

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée, 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des Soins de Santé

CINQUIEME AVENANT A LA CONVENTION EN MATIÈRE D'AUTOGESTION DE PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE SUCRÉ, DESIGNÉE DANS LE PRESENT AVENANT PAR LE TERME « CONVENTION D'AUTOGESTION »

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, 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 institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

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

OBJET DU PRESENT AVENANT

Le présent avenant a essentiellement pour but de régler la question du remboursement intégral de la méthode de mesure de la glycémie par capteur pour les patients diabétiques du groupe B de la convention d'autogestion de patients atteints de diabète sucré.

DISPOSITIONS DE L'AVENANT

Article 1.

Les dispositions de l'article 6, § 4 de la convention d'autogestion sont complétées par l'alinéa suivant :

« Pour les patients du groupe A qui déterminent leur glycémie à l'aide d'un capteur, les capteurs doivent permettre une mesure continue de la glycémie en temps réel, sur la base de laquelle la glycémie est mesurée au moins toutes les 5 minutes automatiquement et le résultat de cette mesure est envoyé au moins toutes les 5 minutes automatiquement à l'appareil de lecture ou vers un appareil mobile sur lequel le patient peut suivre les valeurs mesurées et ce, sans que le patient

ne doit scanner ou flasher le capteur. Ce système de mesure continue de la glycémie doit également permettre d'alerter le patient en cas de valeurs glycémiques trop élevées ou trop basses. »

Article 2.

Les dispositions de l'article 7, § 2, 2^{ème} alinéa de la convention d'autogestion 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 130 et 120 mesures de la glycémie par mois. Le nombre de mesures qui doit être exécuté par un bénéficiaire individuel diffère d'un bénéficiaire à l'autre et peut être plus élevé ou moins élevé que les nombres moyens mentionnés. Sans préjudice du fait que l'établissement doit fournir au bénéficiaire tout le matériel nécessaire à l'exécution du nombre de mesures de la glycémie prescrit, l'établissement s'engage à fournir – aux bénéficiaires des groupes A et B qui déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt – 1 lancette pour chaque jour de la période pour laquelle le matériel est délivré et au moins 90 tiges de glycémie sur une base mensuelle à l'exception des patients 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 tiges de glycémie peuvent être délivrées dans le cas où ces patients doivent effectuer moins de 90 mesures par mois. »

Article 3.

Les dispositions de l'article 7, § 3, 2^{ème} alinéa de la convention d'autogestion sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Si l'établissement a fourni le matériel nécessaire pour la mesure par capteur à un bénéficiaire pour un certain nombre de jours, l'établissement peut, pour les bénéficiaires des groupes A et B, pour ce nombre de jours, attester le forfait correspondant visé à l'article 15, § 1^{er} pour la mesure par capteur, aux organismes assureurs et ce, peu importe que le bénéficiaire utilise ou non la mesure par capteur pendant ces jours. Aux bénéficiaires du groupe C, l'établissement peut, pour le nombre de jours pour lesquels l'établissement a fourni le matériel pour la mesure par capteur à ces bénéficiaires, attester le supplément visé à l'article 15, § 4, pour la mesure par capteur à ces bénéficiaires et ce, peu importe si le bénéficiaire utilise effectivement ou non ce matériel pendant ces jours. »

Article 4.

Les dispositions de l'article 7, § 7 de la convention d'autogestion sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

Article 5.

Les dispositions de l'article 7, § 8, 2^{ème} alinéa de la convention d'autogestion sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'établissement n'encouragera pas activement les bénéficiaires du groupe C pour lesquels le matériel pour la mesure par capteur n'est pas couvert par le prix de journée fixé à l'article 15, § 1^{er}, de déterminer leur taux de glycémie par la mesure par capteur. »

Article 6.

Les dispositions de l'article 15 de la convention d'autogestion sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

	Méthode de test de piqûre au doigt			Méthode de mesure par « capteur »		
	Montant total par jour	Partie indexable	Pseudo-code	Montant total par jour	Partie indexable	Pseudo-code
Groupe A	3,47 €	2,38 €	788756	6,53 €	2,58 €	788771
Groupe B	3,41 €	2,38 €	788793	6,06 €	2,58 €	788815
Groupe C	0,82 €	0,59 €	788830	0,82 €	0,59 €	788852

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

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

Les pseudo-codes 788771, 788815 et 788852 ne peuvent jamais être portés en compte pour les patients sous capteur implanté et ce, pour les jours pendant lesquels ces patients sont effectivement sous capteur implanté.

