

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 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 institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

et d'autre part,

qui gère le service de diabétologie clinique et policlinique de l'enfant et de l'adolescent ###, service désigné dans la présente convention par le terme « établissement ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}.

La présente convention définit les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé visés à l'article 3, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit notamment le contenu du programme de soins multidisciplinaire d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents, les prestations remboursables, leurs prix et honoraires ainsi que leur mode de paiement.

BUT DE LA CONVENTION

Article 2.

Le but de la présente convention est d'atteindre, via la réalisation d'un programme de soins multidisciplinaire, pour les enfants ou adolescents diabétiques bénéficiaires pris en charge, et en collaboration avec eux et leurs proches, l'autogestion de leur diabète.

Par autogestion, on entend en premier lieu, la prise en charge par le patient et/ou ses proches, en collaboration avec l'équipe de diabétologie, de tous les aspects du traitement du diabète, y compris la détermination de la glycémie¹, la glycosurie, la cétonurie et la cétonémie, l'adaptation des doses d'insuline notamment en fonction des résultats de mesure, la technique d'administration de l'insuline (par injections ou au moyen d'une pompe à insuline), l'identification des signes d'hypo ou hyperglycémie et leur correction, l'intégration de l'exercice physique dans le schéma des administrations de l'insuline et des repas, l'établissement d'une alimentation équilibrée, tout ceci aux fins d'éviter ou de

¹ « Glycémie » peut aussi renvoyer dans le cadre de la présente convention à une détermination analogue du glucose comme par exemple la teneur en glucose dans le liquide interstitiel.

retarder les complications du diabète.

Par autogestion, on entend ensuite la capacité pour le patient et/ou ses proches, d'apprendre à faire face aux variations de pression psychologique inhérentes à cette maladie chronique et qui peuvent compromettre indirectement l'autogestion.

En plus de cet aspect purement médico-psychologique, l'autogestion vise également le maintien et/ou l'amélioration de l'intégration sociale et scolaire du jeune diabétique.

Le programme des soins multidisciplinaire vise à l'apprentissage de l'autogestion et à son suivi continu.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3.

§ 1^{er}. Le programme de soins multidisciplinaire visé dans la présente convention est réservé aux bénéficiaires de l'assurance souffrant de diabète et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 18 ans.

§ 2. Sont assimilés aux bénéficiaires souffrant de diabète visés au § 1^{er} :

- Les patients souffrant d'«hyperinsulinisme» si des hypoglycémies sont causées par cette affection ;
- Les bénéficiaires souffrant d'hypoglycémies organiques (à la suite d'une nésioblastose ou d'un insulinome par exemple).

§ 3. Les patients visés dans la présente convention sont les patients ambulatoires ou hospitalisés.

Les patients admis dans l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue qui entament pour la première fois une autogestion du diabète (en raison de l'éducation nécessaire par une équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement) sont déjà des bénéficiaires de la présente convention et ce, à partir du jour où l'éducation à l'autogestion (*éducation donnée par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 11 de la présente convention*) et les mesures de glycémie requises (*et le cas échéant, le traitement avec la pompe à insuline exigé*) ont débutées, moyennant le respect en la matière des conditions supplémentaires suivantes :

- Cette hospitalisation ne peut pas excéder plus d'un mois à compter du jour où débute l'autogestion (cette période est définie comme suit : jour x du premier mois jusqu'au jour x -1 du mois suivant, le jour x représentant la date de début de l'autogestion). Cette condition ne s'applique pas si le bénéficiaire est traité au moyen d'une pompe à insuline;
- À partir du jour où débute l'autogestion et pendant le reste de son hospitalisation, le patient a des contacts directs chaque jour ouvrable avec au moins un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie ou avec un diététicien de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 11 ;
- À partir du jour où débute l'autogestion et pendant le reste de son hospitalisation, le patient a été vu chaque jour ouvrable par un pédiatre de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visé à l'article 11 § 1^{er}.

§ 4. Les patients diabétiques âgés de 18 ans ou plus doivent en principe être suivis dans le cadre de la convention d'autogestion pour adultes.

Un bénéficiaire diabétique âgé de 18 ans ou 19 ans peut toutefois bénéficier exceptionnellement d'une prise en charge dans le cadre de la présente convention à condition qu'il ait déjà suivi un

programme au sein de l'établissement avant l'âge de 18 ans.

§ 5. Pour pouvoir entrer en ligne de compte comme bénéficiaire de la présente convention, un patient âgé de 18 ans ou 19 ans doit disposer d'un Dossier médical global (DMG) ou doit être inscrit dans une Maison médicale (en tenant compte du fait que la mise à jour du DMG fait partie de l'activité de soins que ces établissements réalisent).

Cette règle souffre les différentes exceptions suivantes :

1. Dans le cas où le code de compétence du médecin généraliste du bénéficiaire se termine par 001 ou 002, pour lequel la prestation DMG pour le bénéficiaire ne peut pas être prise en charge par l'assurance, une attestation dans laquelle le médecin généraliste du bénéficiaire déclare tenir le dossier médical du patient suffit ;
2. Un bénéficiaire qui pense disposer d'un DMG mais pour lequel l'organisme assureur n'a enregistré aucune prestation DMG ;
3. Un bénéficiaire ayant un accord en cours qui termine son inscription dans une Maison médicale et qui ne dispose pas d'un DMG ;
4. Un bénéficiaire qui lors de la demande de prise en charge précédente avait moins de 18 ans et qui, à ce moment là, ne devait pas encore disposer d'un DMG.

Pour les bénéficiaires qui se trouvent dans les situations d'exceptions 2), 3) ou 4), conformément à l'article 17 § 3, une prolongation de l'accord existant ne peut seulement être autorisée que pour une période de 6 mois. Cet accord ne pourra ensuite être prolongé que si le patient dispose effectivement d'un DMG.

PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE A L'AUTOGESTION

Article 4.

§ 1^{er}. Le programme de soins multidisciplinaire vise la réalisation de l'autogestion définie à l'article 2.

Chaque programme de soins multidisciplinaire que l'établissement réalise doit être adapté aux besoins du bénéficiaire individuel et à la façon dont son diabète se manifeste.

