attirer l'attention du bénéficiaire auquel un MCG est prescrit, sur son investissement personnel dans la réalisation de l'objectif du monitoring, ainsi que sur les moyens prévus pour lui dans le cadre de la convention et sur les dispositions de l’article 16 relatives à la fin du monitoring. L'établissement informera également - dans le cas où le patient introduit lui-même une demande d’intervention - des conséquences d'une introduction tardive (après le délai légal) de la demande d'intervention.

§ 3. 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 pour cause d'introduction tardive de la demande (après le délai légal).

Article 15.

§1er. Le formulaire à utiliser en vertu de l’article 14, pour les demandes d’intervention introduites pour les patients adultes dans le cadre de la présente convention contient, outre la déclaration du patient, également une prescription médicale qui doit être signée par un médecin figurant dans la liste publiée par le biais d’une circulaire aux organismes assureurs qui détermine les médecins qui sont habilités à prescrire dans le cadre de la convention pompe à insuline. Ces mêmes médecins sont en effet habilités à prescrire des monitorings dont il est question dans le cadre de la présente convention.

Pour les bénéficiaires de moins de 16 ans jusqu’à 18 ans, qui suivent un programme pompe à insuline dans le cadre de la convention autogestion E et A, un rapport médical doit être joint aux demandes d’intervention. Ce rapport médical doit être signé par un médecin dont il est question à l’article 7 de la convention autogestion E et A.

§ 2. La prescription médicale (pour les patients dans le cadre de la convention pompe à insuline) ou le rapport médical (pour les patients dans le cadre de la convention autogestion E et A) dont il est question au §1er du présent article doivent mentionner l’indication motivant le monitoring et, en cas de prolongation rendre compte du monitoring effectué pendant la période écoulée.

Article 16.

§ 1. La convention doit être considérée pour tous les hôpitaux qui adhèrent à cette convention-type – concernant le monitoring – comme le prolongement de la convention pompe à insuline ou de la convention autogestion E et A.

Par conséquent, en signant la présente convention, les deux parties conviennent de la considérer comme une convention qui, en ce qui concerne les demandes d’intervention pour les prestations qu’elle prévoit, est un prolongement des 2 conventions-type précédemment visées. De ce fait, elle est soumise à l’application de l’art. 138, 2°, g), de l’AR du 3 juillet 1996 et le médecin-conseil de l’organisme assureur du bénéficiaire est compétent pour les décisions concernant ces demandes.

§ 2. Le MCG n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil s'est prononcé en faveur de la prise en charge de ce bénéficiaire.

La période autorisée par le médecin-conseil, éventuellement renouvelable, débute à la date de début du monitoring (premier jour pendant lequel le bénéficiaire dispose du monitoring) et ne peut dépasser 12 mois.

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

§ 3. En application des dispositions de l’article 142 § 2 de l’arrêté royal susmentionné, la demande de prise en charge doit parvenir au médecin-conseil dans **les 30 jours** qui suivent le 1er jour au cours duquel le bénéficiaire a débuté son monitoring s’il s’agit d’une première prescription et en cas de prolongation, dans **les 30 jours** qui suivent la date de début de la période suivante accordée.

§ 4. Le remboursement du programme individuel pour lequel le médecin-conseil s'est prononcé favorablement, prend fin :

* dès que le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre d'une convention pour le MCG, conclue avec un autre établissement hospitalier. Il appartient au bénéficiaire de notifier en temps utile sa décision à l'établissement. Dans le cas où des prestations ont été indûment portées en compte par l'établissement suite à une notification tardive ou défaillante de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations à l'établissement. Conformément aux dispositions de l’article 14 § 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 les 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 maximum 2 mois – introduit une demande de prise en charge pour un monitoring 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 patient déterminé), si le médecin-conseil a oublié d’avertir l’établissement qu’un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un monitoring dans un autre service hospitalier.

* lorsque l'établissement décide de ne plus admettre un bénéficiaire (parce que ce bénéficiaire n’a pas fait usage au moins pour 70% du temps du monitoring ou pour toutes autres raisons). Cette décision implique un arrêt immédiat à la fin de la période pour laquelle le matériel requis pour le MCG a été mis à la disposition du patient.
* lorsque le bénéficiaire ne suit plus un programme pompe à insuline dans le cadre de la convention pompe à insuline ou un programme pompe à insuline dans le cadre de la convention autogestion E et A.