Une fois le capteur explanté (sans qu'un autre capteur n'ait été implanté en remplacement), le bénéficiaire entre en ligne de compte, pendant les jours pour lesquels un capteur n'est pas implanté, pour toutes prestations dont il est question dans le cadre de la présente convention pour le peu qu'il satisfasse aux conditions y définies et ce, à partir du jour qui suit le jour pendant lequel le capteur a été explanté.

§ 2. Les prix et honoraires de l'« indemnité de renvoi » visée à l'article 14, § 4, de la présente convention sont fixés à 49,81 EUR. Ce montant est entièrement indexable.

§ 3. La partie indexable des prix et honoraires fixés aux §§ 1 et 2 est liée à l'indice pivot des prix à la consommation 123,14 (décembre 2022 - base 2013). Cette partie indexable, qui est fixée de manière forfaitaire et qui tient compte à la fois des coûts liés au personnel et d'une partie des coûts liés au matériel, est adaptée conformément aux dispositions de la loi du 1er mars 1977 établissant un système par lequel certaines dépenses du secteur public sont liées à l'indice des prix à la consommation de l'Etat.

§ 4. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 15 qui permettent de rembourser, entre autres, le matériel de mesure de la glycémie mis à disposition par l'établissement sous les conditions prévues aux articles 6 et 7 de la présente convention. Pour un bénéficiaire utilisant la méthode de mesure par capteur, ce matériel comprend également l'appareil de lecture spécifiquement conçu pour suivre les données de mesure du capteur et mis à disposition par l'établissement au bénéficiaire, sans coût supplémentaire pour ce dernier, si le bénéficiaire utilise effectivement un tel appareil de lecture pour suivre les données de mesure du capteur au lieu d'utiliser son propre appareil mobile.

Toutefois, étant donné que pour les bénéficiaires du groupe C qui déterminent leur glycémie par la méthode de mesure par capteur, le matériel de mesure par capteur n'est pas couvert par les montants mentionnés au §1^{er}, les bénéficiaires du groupe C ne peuvent utiliser ce matériel que s'ils paient un supplément pour ce faire. L'établissement peut attester un supplément de 3,31 € pour chaque jour pour lequel il a fourni du matériel à un bénéficiaire du groupe C pour la mesure par capteur. Ce montant tient compte du fait qu'il faut fournir moins de matériel pour le test de piqûre au doigt à ces bénéficiaires.

Les capteurs qui ont été perdus précocement et pour lesquels un bénéficiaire achète dans l'établissement des capteurs supplémentaires en remplacement des capteurs qui ont été perdus avant leur fin de validité normale, peuvent être portés en compte au bénéficiaire par l'établissement. Le prix maximum que l'établissement peut à cet effet réclamer au bénéficiaire s'élève à 4,65 € par jour pour le groupe A et 4,28 € par jour pour le groupe B, multiplié par le nombre de jours d'utilisation du capteur tel que décrit dans le mode d'emploi fourni par le fabricant. »

Article 7.

Les dispositions de l'article 21, 1^{er} alinéa de la convention d'autogestion sont 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 d'une part à quel groupe de

patients visé à l'article 4 appartient le bénéficiaire en question à un jour déterminé et d'autre part, de mentionner les données précises suivantes dans le registre (également pour les patients du groupe C qui déterminent leur glycémie via la mesure par capteur) à chaque fois qu'un bénéficiaire a reçu du matériel pour la détermination de sa glycémie :

- le bénéficiaire qui a reçu le matériel ;
- la date de fourniture du matériel ;
- la date de début et de fin de la période pour laquelle le matériel a été fourni pour déterminer la glycémie ;
- la nature (tigettes, lancettes, capteurs) et la quantité de matériel fourni. »

Article 8.