L'objectif du programme de soins multidisciplinaire est de réaliser un traitement du diabète intégré et global et de parvenir ainsi à une régulation optimale du diabète du bénéficiaire. À cet effet, le programme de soins multidisciplinaire doit obligatoirement toujours comporter les sept volets suivants qui sont réalisés par l'équipe de diabétologie de l'établissement :

- a) l'éducation et l'accompagnement continu du bénéficiaire et/ou de son entourage immédiat dans l'autogestion du diabète.
- b) la mise à disposition du matériel suivant et l'éducation continue sur son utilisation :
 - le matériel dont a besoin le bénéficiaire pour déterminer lui-même sa glycémie (cf. articles 5 et 6), sa glycosurie, sa cétonurie et sa cétonémie (cf. article 7).
 - une pompe à insuline portable si le bénéficiaire en fait usage (cf. article 9).
- c) l'accompagnement social et émotionnel du bénéficiaire et de son entourage immédiat, dans le cadre du diabète.

d) la mise à la disposition des enseignants et de la direction de l'école fréquentée par le bénéficiaire de l'information nécessaire quant à la détection, la prévention et le traitement des complications aiguës du diabète. En outre, les enseignants seront informés et guidés pour discerner, comprendre et saisir de la façon la plus experte possible les problèmes de leur élève, liés à son affection, notamment sur le plan social et psychologique.

e) la mise en place d'une permanence téléphonique destinée à répondre aux appels des bénéficiaires et de leur entourage immédiat, même en dehors des heures de consultation.

f) la mise en œuvre d'un réseau de soins urgents qui, en cas d'urgence, doit pouvoir garantir un maximum de compétence diabétologique spécifique.

g) la collaboration et l'échange d'informations avec le médecin traitant et, le cas échéant, le médecin généraliste du bénéficiaire (cf. § 6).

§ 2. Pour réaliser le programme de soins multidisciplinaire, chaque bénéficiaire doit, par an, en dehors du cadre d'une période d'hospitalisation :

- avoir au moins trois contacts avec un pédiatre de l'établissement visé à l'article 11, § 1^{er}, à différentes dates ;
- ainsi qu'avoir au moins trois contacts avec un membre thérapeutique non médical de l'équipe de diabétologie définie à l'article 11, à différentes dates. Ces contacts peuvent éventuellement avoir lieu aux dates auxquelles les contacts avec un pédiatre de l'établissement ont lieu.

§ 3. L'accompagnement visé des points a) à d) du § 1^{er}, se fera idéalement en partie dans le milieu de vie du bénéficiaire. Si dans le cadre de cet accompagnement, des contacts sont pris avec des personnes concernées autres que les parents (avec l'école par exemple), il y a lieu d'en informer les parents et d'obtenir leur accord.

§ 4. La mise à disposition du matériel visé au § 1^{er}, b), doit se faire en présence du bénéficiaire et/ou de son entourage immédiat, en même temps que le contrôle par l'équipe visée à l'article 11, des données de glycémie et de glycosurie enregistrées.

La fourniture du matériel au bénéficiaire (et/ou son entourage proche) pour pouvoir mesurer sa glycémie, sa glycosurie, sa cétonurie et sa cétonémie ou pour son insulinothérapie (le cas échéant, via une pompe à insuline), ne peut pas être dissociée de l'intervention de l'équipe, à savoir l'éducation et l'accompagnement indispensables des bénéficiaires et/ou de leur entourage immédiat, afin de leur apprendre la technique de la mesure de la glycémie dont question à l'article 5 et des adaptations thérapeutiques y afférentes, de contrôler et d'entretenir ces connaissances. La fourniture sans plus du matériel nécessaire aux mesures ou de la pompe à insuline ne peut, par conséquent, en aucun cas être considérée comme un programme de soins multidisciplinaire.

Aussi est-il indiqué qu'un membre de l'équipe dont question à l'article 11 (en principe un infirmier en diabétologie) fournisse le matériel nécessaire de manière à ce que la délivrance du matériel s'inscrive dans le cadre de l'éducation au diabète et se fasse en fonction de la gestion du diabète durant la période écoulée, sur la base d'une évaluation de cette période.

§ 5. La mise en œuvre des volets dont question au § 1^{er}, points e) et f) doit être communiquée par écrit au bénéficiaire et à son entourage immédiat.

§ 6. Pour parvenir à une régulation optimale du diabète du bénéficiaire, il est essentiel qu'une collaboration étroite et régulière soit mise en place entre l'équipe de diabétologie de l'établissement et le médecin traitant du bénéficiaire, le cas échéant, le médecin généraliste. Cette collaboration implique au minimum ce qui est stipulé dans ce paragraphe.

La mise en œuvre du réseau pour aide urgente visée au volet f) du § 1^{er} se fait en concertation avec le médecin traitant, le cas échéant, le médecin généraliste du bénéficiaire.

La formation et l'accompagnement continu doivent se faire également de concert avec le médecin traitant du bénéficiaire, le cas échéant, le médecin généraliste. Celui-ci recevra périodiquement un rapport comportant les résultats des consultations spécialisées et des visites dans le milieu de vie du bénéficiaire. S'il le désire, le médecin traitant peut en outre recevoir à tout moment toute information nécessaire au sujet de la prise en charge, en général ou pour un problème concret ponctuel, du diabète de son jeune patient.

Il est attendu du médecin traitant, le cas échéant, du médecin généraliste, qu'il fournisse un feedback à l'équipe de diabétologie sur l'évolution de l'état du bénéficiaire et la mesure dans laquelle le patient respecte le plan de traitement.

§ 7. Dans le cadre de la formation et de l'accompagnement continu du bénéficiaire dans l'autogestion du diabète sucré, une brochure personnalisée sera mise à la disposition des bénéficiaires. Elle pourra servir de «manuel» en vue d'atteindre le but visé dans la présente convention.

Cette brochure comprend, outre des informations concernant l'autogestion, tous les renseignements utiles - comme l'accessibilité lors d'un état d'urgence – concernant l'établissement.

Article 5.

§ 1^{er}. Dans le cadre de l'autogestion, le bénéficiaire détermine lui-même sa glycémie (éventuellement avec l'aide de son entourage proche). On distingue deux méthodes pour déterminer la glycémie :

- la méthode qui consiste en une « piqûre au doigt » ;
- la méthode de mesure par « capteur ».

§ 2. La méthode de « la piqûre au doigt » est la méthode classique par laquelle une goutte de sang est prélevée au doigt à l'aide d'une lancette. La goutte de sang est récoltée sur une tigette. À l'aide d'un glucomètre, la glycémie est déterminée au moyen de la goutte de sang imprégnée dans la tigette.