§ 5. L’établissement s’engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations qu’il juge utiles afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du MCG du bénéficiaire.

**LES PRESTATIONS REMBOURSABLES PAR L’ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ DÉFINITIONS, PRIX ET HONORAIRES**

Article 17.

§1er. La prestation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé comprend, par bénéficiaire, l'exécution pendant un jour du MCG dont il est question à l’article 6 de la présente convention.

§ 2. Le prix de cette prestation diffère selon qu’il s’agit de la période d’essai de 4 mois ou selon qu’il s’agit des phases ultérieures de prolongation (à chaque fois par période maximale de 6 mois).

§ 3. Le prix de la prestation qui se rattache à la période d’essai de 4 mois comprend le coût de l’éducation du patient ainsi que le coût de tout le matériel nécessaire à l’application du MCG.

§ 4. Le prix de la prestation qui se rattache aux phases ultérieures à la période d’essai, comprend l’éducation du patient, l’analyse des données et le coût de tout le matériel nécessaire à l’application du MCG.

§ 5. Le prix de la prestation telle que visée au § 3 du présent article est, par prestation, fixé à 9,99364 EUR, dont 1,77446 EUR indexables et 8,219178 EUR non indexables.

§ 6. Le prix de la prestation telle que visée au § 4 du présent article est, par prestation, fixé à 11,625147 EUR, dont 0,118297 EUR indexables et 11,50685 EUR non indexables.

§ 7. La partie indexable des prix et honoraires fixés au §§ 5 et 6 du présent article est liée à l'indice pivot 119,62 (décembre 2012 - base 2004) 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.

§ 8. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés aux §§ 5 et 6 du présent article.

§ 9. Les prix fixés dans le présent article ne comprennent toutefois pas les prestations des médecins prévues dans la nomenclature des prestations de santé.

§ 10. En application des dispositions de l’arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l’intervention de l’assurance obligatoire 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, la réduction de l’intervention de l’assurance prévue par le dit Arrêté ne s’applique pas à l’intervention de l’assurance prévue dans le cadre de la présente convention.

§ 11. La composition précise des prix mentionnés dans le présent article se trouve à **l’annexe 2** de la présente convention.

§ 12. Sans préjudices des dispositions des conventions concernées, la prestation visée dans la présente convention peut être cumulée avec les prestations reprises dans la convention d’autogestion, dans la convention pompe à insuline et dans la convention autogestion E et A.

Article 18.

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.

Chaque prestation ne peut être attestée qu’après que cette prestation ait été effectivement effectuée, donc après le jour où le bénéficiaire concerné bénéficie du MCG.

**ENVELOPPE GLOBALE DISPONIBLE**

Article 19.

§ 1er. Le montant total pour lequel l’établissement peut attester aux organismes assureurs les prestations remboursables conformément à la présente convention est limité à **### euros** sur une base annuelle dont ## EUR indexables et ## EUR non indexables. La valeur pécuniaire totale de toutes les journées de monitoring, réalisées au cours d’une même année civile et attestées (peu importe la date de facturation) aux organismes assureurs, ne peut quoi qu’il en soit jamais être supérieure à ce montant qui doit être considéré comme l’enveloppe annuelle de l’établissement.

Vu cette limitation du montant total pouvant être porté en compte dans le cadre de la présente convention, il appartient à l’établissement de sélectionner les patients pour lesquels un MCG semble être une priorité. Pour ce faire, le médecin qui prescrit le MCG dans le cadre de la présente convention a également la possibilité de terminer un MCG pour un patient déterminé si, pour un autre patient, le MCG s’avère être plus indiqué.

*L’enveloppe annuelle de l’établissement a été fixée conformément au protocole faisant l’objet de* **l’annexe 3** *de la présente convention.*

§ 2. La partie indexable du montant dont il est question au § 1er du présent article est liée à l'indice pivot 119,62 (décembre 2012 - base 2004) 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.

§ 3. L’établissement s’engage à ne pas dépasser l’enveloppe annuelle précitée dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, pour toutes les prestations réalisées au cours d’une même année civile et attestées aux organismes assureurs.

