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 EN MATIÈRE D'AUTOGESTION DU**

**DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

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,

la [dénomination de la personne morale] qui gère le service de diabétologie clinique et policlinique de l'enfant et de l'adolescent de [dénomination de l’hôpital et éventuellement du site], service désigné dans la présente convention par le terme «établissement».

**Article 1er.**

Les dispositions de **l’article 6, § 1er, premier alinéa** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« **§ 1er.** Les bénéficiaires peuvent, en concertation avec l'équipe de diabétologie, opter, pour déterminer leur glycémie, soit pour une piqûre au doigt soit pour la mesure par capteur. Pour les forfaits que la présente convention prévoit et qui rembourse le coût du matériel pour la mesure par capteur, seuls les bénéficiaires suivants entrent en ligne de compte :

* Patients qui souffrent de diabète de type 1 ;
* Patients qui souffrent de mucoviscidose traités par insuline ou autres antidiabétiques injectables ;
* Patients qui souffrent de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou 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) ;
* 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 ».

**Article 2.**

Les dispositions de **l’article 6, § 3, 2ième alinéa** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Si l'établissement a fourni le matériel nécessaire pour la mesure par capteur à un bénéficiaire souffrant d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa, pour un certain nombre de jours, l'établissement peut, pour ces bénéficiaires, pour ce nombre de jours, attester le forfait visé à l'article 20, § 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 autres bénéficiaires qui ne souffrent pas d’une affection visée par l’article 6, § 1er, premier alinéa, 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 20, § 4, pour la mesure par capteur à ces bénéficiaires et ce, peu importe si le bénéficiaire utilisera effectivement ou non ce matériel. »

**Article 3.**

Les dispositions de **l’article 8, § 4** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

«  § 4. Les bénéficiaires qui ne souffrent pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa, et qui souhaitent déterminer leur glycémie via la mesure par capteur, peuvent acheter le matériel à cet effet dans l'établissement.

Aux bénéficiaires ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa, qui souhaitent déterminer leur glycémie via la mesure par capteur et qui achètent dans l'établissement la matériel à cet effet à leurs propres frais, s'appliquent également les dispositions de l'article 4, § 4, 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 4, § 1 du programme de soins multidisciplinaire. »

**Article 4.**

Les dispositions de **l’article 8, § 5, 2ième alinéa** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'établissement n’encouragera pas activement les bénéficiaires ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa et pour lesquels le matériel pour la mesure par capteur n'est pas couvert par le prix de journée fixé à l'article 20, § 1er, de déterminer leur taux de glycémie par la mesure par capteur. »

**Article 5.**

Les tableaux de **l’article 20, § 1er** qui reprennent les montants qui peuvent être portés en compte aux organismes assureurs pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans sont remplacés par les tableaux suivants :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, souffrant d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa | | | | | | |
|  | 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 |
| Avec pompe à insuline portable | 12,36 € | 3,87 € | 785573 | 14,83 € | 3,87 € | 785595 |
| Sans pompe à insuline portable | 5,83 € | 3,87 € | 785610 | 8,30 € | 3,87 € | 785632 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa | | | | | | |
|  | 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 |
| Avec pompe à insuline portable | 12,36 € | 3,87 € | 785654 | 12,36 € | 3,87 € | 785676 |
| Sans pompe à insuline portable | 5,83 € | 3,87 € | 785691 | 5,83 € | 3,87 € | 785713 |

**Article 6.**

Les dispositions de **l’article 20, § 4** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« § 4. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 20 § 1er et 2, sauf pour les patients ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa, 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. Le supplément qui peut être attesté à ces bénéficiaires par jour pendant lequel l'établissement leur a fourni du matériel pour la mesure par capteur est indiqué dans le tableau ci-dessous. Le supplément varie en fonction de l'âge des bénéficiaires et, dans le cas de bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus, du groupe de la convention générale en matière d'autogestion du diabète sucré dont ils remplissent les conditions.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Supplément par jour pour lequel du matériel a été fourni au bénéficiaire pour une mesure par capteur. |
| Bénéficiaires ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa et âgés de moins de 18 ans | 2,47 € |
| Bénéficiaires ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa, âgés de 18 ans ou plus et répondant aux conditions du libellé du groupe B de la convention générale en matière d'autogestion du diabète | 2,52 € |
| Bénéficiaires ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa, âgés de 18 ans ou plus et répondant aux conditions du libellé du groupe C de la convention générale en matière d'autogestion du diabète » | 3,49 € |

**Article 7.**

Les dispositions de **l’article 27, 1er alinéa**, sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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 :

* si le bénéficiaire en question souffre ou non d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa ;
* si le bénéficiaire en question est âgé de moins de 18 ans ou 18 ans ou plus. Dans ce dernier cas, le groupe (A, B ou C) doit être noté sur la base de la convention générale en matière d'autogestion du diabète sucré dont le bénéficiaire en question remplit les conditions.
* quel matériel a été fourni au bénéficiaire en question pour la détermination de sa glycémie (également pour les bénéficiaires ne souffrant pas d’une affection visée à l’article 6, § 1er, premier alinéa et qui déterminent leur glycémie au moyen d'une mesure par capteur). Chaque fois que du matériel est fourni au bénéficiaire à cet effet, les données précises suivantes à ce sujet doivent être mentionnées dans le registre :
  + 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 (tigettes, lancettes, capteurs) et la quantité de matériel fourni.
* date de début et date de fin de la période pour laquelle une pompe à insuline portable a été fournie au bénéficiaire en question.
* les dates durant lesquelles des visites hors de l’établissement ont été effectuées dans le milieu de vie du bénéficiaire avec le nom et la fonction de l'intervenant de l'équipe de diabétologie et les distances qu'il a parcourues. »

**Article 8.**

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 août 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 août 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 septembre 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 9.**

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 10.**

**Les annexes 1 et 2** de la convention entrée en vigueur le 1 août 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 un patient de moins de 18 ans.
* Annexe 2 : Formulaire pour l’introduction des demandes individuelles de prise en charge pour un patient de 18 ans ou plus. »

**Article 11.**

§ 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 août 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, le  Le Fonctionnaire dirigeant,  Alain Ghilain,  Directeur général a.i. |