§ 3. Par la méthode de mesure par « capteur », la glycémie est déterminée à partir du taux de glucose interstitiel mesuré par un capteur inséré en sous-cutané. La mesure effectuée de manière continue au moyen du capteur est transmise vers un appareil de lecture ou via un transmetteur vers un appareil mobile, d'où les données enregistrées peuvent être téléchargées.

§ 4. Pour pouvoir mesurer la glycémie grâce à une piqûre au doigt, le bénéficiaire a besoin du matériel suivant qui est mis à disposition par l'établissement des bénéficiaires qui utilisent cette méthode de mesure :

- un porte-lancette ;
- des lancettes ;
- des tigarettes pour le dosage de la glycémie ;
- un lecteur de glycémie en état de marche d'un modèle répondant aux besoins du patient. A intervalle régulier, l'équipe de diabétologie vérifiera la fiabilité de l'appareil. Les appareils doivent permettre de télécharger les valeurs de mesure de la glycémie.

Pour pouvoir déterminer la glycémie via la méthode de mesure par capteur, le bénéficiaire a besoin

du matériel suivant qui est mis à disposition par l'établissement des bénéficiaires qui utilisent cette méthode de mesure :

- capteurs, son dispositif de mise en place et son éventuel dispositif de fixation ;

et

- soit, un appareil de lecture en état de marche d'un modèle répondant aux besoins du patient et pour lequel la fiabilité est vérifiée par l'équipe de diabétologie à intervalle régulier. L'appareil doit permettre de télécharger les valeurs de mesure de la glycémie ;
- soit, un transmetteur, en bon état de marche, directement connecté au capteur qui transmet les données mesurées par le capteur (mesure du taux de glucose, alertes éventuelles, etc.) et un appareil mobile et ses accessoires sur lequel est installée l'application du fabricant nécessaire pour télécharger les données mesurées par le capteur et transmises via le transmetteur. Cet appareil doit être en bon état de marche et d'un modèle répondant aux besoins du patient et pour lequel la fiabilité est vérifiée par l'équipe de diabétologie à intervalle régulier.

§ 5. Conformément aux directives 93/42/EEG, le matériel que l'établissement fournit au bénéficiaire pour mesurer sa glycémie doit être pourvu d'un marquage CE.

Le matériel que l'établissement fournit au bénéficiaire pour pouvoir mesurer sa glycémie grâce à une piqûre au doigt doit de plus satisfaire à la norme ISO 15197 renouvelée de 2013. Si une nouvelle norme ISO est établie pour ce matériel, le matériel fourni au bénéficiaire par l'établissement pour mesurer sa glycémie via le test de piqûre au doigt devra satisfaire à cette norme.

Si une norme ISO est établie pour le matériel qui est nécessaire pour déterminer la glycémie via une mesure par capteur, le matériel fourni au bénéficiaire par l'établissement pour déterminer sa glycémie via une mesure par capteur devra satisfaire à cette norme.

Le matériel utilisé pour la détermination de la glycémie via une mesure par capteur, ou une version antérieure comparable à celui-ci, doit avoir fait l'objet d'une étude clinique contrôlée randomisée. Les résultats de cette étude sont publiés ou acceptés pour publication dans un journal international peer reviewed.

L'efficacité et la sécurité du matériel sont à démontrer dans cette étude et ce, au moins pour les bénéficiaires souffrant de diabète de type 1 (pour lesquels le coût du matériel pour la méthode de mesure par capteur - cf article 8 § 4 - est couvert par le forfait).

Le matériel utilisé pour la détermination de la glycémie via une mesure par capteur qui est une adaptation du matériel répondant aux critères repris ci-dessus et déjà remboursé dans le cadre de la présente convention, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être fourni au bénéficiaire par l'établissement.

§ 6. Dans le cas où un âge minimum à partir duquel le matériel peut être utilisé est fixé conformément au marquage CE et/ou au mode d'emploi fourni par le fabricant concernant le matériel de mesure par capteur, l'établissement ne peut seulement délivrer ce matériel qu'aux bénéficiaires qui ont atteint cet âge minimum.

Article 6.

§ 1^{er}. 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, nésioblastose) 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 ;
- Les patients avec une perte quasi-totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie ou en cas de pancréatite chronique) 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).

L'établissement fournit au bénéficiaire tout le matériel visé à l'article 5, § 4, qui est nécessaire pour déterminer sa glycémie, pendant une période déterminée, selon la méthode pour laquelle le bénéficiaire a opté. Conformément à l'article 8, § 1, l'établissement peut réduire le nombre de lancettes, de tiges ou de capteurs qu'il fournit aux bénéficiaires, conformément à l'article 6 §§ 2 et 3, pour réaliser les mesures de glycémie dans une période déterminée, du matériel non utilisé par les patients dans la précédente période.

À la fin de chaque période pour laquelle l'établissement a fourni le matériel au bénéficiaire, ce dernier peut modifier son choix pour la détermination de la glycémie, soit via la méthode de la piqûre au doigt, soit via la méthode de mesure par capteur, pour la prochaine période pour laquelle l'établissement mettra le matériel à disposition du bénéficiaire.

Un bénéficiaire peut également opter, pour la prochaine période pour laquelle l'établissement mettra le matériel à disposition du bénéficiaire, pour alterner les deux méthodes de détermination de sa glycémie. Dans ce cas, l'établissement mettra le matériel à disposition du bénéficiaire pour les deux méthodes, et ce, en tenant compte de la proportion de temps d'utilisation d'une méthode puis de l'autre que le bénéficiaire souhaite utiliser durant la prochaine période.

§ 2. Pour les bénéficiaires qui choisissent de déterminer leur glycémie via le test de piqûre au doigt, le nombre de tiges pour le dosage de la glycémie qui lui sont fournies par l'établissement, équivaut au nombre de mesures de la glycémie que chaque bénéficiaire doit réaliser selon le pédiatre de l'établissement (en concertation avec le bénéficiaire et éventuellement des tiers concernés) pour pouvoir assurer l'autogestion, en toutes circonstances, notamment compte tenu des déterminations de la glycosurie. Il est parti du principe que les bénéficiaires doivent exécuter en moyenne respectivement 155 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 le nombre moyen mentionné.