Si la convention, au cours d’une année civile donnée, n’est d’application que pour une partie de l’année civile considérée, l’enveloppe annuelle précitée doit proportionnellement être réduite en tenant compte de la période à laquelle la convention est applicable au cours de l’année civile visée.

L’enveloppe annuelle précitée est liée à l’indice-pivot 119,62 (décembre 2012 - base 2004) des prix à la consommation et est adaptée conformément aux dispositions de la loi mentionnée au § 2 du présent article.

Si l’enveloppe annuelle a été indexée au cours d’une année civile donnée, l’enveloppe annuelle remboursable pour cette année-là doit proportionnellement être calculée, sur la base des enveloppes annuelles respectives avant et après l’indexation compte tenu de la durée de la période avant l’indexation et de la durée de la période qui suit l’indexation.

**CONTROLE DE LA QUALITE**

Article 20.

§ 1er. Chaque établissement participe à une initiative, approuvée par le Conseil d'accord, de collecte de données à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité telle que décrite à l’article 17 de la convention d’autogestion ou à l’article 18 de la convention autogestion E et A.

L’établissement est dans l’obligation d’inclure tous les patients sous MCG dont il est question dans le cadre de la présente convention dans l’étude :

⬩ *s’il s’agit d’adultes de plus de 16 ans* suivis dans le cadre de la convention autogestion : « Initiative pour la Promotion de la Qualité et de l’Epidémiologie du diabète Sucré - IPQED » dont il est question dans le cadre de la convention d’autogestion ;

⬩ *s’il s’agit d’enfants et adolescents de moins de 16 ans jusqu’à 18 ans* suivi dans le cadre de la convention autogestion E et A : « Initiative pour la Promotion de la Qualité et Epidémiologie chez les Enfants et les Adolescents atteints du diabète sucré – IPQE-EAD » dont il est question dans le cadre de la convention autogestion E et A.

§ 2. Pour les bénéficiaires visés par la présente convention et repris dans les études dont question au § 1er du présent article, les résultats du MCG doivent être évalués. Ainsi, les données suivantes devront être au minimum être récoltées et consignées dans le rapport :

⬩ pour quel patient a été proposé ce monitoring (par rapport au groupe des patients visés par un programme pompe à insuline) ? Quelles ont été les justifications de la mise en place de ce monitoring pour ces patients ?

⬩ la durée du monitoring ;

⬩ la durée de prise en charge dans le cadre de la convention pompe à insuline ou du programme pompe à insuline initié dans le cadre de la convention autogestion E et A ;

⬩ les résultats obtenus suite à la mise sous monitoring (avec comparaison de la situation sous MCG avec la situation initiale au début du MCG).

§ 3. Au plus tard, pour le 30 juin 2016, l’établissement doit avoir participé, avec l’ensemble des autres établissements qui ont conclu la convention pour le MCG, à l’élaboration d’un article scientifique qui sera soumis pour publication dans un périodique d’endocrinologie avec évaluation par des pairs (« peer reviewed article »). Cet article doit analyser les résultats de l’introduction de MCG en Belgique et comparer au moins les résultats de traitement des patients avant et après la mise sous MCG. L’article peut également comparer les résultats de traitement de patients sous MCG et de patients traités d’une autre façon.

Article 21.

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 22.

Afin de contribuer au 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 du MCG, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux) et à l’évolution des effectifs des bénéficiaires de la convention relative au MCG, l’application de la présente convention sera évaluée dans le cadre du Conseil d’accord prévu à l’article 20 de la convention d’autogestion.

**OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES**

Article 23.

L'établissement tient un registre dans lequel sont inscrites, par bénéficiaire, les données relatives à la mise à disposition du matériel avec des indications précises sur la nature et la quantité du matériel fourni.

Sur la base des données du registre mentionné à l’alinéa précédent, l’établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées 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 deuxième 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 24.

L'établissement tient la comptabilité des prestations visées dans l'actuelle convention, qui se compose des factures d'achat du matériel visé à l'article 6 § 2 (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 le MCG, ont accordées à l’établissement 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, que des diminutions de prix qui ont été accordées à l’établissement hospitalier relatives à l’achat d’autre matériel, dispositifs ou produits (pharmaceutiques) chez ces firmes et liées à la quantité du matériel achetée par l’établissement.

