

I. Nouvelle convention sur les technologies avancées ou onéreuses pour les patients diabétiques (convention TAO) - Secteur 7.86.9

En vigueur à partir du 1^{er} octobre 2021 jusqu'au 30 septembre 2024.

A. Lors de sa réunion du 26 avril 2021, le Comité de l'assurance a approuvé **la convention relative aux technologies avancées ou onéreuses pour le patient diabétique (convention TAO)** ainsi que la liste des établissements qui remplissent les conditions pour conclure cette convention. Les *annexes¹ 1 et 2* de la présente circulaire contiennent respectivement cette convention et la liste des centres qui ont effectivement conclu la convention.

B. Lors de sa réunion du 4 octobre 2021, le Comité de l'assurance a approuvé **un avenant à la convention** et a également approuvé une première technologie pouvant être remboursée dans le cadre de cette convention. À cette fin, le Comité de l'assurance a approuvé une fiche relative à cette technologie. L'avenant et la fiche sont joints respectivement à la présente circulaire en *annexes 3 et 4*. Les organismes assureurs seront informés au moyen de circulaires O.A. séparées si des fiches supplémentaires pour d'autres technologies sont approuvées à l'avenir.

En vertu de l'avenant, la convention entre en vigueur le **1^{er} octobre 2021**. La convention est valable pour trois ans, **jusqu'au 30 septembre 2024 inclus**.

La première technologie approuvée dans le cadre de cette convention est la suivante : **Système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation combinée et simultanée par un même patient de**

- **la pompe à insuline Tandem t:slim X2™ avec technologie Control-IQ™ et**
- **le capteur et le transmetteur Dexcom G6.**

C. Bénéficiaires

Les patients n'entrent en ligne de compte pour la technologie approuvée (système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation simultanée de la pompe à insuline Tandem t:slim X2™ et du Dexcom G6) que s'ils remplissent les conditions de la convention et les conditions dont question dans la fiche relative à cette technologie (annexe 4 de la présente circulaire).

Plus précisément, entrent en ligne de compte :

Les patients adultes (âgés de 16 ans minimum)

- qui sont déjà traités par insulinothérapie intensive depuis au moins 12 mois dans le cadre de la convention d'autogestion pour les adultes (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) ou de la convention pompe à insuline (7.86.5xx.xx) ou, exceptionnellement, dans le cadre de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents (7.86.7xx.xx) et qui appartiennent au groupe A de la convention d'autogestion pour les adultes et

1. Toutes les annexes non publiées ici.

- qui répondent aux conditions pour un traitement par pompe à insuline en vertu de l'une de ces conventions, et
- qui mesurent déjà également leur glycémie à l'aide d'un capteur depuis au moins 12 mois,

ainsi que les enfants et les adolescents âgés d'au moins 6 ans (et de moins de 20 ans)

- qui sont déjà traités par insulinothérapie intensive depuis au moins 6 mois dans le cadre de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents (7.86.7xx.xx) et font partie des patients dont question à l'article 6, § 1 de cette convention, et
- qui répondent aux conditions pour un traitement par pompe à insuline en vertu de cette convention et
- qui mesurent déjà également leur glycémie au moyen d'un capteur depuis au moins 6 mois.

Seuls les patients qui commencent à utiliser cette technologie au plus tard le 31 décembre 2022 entrent en ligne de compte pour un remboursement.

Cette technologie peut être remboursée tant pour les patients qui ne parviennent pas à stabiliser leur glycémie malgré une insulinothérapie intensive que pour les patients qui y parviennent mais dont le traitement actuel exige tellement d'efforts qu'il réduit considérablement leur confort de vie.

La convention s'adresse principalement aux patients ambulatoires, mais les patients hospitalisés peuvent poursuivre le traitement pendant leur hospitalisation. Si nécessaire, le traitement peut également débuter pendant l'hospitalisation.

D. Demande de prise en charge

La demande de prise en charge d'un bénéficiaire (art. 11, 12 et 13) doit être soumise au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. Le médecin-conseil est compétent pour se prononcer sur la demande de prise en charge.