L'établissement fournit également aux bénéficiaires qui déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt un certain nombre de lancettes à raison d'une lancette par jour pendant lequel les bénéficiaires déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt.

§ 3. Aux bénéficiaires qui choisissent de déterminer leur glycémie via la mesure par capteur, l'établissement fournit à chaque fois un certain nombre de capteurs nécessaire pour pouvoir exécuter les mesures pendant maximum 8 mois. Le nombre de capteurs remis à ces bénéficiaires peut être fixé, en fonction de la durée d'utilisation du capteur telle que décrite dans le mode d'emploi fourni par le fabricant.

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, § 1^{er}, 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, § 1^{er} 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, § 1^{er}, 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.

Aux bénéficiaires qui optent pour mesurer leur glycémie via la mesure par capteur, l'établissement fournit également le matériel requis afin de pouvoir déterminer leur glycémie via le test de piqûre au doigt dans les cas où cela serait indiqué pour des raisons médicales ou pratiques ou pour l'étalonnage du matériel de mesure par capteur selon le manuel d'utilisation fourni par le fabricant lorsque cela est nécessaire.

Article 7.

L'établissement fournit aux bénéficiaires le matériel nécessaire pour l'autosurveillance de la glycosurie, la cétonurie et la cétonémie, à savoir une quantité de tiges pour le dosage semi-quantitatif de la glycosurie et pour la détection d'acétone et des cétones qui, selon le pédiatre de l'établissement (en concertation avec le bénéficiaire et éventuellement des tiers concernés), est suffisante pour assurer l'autogestion compte tenu des déterminations de la glycémie.

Article 8.

§ 1^{er}. Lors de la fourniture du matériel nécessaire pour les mesures de la glycémie (cf. article 6) et pour les mesures de la glycosurie, de la cétonurie et de la cétonémie (cf. article 7), l'établissement est tenu de tenir compte respectivement des mesures de glycémie prescrites pour la période écoulée mais non effectuées et des mesures de la glycosurie, de la cétonurie et de la cétonémie prescrites pour la période écoulée mais non effectuées.

Dès lors, pour déterminer la quantité de matériel à fournir pour la période future, l'établissement peut déduire le nombre de lancettes, de tiges ou de capteurs non utilisés par le bénéficiaire pour des mesures de la glycémie, de la glycosurie, de la cétonurie ou de la cétonémie au cours de la période écoulée pour laquelle l'établissement a fourni du matériel pour déterminer le nombre de lancettes, tiges ou capteurs qu'il doit fournir conformément à l'article 6, §§ 2 et 3 et à l'article 7 pour la prochaine période.

Pour déterminer le nombre de mesures de glycémie qu'un bénéficiaire a réalisées au cours de la période précédente, l'établissement peut se baser sur les résultats de ses mesures que le bénéficiaire lui transmet électroniquement.

Pour les bénéficiaires qui déterminent leur glycémie via la mesure par capteur, le nombre total de capteurs que ces bénéficiaires peuvent obtenir via l'établissement et qu'ils ont en leur possession (total du nombre restant de capteurs des périodes précédentes et du nombre de capteurs fourni pour la future période), ne peut jamais dépasser le nombre de capteurs qui est nécessaire pour 8 mois.

§ 2. L'établissement n'est en aucun cas tenu de fournir plus de matériel aux bénéficiaires pour la détermination de la glycémie, de la glycosurie, de la cétonurie et de la cétonémie que le nombre de tiges, lancettes ou capteurs qu'il doit fournir à cet effet conformément à l'article 6 §§ 2 et 3 et à l'article 7.

§ 3. Les coûts du matériel supplémentaire (tiges, lancettes, capteurs) dont ont besoin les bénéficiaires parce qu'ils effectuent de leur propre initiative davantage de mesures de leur glycémie, glycosurie, cétonurie ou cétonémie et nécessitent donc davantage de matériel que ce que l'établissement leur avait fourni conformément à l'article 6, §§ 2 et 3 et à l'article 7, ne sont pas

compris dans les prix fixés à l'article 20, § 1^{er}.

Dans le cas où des capteurs, des dispositifs de mise en place ou de fixation du capteur, ou des transmetteurs – fournis à un bénéficiaire par l'établissement, en vertu des dispositions de la présente convention – ont été perdus précocement, les coûts de capteurs, dispositifs de mise en place ou de fixation du capteur ou de transmetteurs fournis supplémentaires par l'établissement à ce bénéficiaire, ne sont pas compris dans les prix fixés à l'article 20, § 1^{er}.

Les coûts d'un appareil supplémentaire de lecture pour la mesure par capteur ou d'un appareil mobile supplémentaire et de ses accessoires pour télécharger les données mesurées par le capteur et transmises via le transmetteur, parce que l'appareil et/ou ses accessoires que l'établissement a remis à un bénéficiaire a été égaré (moins de 3 ans après la première mise en service de l'appareil par un bénéficiaire) ou est tombé en panne prématurément suite à une utilisation erronée du bénéficiaire (moins de 3 ans après la première mise en service de l'appareil par un bénéficiaire), ne sont pas compris non plus dans les prix fixés à l'article 20, § 1^{er}. Ces coûts sont donc à charge des bénéficiaires.

§ 4. Les bénéficiaires qui ne souffrent pas d'une affection visée à l'article 6, § 1^{er}, 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, § 1^{er}, premier alinéa, 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 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.

§ 5. L'établissement ne conseillera jamais à un bénéficiaire d'effectuer davantage de mesures de glycémie via le test de piqûre ou de mesures de la glycosurie, de la cétonurie ou de la cétonémie que le nombre de mesures qui est prescrit à ce bénéficiaire.

L'établissement n'encouragera pas activement les bénéficiaires ne souffrant pas d'une affection visée à l'article 6, § 1^{er}, 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, § 1^{er}, de déterminer leur taux de glycémie par la mesure par capteur.

Article 9.

Pour les bénéficiaires traités à l'aide d'une pompe à insuline portable, l'établissement met à disposition tout le matériel nécessaire.