Cette comptabilité peut être effectuée en commun avec la comptabilité **de la convention pompe à insuline**, à condition qu’une distinction soit faite dans la comptabilité entre le matériel spécifiquement utilisé dans le cadre de la présente convention, et le matériel utilisé dans le cadre de la convention pompe à insuline.

A la demande explicite du Service des soins de santé, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, (le cas échéant, un récapitulatif commun avec la convention pompe à insuline, à condition qu’une distinction soit faite entre le matériel utilisé pour la pompe à insuline et le matériel utilisé dans le cadre du MCG) doit être transmis au Service des soins de santé suivant le modèle établi par celui-ci.

**DISPOSITIONS GENERALES**

Article 25.

§ 1er. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 01/09/2014.

§ 2. La présente convention est valable pour une durée de 3 ans (donc jusqu’au 31/08/2017 inclus) mais elle peut toujours être dénoncée 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. Si l’établissement ne dispose plus d’une convention pompe à insuline, la présente convention expire automatiquement et ceci dès que la convention pompe à insuline n’est plus en vigueur.

§ 4. 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 de demande d’intervention

Annexe 2 : Composition du prix de la prestation

Annexe 3 : Protocole pour la fixation de l’enveloppe annuelle

…Signatures….

**ANNEXE 1 : FORMULAIRE TYPE**

|  |
| --- |
| **Demande d’intervention au mÉdecin-conseil de l’organisme assureur**  **dans le coÛt du monitoring continu de la glycémie** |

**Ce présent formulaire vise à introduire une demande d’intervention dans le coût du monitoring en continu de la glycémie auprès de la mutualité du bénéficiaire.**

**Cette procédure est régie par l’article 23 § 1 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

**À complÉter par le patient faisant partie du groupe cible de la convention.**

Collez ici une vignette s.v.p.

**Le soussigné**

|  |
| --- |
|  |

**……………………………………………… (nom et prénom)**

demande une intervention pour le monitoring en continu de la glycémie qui m’a été prescrit et expliqué et que je m’engage à suivre

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

Signature du bénéficiaire :

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

**À complÉter par le Service conventionnE**

**Identification du Service conventionné :**

Numéro : 7.86.9. . . . . . Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Pour le bénéficiaire susmentionné, un monitoring continu de la glycémie est prescrit du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . inclus[[1]](#footnote-1).

Il/Elle suit **actuellement** un programme de rééducation :

S’il s’agit d’un adulte de plus de 16 ans : dans le cadre de la convention pompe à insuline qui porte le numéro d’identification suivant : **786.5………..** (période accordée dans le cadre de cette convention : **du ..../..../…….. au ..../..../……..** ) et qui suit par conséquent également un programme de rééducation dans le cadre de la convention en matière d’autogestion de patients atteints de diabète sucré qui porte le numéro d’identification suivant : **786……..** (période accordée dans le cadre de cette convention : **du ..../..../…….. au ..../..../……..**).

S’il s’agit d’un enfant/adolescent de moins de 16 ans (jusqu’à 18 ans) : **pompe à insuline[[2]](#footnote-2)** dans le cadre de la convention en matière d’autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents qui porte le numéro d’identification suivant : **786.7……** (période accordée dans le cadre de cette convention : **du ..../..../…….. au ..../..../……..**).

Il s’agit en l’occurrence :

d’une **première prescription[[3]](#footnote-3)** d’un monitoring continu de la glycémie pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

**ou**

Il s’agit en l’occurrence

de la **prolongation[[4]](#footnote-4)** du monitoring continu de la glycémie pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

⮱ Pourcentage de temps d’utilisation du monitoring pendant la période écoulée : ………..%

⮱ Date du contact[[5]](#footnote-5) avec l’établissement : …./…./……..