Les dispositions de l'article 26 de la convention d'autogestion sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

Prestation	Montant	Pseudo-code
Forfait annuel ordinaire destiné aux patients trajet de soins qui bénéficient d'une éducation ambulatoire dans l'établissement (cf. article 25, § 2, 1°)	117,53 €	786015
Forfait annuel majoré destiné aux patients trajet de soins qui commencent avec l'autogestion et qui bénéficient de l'éducation ambulatoire dans l'établissement (cf. article 25, § 2, 1°)	205,66 €	786030
Forfait matériel pour les patients hospitalisés qui n'ont pas encore conclu de contrat trajet de soins mais qui ont l'intention de le conclure après leur hospitalisation (cf. article 25, § 2, 2° de la présente convention)	35 €	786100

§ 2. Les prix et honoraires du forfait ordinaire et du forfait annuel majoré qui sont fixés au § 1^{er} sont liés à l'indice pivot 123,14 (décembre 2022 - base 2013) des prix à la consommation. Ils sont adaptés selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

Le prix et l'honoraire du forfait matériel fixé au § 1^{er} ne sont pas indexables.

§ 3. Les dispositions de l'article 16 § 3 s'appliquent également aux prestations définies à l'article 25, § 2, 1° et 2°. Une quote-part du bénéficiaire n'est donc pas due non plus sur les montants fixés à l'article 26, § 1^{er} qui peuvent être facturés pour ces prestations aux organismes assureurs. »

Article 9.

Les dispositions de l'article 36, § 2 de la convention d'autogestion sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La présente convention est valable jusqu'au 30/06/2026 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. »

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 10.

§ 1^{er}. Sans préjudices des autres dispositions prévues au présent article, l'établissement doit, pour les prestations réalisées à partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant, porter en compte, aux organismes assureurs, les nouveaux prix prévus au présent avenant

§ 2. Chaque patient du groupe A qui utilise la méthode de mesure par capteur doit effectivement utiliser des capteurs répondant à la condition de l'article 6, § 4, dernier alinéa de la présente convention (alinéa ajouté par le présent avenant) à partir du 1^{er} janvier 2024 au plus tard. Dès lors, afin de permettre une transition progressive vers l'utilisation de tels capteurs, les patients du groupe A utilisant la méthode de mesure par capteur peuvent, le cas échéant, continuer à utiliser des capteurs ne répondant pas à la condition de l'article 6, § 4, dernier alinéa de la convention, que jusqu'au 31 décembre 2023 au plus tard. Dans le cas où du matériel de mesure par capteur est mis à la disposition des patients du groupe A avant le 1^{er} janvier 2024 et qu'il sera utilisé en tout ou en partie par le patient à partir du 1^{er} janvier 2024, l'établissement doit veiller à ce que le matériel qui sera utilisé par les patients du groupe A à partir du 1^{er} janvier 2024 réponde à la condition de l'article 6, § 4, dernier alinéa, de la convention.

§ 3. Pour chaque patient du groupe B qui, avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, utilisait déjà la méthode de mesure par capteur et qui a déjà reçu du matériel, avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, pour la méthode de mesure par capteur pour une période qui court jusqu'à la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou une date ultérieure, l'obligation prévue au présent avenant qui consiste à ne plus facturer de supplément pour le matériel de mesure par capteur vaut à partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant, ce qui implique qu'à partir de cette date, aucun supplément ne peut plus être porté en compte pour les capteurs qui seront normalement utilisés à partir de cette date ou une date ultérieure. Cette interdiction de porter en compte des suppléments pour les capteurs ne vaut toutefois pas :

- pour les suppléments qui ont déjà été portés en compte avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant en vertu des dispositions de la convention en vigueur avant cette date, même si les capteurs ne seront utilisés qu'à partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou une date ultérieure ;
- pour les capteurs qui ont été mis à la disposition du patient avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant et qui sont destinés à être utilisés avant cette date, mais pour lesquels les suppléments qui sont dus en vertu des dispositions de la convention en vigueur avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, n'avaient pas encore été portés en compte avant cette date.

Pour chaque patient pour lequel l'établissement a, avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, déjà porté en compte des suppléments qui étaient dus sur la base des modalités en vigueur avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant et ce pour une période qui court jusqu'à la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou une date ultérieure, un forfait journalier

spécifique peut être porté en compte aux organismes assureurs en complément de ce supplément déjà attesté et ce, pour chaque jour à partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant jusqu'à la date (inclus) jusqu'à laquelle des suppléments ont déjà été attestés sur base des modalités d'application avant l'entrée en vigueur du présent avenant.