Par matériel, on entend entre autres :

- une pompe à insuline portable adaptée au patient et prête à l'emploi (avec l'équipement de commande connexe). Le type de pompe le plus approprié au patient est déterminé par le pédiatre prescripteur visé à l'article 11, § 1^{er}, après concertation avec le patient et/ou avec son entourage immédiat. Le pédiatre prescripteur informera le patient et/ou son entourage immédiat au sujet des différents types de pompe à insuline pour lesquels le patient entre en considération et qui sont disponibles en Belgique, y compris les pompes à insuline que l'établissement lui-même ne propose pas. Si une certaine pompe à insuline est considérée comme la plus appropriée pour un patient mais que l'établissement n'offre pas lui-même cette pompe à insuline et que le patient souhaite quand même utiliser cette pompe, le pédiatre de l'établissement prendra les mesures nécessaires pour renvoyer le patient vers un autre hôpital qui a signé la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents avec le Comité de l'assurance et qui propose ce type de pompe à insuline à ses patients;

- tout le matériel nécessaire à l'utilisation de la pompe portable : les batteries nécessaires, le matériel portable ainsi que tous les accessoires jetables nécessaires : piles, canules, cathéters, réservoirs d'insuline, matériel de fixation, etc. ;
- lors de l'utilisation d'une pompe à insuline qui peut faire usage des valeurs de glycémie mesurées par un système de surveillance en continu de la glycémie, sans que les valeurs mesurées ne doivent être introduites manuellement dans l'équipement de commande de la pompe à insuline : une quantité suffisante de capteurs de glucose adaptés pour être utilisés avec la pompe (capteurs remboursés dans la cadre de la présente convention) ainsi qu'un émetteur ("lien") qui transmet, sans fil, les données mesurées par le capteur relatives au glucose à la pompe à insuline ;
- la mise à la disposition au patient et/ou à son entourage immédiat d'une plateforme informatique (à usage tant du patient et/ou de son entourage immédiat que de l'équipe médicale) permettant la lecture des données transmises par les pompes et l'accompagnement à distance du patient. L'accompagnement et l'éducation des patients dans ce contexte recouvrent donc également l'apprentissage des bénéficiaires visés par la présente convention et/ou de leur entourage immédiat à l'utilisation de cette plateforme informatique permettant la lecture des données transmises par les pompes et l'accompagnement à distance des patients. Il appartient à l'établissement d'assurer la gestion de ces plateformes et de veiller à ce que le bénéficiaire dispose de tous les outils nécessaires permettant de suivre l'évolution des données, de faire l'analyse des données et de mettre en place un suivi à distance des bénéficiaires.

L'ÉTABLISSEMENT

Article 10.

§ 1^{er}. Par «service de diabétologie clinique et policlinique de l'enfant et de l'adolescent» au sens de la présente convention (désigné par le terme « établissement »), on entend une équipe de diabétologie (comme visée à l'article 11) attachée à l'hôpital, qui dispose de l'infrastructure et de l'équipement nécessaires en vue d'atteindre le but recherché par la présente convention, tant au sein de l'établissement que dans le milieu de vie du bénéficiaire, au moyen d'un programme de soins multidisciplinaire sur mesure.

§ 2. L'établissement doit avoir en traitement régulier en permanence au moins 60 enfants et/ou adolescents (de moins de 18 ans) diabétiques. Par traitement régulier on entend que le bénéficiaire suit un programme de soins multidisciplinaire dans l'établissement avec, par année, en dehors d'une période d'hospitalisation du bénéficiaire, au moins 3 contacts personnels à différentes dates, entre lui et l'équipe de diabétologie.

Si l'établissement ne satisfait plus à ce critère pendant deux années civiles consécutives, cela – après une évaluation démontrant que les perspectives ne sont pas meilleures – constituera un motif pour résilier la convention moyennant un préavis d'un an de telle manière à ce que l'établissement puisse prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la continuité des soins.

L'ÉQUIPE DE DIABÉTOLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Article 11.

§ 1^{er}. Le cadre médical de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire se compose d'un ou plusieurs pédiatres qui doivent chacun s'être spécialisés en matière d'endocrino-diabétologie chez les enfants et les adolescents. Ces pédiatres spécialisés sont désignés en tant que "pédiatre" dans la présente convention.

Le Collège des médecins-directeurs établit une liste des pédiatres spécialisés qui travaillent dans des établissements spécialisés en matière de suivi d'enfants et d'adolescents diabétiques. Seuls les pédiatres de l'établissement qui figurent sur cette liste peuvent assumer les tâches qui sont confiées

dans la présente convention à un pédiatre de l'établissement.

Pour figurer sur la liste en question, chaque pédiatre candidat introduit une demande auprès du Collège des médecins-directeurs. Dans cette demande, ils doivent démontrer leur spécialisation en matière d'endocrino-diabétologie chez les enfants et les adolescents. Leur expérience et expertise spécifique en la matière doit ressortir de leur CV détaillé qui est joint à la demande. Dans le cas de nouveaux pédiatres qui auparavant ne travaillaient pas encore dans un établissement spécialisé en matière de suivi d'enfants et d'adolescents diabétiques, il est souhaitable qu'ils soient proposés par des pédiatres dont la spécialisation en matière d'endocrino-diabétologie a été démontrée depuis longtemps.

§ 2. Afin que chaque pédiatre qui fait partie du cadre médical puisse entretenir et développer suffisamment son expertise, le nombre de pédiatres différents dont peut disposer le cadre médical est limité. Le nombre de pédiatres dont peut être constitué le cadre médical est tributaire du nombre de bénéficiaires pour lesquels l'établissement réalise le programme de soins multidisciplinaire :

Nombre de bénéficiaires pour lesquels l'établissement réalise le programme de soins multidisciplinaire	Nombre maximum de pédiatres qui peuvent faire partie du cadre médical
≥ 60 en < 180	2
≥ 180 en < 240	3
≥ 240 en < 300	4
≥ 300 en < 360	5
...	...

Le nombre de bénéficiaires sur lequel l'établissement doit se baser pour déterminer combien de pédiatres différents peuvent faire partie du cadre médical est le nombre de bénéficiaires au cours de l'année civile précédente.

§ 3. Un des pédiatres visés au § 1^{er} dirige l'équipe de diabétologie multidisciplinaire. Ce médecin est désigné comme "pédiatre responsable". Ce pédiatre responsable garantit la compétence (régulièrement actualisée) des membres de l'équipe, aussi bien quant à la formation qu'à l'accompagnement des enfants et adolescents diabétiques (tant dans l'établissement que dans le milieu de vie du bénéficiaire) et il est associé à leur recrutement et sélection. Le pédiatre responsable peut donner les instructions nécessaires à ces membres de l'équipe pour la réalisation des programmes de soins multidisciplinaires.

