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

**DEUXIEME AVENANT A LA CONVENTION DE RÉÉDUCATION 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 convenu ce qui suit entre

d'une part,

 le Comité de l'assurance soins de santé,

et d'autre part,

## dont dépend le service de diabétologie ## à ##, service désigné dans le présent avenant par le terme « établissement ».

**Article 1er.**

Les dispositions de **l’article 4, § 2** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« § 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 ;
2. Les patients avec une perte quasi totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale ou en cas de pancréatite chronique). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d’insuline) ;
3. Les patients qui souffrent de mucoviscidose traités par insuline ou par d’autres antidiabétiques injectables ;
4. Les patients qui souffrent de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou de diabète néonatal) qui ont besoin, pour l’autogestion de leur diabète, d’une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d’insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère) ;
5. Les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésidioblastose) qui souffrent d’hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l’aide d’un tiers et/ou l’appel d’une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire.

 **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 (soit 3 ou plus injections d’insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère soit 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) ;

1. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées par insuline ;
2. Les diabétiques après une transplantation d’organe ou traités au moyen d’une dialyse rénale, s’ils sont traités avec de l’insuline ;
3. Les femmes diabétiques qui ont un désir de grossesse et qui sont traitées par insuline et/ou par d’autre antidiabétiques injectables (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées).

 **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 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, 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). La période précédemment autorisée ne peut être prolongée qu’une seule fois au maximum.

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, nésidioblastose) qui ne répondent pas aux conditions du groupe A.5 ;
* les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline;
* les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui ont un désir de grossesse (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées) ;
* les patients souffrant de pancréatites chroniques qui ne répondent pas aux conditions du groupe A.2. et qui sont traités par insuline et/ou par d’autres antidiabétiques injectables ».

**Article 2.**

Les dispositions de **l’article 7, § 2, 2ième alinéa** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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'endocrino-diabétologue (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 doive 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 tigettes de glycémie sur une base mensuelle à l’exception des patients du groupe A.1 qui se trouvent dans la « honey-moon fase » et des patients du groupe B.2 (femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l’insuline) pour lesquels moins de tigettes de glycémie peuvent être délivrées dans le cas où ces patients doivent effectuer moins de 90 mesures par mois. »

**Article 3.**

Les accords individuels de prise en charge en cours qui ont été accordés avant l’entrée en vigueur du présent avenant, restent valables jusqu’à la date de fin normale de ces accords.

Les demandes de prise en charge que le médecin-conseil a reçues au plus tard le 31 juillet 2018 peuvent encore être introduites au moyen des formulaires qui étaient d’application avant l’entrée en vigueur du présent avenant et ce, indépendamment du fait qu’il s’agisse d’un nouveau bénéficiaire ou d’une prolongation d’une période de prise en charge existante.

Les demandes de prise en charge pour une période qui débute au plus tôt le 1er juillet 2018 peuvent être introduites au moyen d’un formulaire qui figure comme annexe au présent avenant indépendamment du fait qu’il s’agisse d’un nouveau bénéficiaire ou d’une prolongation d’une période de prise en charge existante.

Les demandes de prise en charge que le médecin-conseil reçoit à partir du 1er août 2018, doivent dans tous les cas, être introduites au moyen d’un formulaire qui figure comme annexe au présent avenant indépendamment du fait qu’il s’agisse d’un nouveau bénéficiaire ou d’une prolongation d’une période de prise en charge existante.

**Article 4.**

Les dispositions de **l’article 36, § 2** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« § 2. La présente convention est valable jusqu’au 30 juin 2020 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. »

 **Article 5.**

**Les annexes 1 et 2** de la convention entrée en vigueur le 1 juillet 2016 sont remplacées par les annexes 1 et 2 du présent avenant :

* « Annexe 1 : Formulaire pour l’introduction des demandes individuelles de prise en charge pour les patients qui disposent d’un DMG et pour lesquels le médecin généraliste ne peut pas porter en compte la prestation DMG.
* Annexe 2 : Formulaire pour l’introduction des demandes individuelles pour une prise en charge de courte durée (pendant 6 mois) des patients qui ne disposent pas encore de DMG. »

**Article 6.**

§ 1er. Le présent avenant fait partie intégrante de la convention signée le ## entre le Comité de l’assurance soins de santé et ##.

§ 2. Le présent avenant, fait en deux exemplaires dûment signés par les deux parties, produit ses effets le 1er juillet 2018.

|  |  |
| --- | --- |
| Pour ## dont dépend le service de diabétologie ##,(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, leLe Fonctionnaire dirigeant,Alain Ghilain,Directeur général a.i. |