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

Noms (+ adresse et téléphone) des **autres médecins** associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

médecins spécialistes :

généraliste :

|  |  |
| --- | --- |
| **Réservé au Médecin-conseil** | **Réservé au Collège des médecins-directeurs** |
| Date de réception de la présente demande  par le médecin-conseil : …./…./……..  Décision :  Favorable  Autre :  Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs :  Favorable  Autre : | Décision :  Favorable  Autre : |

**ANNEXE 2 : DETAILS COMPOSITION DU PRIX DE LA PRESTATION**

**Convention relative au monitoring en continu de la glycémie**

**Calcul du prix du forfait pour ce monitoring**

**1) Calcul du prix de la prestation pendant la période d’essai**

⇨ Coût du matériel (non indexable)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de matériel | Coût par mois | Prix pour 4 mois (période d’essai) | **Coût par jour (moyenne de 30,416667 jours par mois)** |
| Capteur de glucose | 250 € | 1.000 € | =1.000/121,6667 = 8,219178 € |
| Disposables (pensement, etc.) | A acheter par le patient lui-même | | |
| Le transmetteur | A mettre gratuitement à la disposition du patient | | |
| Le boîtier | A mettre gratuitement à la disposition du patient | | |
| **Coût total du matériel**  **par jour** | | | **8,219178** |

⇨ Coût de l’accompagnement et de l’éducation (indexable)

En dehors de l’éducation réalisée par l’équipe de diabétologie dans le cadre des conventions autogestion du diabète et pompe à insuline, la convention MCG prévoit par patient une moyenne de 5 heures supplémentaires d’éducation et d’accompagnement pendant la période d’essai pour l’apprentissage et le suivi du patient sous monitoring par un infirmier en diabétologie. Ce chiffre de 5 heures comprend tant le travail direct avec le patient que le travail indirect.

L’on peut calculer le coût de la partie coût du personnel comme suit :

* Le calcul ci-après s’appuie sur les barèmes de la sous-commission paritaire 305.1 (hôpitaux privés).
* Le calcul ci-après ne tient pas compte de la dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique des fins de carrière. Un autre régime de financement est prévu à cet effet.
* Comme dans le cadre de la convention autogestion du diabète, il est tenu compte du fait qu’un des infirmiers en diabétologie intervient en tant que coordinateur d’équipe et dès lors prétendre à un barème plus élevé. On part du principe que dans une équipe composée de 4 infirmiers en diabétologie, un de ces 4 collaborateurs peut assurer le rôle de coordinateur. La moyenne du coût salarial de l’infirmier en diabétologie peut être calculée sur la base de ces données.

Le tableau ci-après reproduit le montant de base appliqué dans la suite du calcul (montant à l’indice pivot 99,04 – Base 2013) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discipline** | **Barème** | **Ancienneté** | **Coût salarial par année pour un temps-plein** | **Coût salarial par heure de travail effective**  (= coût salarial par année, divisé par 1.634 heures de travail effectives) |
| Praticien de l’art infirmier spécialisé en diabétologie | 1/55-1/61-1/77 | 18 ans | **64.981,53 EUR** | **39,76838 EUR** |
| Coordinateur équipe éducative | 1/80 + Supplément de fonction | 18 ans | **87.270,42 EUR** | **53,40907 EUR** |
| Moyenne pondérée | - | 18 ans | **70.553,75 EUR** | **43,17855 EUR** |

Coût total pour 5 heures d’éducation pendant la période d’essai de 4 mois : 215,89275 € pour 4 mois.

Coût salarial par jour : 215,89275 € / 121,6667 jours = **1,77446 € par jour**

Coût total par jour remboursable dans le cadre de la période d’essai :

Coût du matériel : 8,219178 €

+ Coût du personnel : 1,77446 €

**= Forfait journalier de 9,99364 €**

**Partie indexable : 1,77446 €**

**Partie non indexable : 8,219178 €**

**2) Calcul du prix de la prestation en dehors de la période d’essai**

⇨ Coût du matériel (non indexable)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de matériel | Prix unitaire/mois | | **Coût par jour (1 mois = 31 jours)** |
| Capteur de glucose | 250 € | | = 250/30,41667 = 8,219178 |
| Disposables (pensement, etc.) | A acheter par le patient lui-même | | |
| Le transmetteur | 100 € | = 100/30,41667 = 3,287671 | |
| Le boîtier |
| **Coût total du matériel**  **par jour** | | | **11,50685** |

⇨ Coût de l’accompagnement et de l’éducation (indexable)

En dehors de l’éducation réalisée par l’équipe de diabétologie dans le cadre des conventions autogestion du diabète et pompe à insuline, la convention MCG prévoit par patient une moyenne d’une heure supplémentaire d’éducation et d’accompagnement par 12 mois de suivi dans le cadre de la convention (total du travail direct et indirect de l’infirmier en diabétologie). Le coût de cette heure d’éducation et d’accompagnement est calculé sur base des mêmes principes que ceux mentionnés ci-dessus.