Si l'établissement, sur la base des dispositions du présent article, engage plus de 0,5 ETP pédiatre, le pédiatre responsable de l'établissement doit au moins travailler 0,5 ETP pour l'établissement.

§ 4. Outre le cadre médical, l'équipe de diabétologie multidisciplinaire se compose d'un(e) ou de plusieurs :

- praticien(s) de l'art infirmier spécialisé(s) en diabétologie et chargé(s) de l'éducation à la santé de l'enfant ou de l'adolescent diabétique. Ces praticiens de l'art infirmier sont supposés avoir suivi une formation théorique approfondie sur le diabète chez les enfants et les adolescents et également avoir effectué un stage dans un service de pédiatrie spécifiquement destiné aux enfants et adolescents diabétiques.

Chaque praticien de l'art infirmier doit pouvoir en tout cas fournir un certificat sanctionnant une formation spécifique de praticien de l'art infirmier éducateur en diabétologie pour les enfants et les adolescents. La charge entraînée par cette formation doit être équivalente à l'actuelle formation d'éducateur spécialisé en diabétologie. Dans le cas où un nouveau praticien de l'art infirmier ne peut pas fournir un tel certificat, lors de son entrée en service, ce certificat doit être délivré dans les 3 ans qui suivent la date de son entrée en service.

S'il n'est pas possible de suivre une formation spécifique de praticien de l'art infirmier éducateur en diabétologie pour les enfants et les adolescents (*la charge entraînée par cette formation devant être équivalente à l'actuelle formation d'éducateur spécialisé en diabétologie*), notamment dans le cas où une telle formation en français n'est pas organisée en Belgique, il suffit que les praticiens de l'art infirmier qui travaillent pour l'établissement présentent le certificat sanctionnant la formation générale d'éducateur spécialisé en diabétologie.

Chaque établissement doit prendre les mesures nécessaires pour superviser le travail des praticiens de l'art infirmier actifs en leur sein mais qui ne peuvent pas encore produire le certificat nécessaire.

- diététicien(ne)s ayant une compétence régulièrement actualisée en diététique du diabète ;
- assistant(e)s sociaux(-ales) / infirmier(-ière)s sociaux(-ales) familiarisé(e)s avec la problématique sociale du diabète sucré ;
- psychologue(s) ayant une compétence particulière dans la prise en charge et le traitement de l'enfant ou de l'adolescent diabétique ;
- secrétaire(s) ;
- **uniquement pour les patients de moins de 18 ans placés sous pompe à insuline** : gestionnaire des données qui soutient l'équipe dans la collecte et le suivi des données des pompes à insuline placées chez des patients pris en charge dans le cadre de la présente convention ainsi que dans le contrôle de la qualité. Ce profil peut être exercé par un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie ou diététicien ou par d'autres personnels non médicaux plus spécialisés (par exemple, un master en sciences biomédicales, un master en ingénierie). Le nombre de gestionnaires de données de l'établissement, actifs dans le cadre de la présente convention est tributaire du nombre de patients âgés de moins de 18 ans sous pompe à insuline pris en charge dans le cadre de la présente convention.

Un psychiatre pour enfants ayant une compétence particulière dans la prise en charge et le traitement d'enfants et d'adolescents diabétiques peut également faire partie de l'équipe de diabétologie.

La compétence précitée ne concerne pas seulement les caractéristiques du diabète chez l'enfant et l'adolescent, mais également le contact avec les bénéficiaires visés et leurs proches tant dans l'établissement que dans leur entourage.

§ 5. Le nombre total d'équivalents temps plein (ETP) dont l'équipe de diabétologie susmentionnée doit se composer est de 1,2 ETP pour 60 patients âgés de moins de 18 ans (en dehors du gestionnaire de données) qui sont accompagnés dans le cadre de la présente convention, à majorer de :

- 0,05 ETP par 55 déplacements (au cours d'une même année civile) vers le lieu de vie du patient ;
- 0,036720 ETP gestionnaire de données par 60 patients sous pompe à insuline âgés de moins de 18 ans pris en charge dans le cadre de la présente convention.

Pour ce cadre requis, seul le temps de travail consacré par les différents membres de l'équipe à l'accompagnement des patients prévu dans la présente convention peut être pris en considération, c'est-à-dire tant l'accompagnement direct (*contacts directs avec les patients et leur entourage, en ce compris le temps des consultations*) que l'accompagnement indirect (*concertation au sujet des patients, réunions d'équipe, assistance téléphonique, rapports, gestion et analyse des données, télémonitoring, etc.*), et ce tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés. Le temps de travail consacré aux consultations de patients (ou aux soins dispensés aux patients) qui ne font pas partie des bénéficiaires de la présente convention ne peut donc pas être pris en considération pour atteindre le cadre requis de 1,2 ETP minimum par 60 patients âgés de moins de 18 ans. Le temps de travail consacré aux simples soins médicaux et infirmiers dispensés aux bénéficiaires hospitalisés de la présente convention ne peut pas non plus être pris en considération.

§ 6. Par discipline, le cadre total avancé de 1,2 ETP par 60 patients âgés de moins de 18 ans doit se composer de :

- normalement 0,30 ETP pédiatre comme visé au § 1^{er} au minimum (dont seule la moitié est financée par le forfait définit à l'article 19 § 1 ; l'autre étant sensée l'être via les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention) ;
- minimum 0,30 ETP infirmier ;
- minimum 0,12 ETP diététicien ;
- minimum 0,04 ETP assistant social/infirmier social ;
- minimum 0,10 ETP licencié en psychologie ou master en psychologie ;
- maximum 0,15 ETP secrétaire ;
- les 0,19 ETP (minimum) restants (à majorer de 0,05 ETP par 55 déplacements vers le lieu de vie du patient et de 0,036720 ETP gestionnaire de données par 60 patients sous pompe à insuline âgés de moins de 18 ans) peuvent être répartis librement entre les disciplines susmentionnées (à l'exception du secrétariat) et le gestionnaire de données, en tenant compte de l'encadrement nécessaire sur le plan médico-thérapeutique selon le pédiatre responsable de l'établissement.