À cet effet, il convient d'utiliser le formulaire "Demande d'intervention au médecin-conseil de l'organisme assureur pour une intervention dans les coûts d'une TAO". Ce formulaire est joint en *annexe 5* à la présente circulaire.

Outre la déclaration du patient, ce formulaire contient également une prescription médicale qui doit être signée par un médecin de l'équipe de diabétologie de l'établissement.

Seuls les médecins qui agissent en tant que médecins prescripteurs pour les hôpitaux ayant une convention TAO dans le cadre de la convention d'autogestion du diabète pour les adultes, de la convention sur les pompes à insuline pour les adultes ou de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents peuvent signer des demandes de prise en charge pour leurs patients. Les listes des médecins prescripteurs dans le cadre de ces conventions sont publiées au moyen de circulaires O.A.

La période autorisée par le médecin-conseil, qui peut être renouvelable, commence le premier jour du traitement avec la TAO (premier jour où le bénéficiaire a la TAO à sa disposition) et ne peut pas dépasser 12 mois.

La décision prise par le médecin conseil porte toujours sur la TAO avec laquelle le bénéficiaire est effectivement traité selon la demande de prise en charge. La décision indiquera donc le pseudo-code du traitement TAO qui est pris en charge. Si, au cours de la période de prise en charge, le traitement change et que le bénéficiaire passe à un traitement TAO avec un pseudocode différent, une nouvelle demande de prise en charge doit être introduite en spécifiant la TAO avec laquelle le bénéficiaire sera traité à partir de la nouvelle date de prise en charge demandée.

L'intervention de l'assurance est refusée pour toute prestation effectuée plus de 30 jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil. S'il s'agit d'une première prescription, le médecin-conseil doit donc recevoir la demande dans les 30 jours qui suivent le premier jour durant lequel le bénéficiaire a commencé le traitement avec sa TAO. En cas de prolongation, le médecin-conseil doit donc recevoir la demande dans les 30 jours qui suivent le premier jour de la prochaine période accordée (art. 142, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996).

E. Prestations remboursables (art. 14)

Pour la technologie approuvée (système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation simultanée de la pompe à insuline Tandem t:slim X2™ et du Dexcom G6), les pseudocodes suivants doivent être utilisés :

- 784991 (bénéficiaires ambulatoires)
- 785002 (bénéficiaires hospitalisés)

Pour cette technologie, un forfait journalier de 6 EUR peut être porté en compte. Le montant de 1 EUR (cf. art. 14, § 2, 2^e point de la convention TAO) **ne peut être facturé** pour la technologie à laquelle la fiche se rapporte.

Ces montants ne sont pas indexables.

Une seule prestation ne peut être portée en compte par jour et par bénéficiaire dans le cadre de cette convention.

Les prestations des médecins, telles que stipulées dans la nomenclature des prestations de santé, ne sont pas comprises dans les prix ci-dessus.

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 ledit arrêté **ne s'applique pas** à l'intervention de l'assurance prévue dans le cadre de cette convention.

Les prestations prévues par cette convention sont cumulables avec les prestations prévues par la convention d'autogestion pour les adultes (secteur 7.86), par la convention pompe à insuline (secteur 7.86.5) et par la convention diabète pour les enfants et les adolescents (secteur 7.86.7) (cf. art. 14, § 6).

Pour les patients qui, dans le cadre de la convention TAO, ont été traités avec la technologie approuvée (système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation simultanée du Tandem t:slim X2™ et Dexcom G6), le forfait TAO (6 EUR) est donc cumulable avec le forfait capteur de la convention d'autogestion pour les adultes ou de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents, et avec un forfait pompe à insuline de la convention pompe à insuline ou de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents, même si une pompe à insuline et des capteurs ne sont mis à disposition du patient que dans le cadre de la convention TAO.

...



Circulaire O.A. n° 2021/287 - 370/2253 du 15 octobre 2021.