Coût total pour 1 heure d’éducation sur une période de 12 mois : 43,17855 €.

Coût salarial par jour : 43,17855 € / 365 jours = **0,118297 € par jour**

Coût total par jour remboursable pendant les phases ultérieures à la période d’essai :

Coût du matériel : 11,50685 €

+ Coût du personnel : 0,118297 €

**= Forfait journalier de 11,625147 €**

**Partie indexable : 0,118297 €**

**Partie non indexable : 11,50685 €**

**ANNEXE 3 : PROTOCOLE POUR LA DETERMINATION DE L’ENVELOPPE**

**Convention relative au monitoring en continu de la glycémie**

**Modalités pour la fixation de l’enveloppe par établissement**

L’article 20 de la convention prévoit que l’établissement ne peut attester aux organismes les prestations prévues dans le cadre de la convention que dans les limites d’une enveloppe budgétaire que l’établissement ne peut pas dépasser.

Cette enveloppe budgétaire a été calculée sur base des principes suivants :

**▪** Le nombre de patients pompe à insuline suivi dans le cadre de la convention pompe à insuline conclue avec l’établissement + éventuellement aussi le nombre de patients sous programme pompe à insuline suivi dans le cadre de la convention d’autogestion du diabète sucré chez les enfants et adolescents dans le cas où l’hôpital dispose d’une telle convention.

Ces nombres de patients ont été déduits des chiffres de production qui ont été envoyés par l’établissement conformément aux conventions en vigueur. L’année de référence qui a été prise en considération est l’année 2012.

**▪** Le nombre de patients dont il est question dans le premier point a ensuite été divisé par le nombre total de patients sous pompe à insuline (dans le cadre de la convention pompe à insuline et du programme pompe à insuline de la convention en matière d’autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents) de l’ensemble des établissements susceptibles de pouvoir conclure la convention (au vu de la masse critique atteinte de 50 patients dont il est question à l’article 10 de la convention) pour le monitoring continu de la glycémie.

Ainsi, une proportion du nombre de patients sous pompe par Centre par rapport au nombre total de patient sous pompe de tous les Centres a pu être établie.

**▪** Le budget disponible de 2.100.000 EUR pour l’ensemble des établissements qui offrent un monitoring continu de la glycémie a ensuite été répartit par Centre en fonction de la proportion de patients sous pompe à insuline dont il est question dans le point ci-dessus.

\*\*

Sur base des chiffres de production 2012, votre Centre a suivi ## patients sous pompe à insuline (adultes et enfants). Vu la proportion totale de patients sous pompe à insuline suivis par l’ensemble des Centres disposant de la convention MCG (## patients), votre enveloppe annuelle est fixée à ##### EUR.

1. La période débute à la date de début du monitoring (premier jour pendant lequel le bénéficiaire jouit du monitoring) et ne peut dépasser 12 mois (cf. dispositions de l’article 17 de la convention). [↑](#footnote-ref-1)
2. Les bénéficiaires qui suivent uniquement un programme d’autogestion dans le cadre de cette convention ne sont donc pas visés. Seuls le sont les bénéficiaires qui suivent un programme pompe à insuline dans le cadre de cette convention (cf. dispositions de l’article 3 § 1er de la convention). [↑](#footnote-ref-2)
3. S’il s’agit d’une première prescription, le patient est soumis à une période d’essai de 4 mois. (cf. les dispositions de l’article 7 de la convention). [↑](#footnote-ref-3)
4. Au terme de la période d’essai ou pour toutes les autres prolongations ultérieures, il doit être démontré que le monitoring a été utilisé pour 70% du temps au moins (cf. les dispositions de l’article 8 de la convention). [↑](#footnote-ref-4)
5. Les contacts dont il est question dans le présent formulaire sont les contacts exigés à la fin de chaque période de maximum 6 mois pour laquelle du matériel a été délivré au patient. [↑](#footnote-ref-5)