§ 7. L'équipe active dans le cadre de la présente convention doit être adaptée proportionnellement en fonction du nombre effectif de patients âgés de moins de 18 ans qui suivent réellement un programme de soins multidisciplinaire dans le cadre de la présente convention. Afin d'éviter de multiples adaptations du cadre du personnel requis, l'établissement peut toutefois se baser, afin d'obtenir la taille requise du cadre du personnel au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de patients âgés de moins de 18 ans accompagnés dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes précédentes et sur le nombre moyen de déplacements vers le lieu de vie du patient au cours de ces années civiles. Le cadre du personnel (y compris la fonction de gestionnaire de données) ne doit être augmenté que si le nombre moyen de patients âgés de moins de 18 ans de ces 2 dernières années civiles complètes est supérieur de 10 % (avec un minimum de 20 patients) ou de 275 déplacements par année civile au nombre de patients âgés de moins de 18 ans et au nombre de déplacements sur lesquels la taille du cadre du personnel était basée jusqu'à présent.

§ 8. Comme il a déjà été mentionné, l'établissement doit normalement disposer d'au moins 0,30 ETP pédiatre (dont seule la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle) par 60 patients âgés de moins de 18 ans (à adapter proportionnellement en fonction du nombre réel de patients âgés de moins de 18 ans). L'établissement peut toutefois convertir au maximum la moitié de cet encadrement médical en thérapeutes non-médicaux supplémentaires appartenant aux autres disciplines prévues (à l'exception du secrétariat). Cette conversion de personnel médical en thérapeutes non-médicaux doit être effectuée de façon proportionnelle, en tenant compte de l'ampleur de l'encadrement médical non rempli et en partant du principe que chaque 0,1 ETP pédiatre non rempli doit être converti en 0,106 ETP personnel supplémentaire d'autres disciplines thérapeutiques non-médicales. La décision de convertir une partie de l'encadrement pédiatrique prévu en personnel thérapeutique non médical supplémentaire doit être prise avec l'accord du pédiatre responsable. Le cas échéant, il y a lieu aussi de prendre une décision sur la façon de remplir le personnel thérapeutique non médical supplémentaire (choix des disciplines) avec l'accord du pédiatre responsable. En ce qui concerne l'encadrement pédiatrique qui reste et qui n'est pas converti en thérapeutes non-médicaux supplémentaires, la moitié est financée par le forfait, l'autre étant sensée l'être via les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention.

§ 9. Pour les nouveaux établissements adhérant à la présente convention, l'équipe de démarrage doit proportionnellement correspondre au nombre de patients âgés de moins de 18 ans que l'établissement suit à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Dans ce contexte, il n'est pas possible de tenir compte de moins de 60 patients. L'équipe de démarrage ne peut donc jamais être inférieure à l'encadrement minimum de 1,2 ETP requis en vertu des dispositions de l'article 11 § 2 à majorer de 0,03672 ETP pour la fonction de gestionnaire de données pour les patients de moins de 18 ans sous pompe à insuline.

Si, au terme de la première année civile complète d'application de la convention, le nombre de bénéficiaires âgés de moins de 18 ans qui suivent effectivement un programme de soins multidisciplinaire dans le cadre de la présente convention est supérieur au nombre de bénéficiaires qui a été pris comme base pour fixer l'équipe de démarrage, cet encadrement doit être adapté au plus tard à ce moment au nombre réel de bénéficiaires comptabilisés à la fin de cette première année civile. Pour les années suivantes, les dispositions du § 7 du présent article sont d'application.

Pour les établissements qui ont déjà signé l'ancienne convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents (notamment la convention qui est remplacée par la présente convention), l'équipe doit être proportionnelle au nombre de patients âgés de moins de 18 ans qui ont été suivis dans le cadre de l'ancienne convention. Une adaptation de cette équipe doit être opérée conformément aux dispositions du § 7 du présent article.

§ 10. Pour l'application des dispositions du présent article relatif à la taille de l'équipe de diabétologie dont l'établissement doit disposer, l'établissement peut, s'il le souhaite, comptabiliser à concurrence de la moitié les bénéficiaires que, dans le cadre de la procédure de collaboration visée à l'article 14, il suit conjointement avec le service hospitalier des Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon ayant conclu la convention générale en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré. Comme déjà mentionné dans cet article, l'équipe ne peut jamais être plus petit que l'encadrement minimale fixé à 1,2 ETP à majorer de 0,03672 ETP pour la fonction de gestionnaire de données pour les patients de moins de 18 ans sous pompe à insuline.

Par contre, pour l'application des dispositions de l'article 10 relatives au nombre minimum requis de 60 bénéficiaires que l'établissement doit prendre en charge, les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre de la procédure de collaboration sont comptabilisés en tant que bénéficiaires à part entière de l'établissement.

§ 11. L'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit à tout moment indiquer, qui fait partie de l'équipe de l'établissement, pour quel nombre d'ETP par semaine et avec quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs. Ces données doivent pouvoir être objectivées en détail pour chaque membre de l'équipe au moyen des carnets de rendez-vous, de journaux de bord, ...

§ 12. Afin de respecter le cadre prévu dans le présent article, il convient de tenir compte du fait que pour tous les membres de l'équipe (les médecins inclus) 1 ETP est assimilé à un temps de travail de 38 heures et qu'une même personne ne peut jamais faire partie du cadre requis aux termes de la présente convention pendant plus d'1 ETP.

Le non-respect du cadre requis au cours d'une année civile déterminée peut, à condition que l'établissement ait eu la possibilité d'en exposer les raisons, donner lieu à une résiliation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l'établissement (sur la base d'une décision du Comité de l'assurance), à une récupération d'un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations versées pour cette année civile, pourcentage qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile en question. L'établissement s'engage dans ce cas à ne pas facturer aux bénéficiaires la partie récupérée des prestations.

Article 12.

Consultations multidisciplinaires

Toutes les disciplines de l'équipe multidisciplinaire doivent être accessibles pendant les heures de consultation, sauf si certaines disciplines n'en ont pas la possibilité en raison du nombre d'heures de consultation trop élevé par rapport au nombre d'heures de travail prévu pour une discipline déterminée. Dans ce dernier cas, l'horaire de travail des membres de l'équipe concernée doit être adapté afin d'accroître au maximum leur disponibilité pendant les consultations à l'égard des bénéficiaires pour lesquels une intervention a été indiquée.