Le montant de ce forfait journalier spécifique et le pseudo-code qui doit être mentionné pour cette prestation pour la facturation aux organismes assureurs, sont reproduits dans le tableau ci-dessous :

	Montant	Pseudo-code
Forfait journalier spécifique (à utiliser pour les patients du groupe B pour lesquels un supplément pour la méthode de mesure par capteur a déjà été attesté)	3,41 €	786155

Ce forfait journalier spécifique est indexé de la même manière que la prestation 788793.

Pour chaque patient, le nouveau montant du forfait journalier prévu au présent avenant pour les patients du groupe B qui utilisent la méthode de mesure par capteur (forfait journalier qui est porté en compte au moyen du pseudo-code 788815) ne pourra être porté en compte qu'à partir du jour où l'établissement a mis à la disposition de ce patient le matériel pour la méthode de mesure par capteur, sans qu'un supplément pour ce matériel n'ait été porté en compte ou ne sera porté en compte au patient.

§ 4. Pour chaque patient du groupe C qui, avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, utilisait déjà la méthode de mesure par capteur et qui, avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, a déjà reçu du matériel pour la méthode de mesure par capteur pour une période qui court jusqu'à la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou une date ultérieure - – période pour laquelle l'établissement a, avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, déjà porté en compte des suppléments qui étaient dus sur la base des modalités en vigueur avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant – le nouveau montant du supplément pour la méthode de mesure par capteur prévu au présent avenant, ne vaut qu'à partir du jour qui suit la période pour laquelle l'établissement a déjà porté en compte au patient le supplément pour le matériel de mesure par capteur qui était d'application avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Pour chaque patient du groupe C qui utilise la méthode de mesure par capteur, le forfait journalier que le présent avenant prévoit pour les patients du groupe C qui utilisent la méthode de mesure par capteur peut être porté en compte à partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant au moyen du pseudocode 788852, en plus du supplément qui a déjà été attesté. Ce forfait journalier peut continuer à être facturé par la suite aussi longtemps que le patient du groupe C continue à utiliser la méthode de mesure par capteur.

§ 5. Dans le cas où la période de 6 mois couverte par le forfait matériel qui peut être porté en compte pour les patients hospitalisés qui n'ont pas encore conclu de contrat trajet de soins mais qui ont l'intention de le conclure après leur hospitalisation (cf. article 25, § 2, 2° de la convention d'autogestion) – période de 6 mois qui commence à courir le jour où le patient quitte l'hôpital - débute au plus tôt à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, le montant prévu à cet effet à l'article 26 § 1^{er} de la convention (comme adapté par le présent avenant) est porté en compte.

Dans le cas où pour ces patients, la période de 6 mois couverte par le forfait matériel débute avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, le montant qui était d'application avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant peut encore être porté en compte.

§ 6. L'adaptation de l'article 7, § 2, alinéa 2 de la convention d'autogestion, prévue par le présent avenant, qui réduit le nombre moyen de mesures de la glycémie pour les patients du groupe A qui utilisent le test de piqûre au doigt pour mesurer leur glycémie, ne peut jamais conduire à une adaptation du nombre prescrit de mesures de la glycémie pour ces patients dans la période pour laquelle des tigettes de glycémie ont déjà été remises avant l'entrée en vigueur du présent avenant, même si cette période court jusqu'à la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou une date ultérieure.

§ 7. Pour les extra-capteurs qu'un bénéficiaire, en application de l'article 15, § 4, alinéa 3, de la convention d'autogestion (telle que modifié par le présent avenant), a achetés dans l'établissement avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, le prix maximum applicable en vertu de l'article 15, § 4, de la convention d'autogestion avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, est d'application même si les capteurs sont destinés à être utilisés à partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou d'une date ultérieure.

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR

Article 11.

Le présent avenant fait partie intégrante de la convention susmentionnée et produit ses effets le 1^{er} juillet 2023.

Fait à Bruxelles, le 5 juin 2023 et signé électroniquement par

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Mickaël DAUBIE
Directeur-général des soins de santé