En outre, si pour un bénéficiaire, un contact avec un praticien d'une des disciplines représentées dans l'équipe de diabétologie et mentionnées à l'article 11 §§ 1^{er} ou 4 est indiqué, il est attendu de l'établissement qu'il puisse s'organiser pour veiller à ce que ce contact, s'il ne peut pas avoir lieu immédiatement, puisse au moins se réaliser dans le cadre de la prochaine consultation du bénéficiaire. Pour ce faire, l'établissement organisera au moins deux demi-journées de consultations multidisciplinaires (de trois heures à chaque fois) par mois pendant lesquelles les praticiens de toutes les disciplines visées à l'article 11, §§ 1^{er} et 4, sont effectivement à la disposition des bénéficiaires. Concernant le diététicien, le psychologue, l'assistant social et l'infirmier social, cette exigence de disponibilité (sans préjudice de l'article 11, § 5, alinéa 2) n'implique toutefois pas que pendant les consultations multidisciplinaires, ces membres de l'équipe ne peuvent effectuer des activités que dans le cadre de la présente convention. Ce principe de consultations multidisciplinaires n'implique pas non plus que les bénéficiaires soient obligés dans tous les cas d'avoir des contacts avec les praticiens des différentes disciplines.

Accessibilité – disponibilité

L'équipe de diabétologie doit organiser un accueil par téléphone pendant les heures de travail normales (les jours de semaine de 9 heures à 17 heures), aussi en dehors des heures de consultation, des bénéficiaires, de leur entourage proche et de la première ligne, en ce compris le pharmacien. Pour y parvenir, l'établissement devra prévoir suffisamment de lignes téléphoniques directes. Les numéros des lignes téléphoniques doivent être suffisamment communiqués. Ils sont repris dans la brochure visée à l'article 4 § 7. L'établissement s'accorde avec les bénéficiaires sur la manière (la plus convenable possible) dont ils peuvent transmettre leurs valeurs de mesure à l'établissement.

L'équipe de diabétologie doit au moins prendre les mesures d'organisation nécessaires concernant le service d'urgence de l'hôpital auquel elle est rattachée de manière à garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) des médecins en vue de garantir au bénéficiaire la continuité de la prise en charge.

Unicité du fonctionnement

L'équipe multidisciplinaire doit se réunir au moins une fois par mois.

Pour chaque réunion, est établi un rapport qui comporte la liste des participants, le nom des bénéficiaires dont le cas a été discuté et les sujets généraux qui ont été traités.

Il est pris note de toute intervention en faveur de chaque bénéficiaire qui est prise en charge dans le cadre de la présente convention, prioritairement pour l'accompagnement thérapeutique, y compris celle au niveau de l'équipe multidisciplinaire mais aussi en vue de l'évaluation médico-administrative du fonctionnement de la convention.

Il est loisible à l'établissement d'élaborer un système d'enregistrement en vue de réaliser ces deux objectifs. Il tiendra toutefois compte des remarques éventuelles formulées par le Service des soins de santé en ce qui concerne le second objectif.

Infrastructure et équipement

L'établissement dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'un espace de rencontre pour les sessions de groupe, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers d'éducation individuelle sont gardés à la disposition de l'équipe multidisciplinaire et du service d'urgence.

L'établissement dispose en outre du matériel de démonstration et d'instruction nécessaire à l'auto-gestion afin de pouvoir assurer de façon optimale la formation et l'accompagnement continu des bénéficiaires.

L'établissement hospitalier auquel appartient l'établissement mettra à disposition de l'établissement et du gestionnaire de données de l'établissement visé à l'article 11 l'informatique et le soutien informatique nécessaires au fonctionnement de l'établissement, à la collecte et au traitement des données des pompes des bénéficiaires, pour l'accompagnement et le suivi de ces bénéficiaires – entre autres sur la base des données des pompes - et pour la transmission des données dans le cadre du contrôle de qualité prévu aux articles 25 et 26.

COLLABORATION AVEC LES SERVICES GENERAUX D'AUTOGESTION DU DIABETE SUCRE

Article 13.

À partir de l'âge de 16 ans, l'accompagnement d'un bénéficiaire peut être transféré à un service hospitalier qui accompagne les patients dans le cadre de la convention générale en matière d'auto-gestion de patients atteints du diabète. Cette décision de transfert doit toujours être prise d'un commun accord entre le bénéficiaire lui-même, l'équipe de diabétologie pédiatrique ainsi que l'équipe liée au service hospitalier qui accompagne les patients dans le cadre de la convention générale en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

Article 14.

Etant donné le fait qu'il n'existe pas de Service hospitalier spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques dans la Province du Luxembourg et que la distance à parcourir jusqu'à un Centre spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques dans les Provinces voisines, est assez grande, les enfants diabétiques de moins de 18 ans, sauf avis contraire, peuvent exceptionnellement être suivis dans l'établissement des Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon si l'enfant est suivi conjointement par ce service et par l'établissement ayant conclu la présente convention. Cette exception est autorisée jusqu'au 30 juin 2021.

Les modalités de cet accompagnement commun doivent être fixées d'un commun accord entre le bénéficiaire et les deux établissements concernés et sous la responsabilité finale d'un pédiatre visé à l'article 11 § 1^{er} de l'établissement ayant conclu la présente convention. A cet effet, il y a lieu de régler entre eux :

- la fréquence et le lieu des consultations et des contacts avec les équipes d'éducation au diabète des deux établissements concernés ;
- les visites éventuelles dans le milieu de vie du bénéficiaire ;
- l'organisation de la mise à disposition du matériel nécessaire à l'autogestion ;
- le type de matériel donné et la quantité du matériel donné ;
- l'échange d'information mutuel ;

- le contenu de l'accompagnement.

Ces modalités peuvent à tout moment être adaptées sur base d'une concertation commune et sous la responsabilité finale d'un pédiatre de l'établissement ayant conclu la présente convention.

Un pédiatre de l'établissement ayant conclu la présente convention doit toujours veiller à ce que le programme des soins multidisciplinaire du bénéficiaire satisfasse à toutes les conditions de l'article 4 de la présente convention.

L'établissement avec lequel la présente convention a été conclue est en tout cas censé offrir lui-même, dans ses locaux, l'éducation de départ pour les nouveaux patients récemment diagnostiqués.

En outre, un pédiatre de l'établissement ayant conclu la présente convention doit réaliser pour chaque bénéficiaire concerné au moins deux consultations par an ; à cette occasion, ce bénéficiaire doit également avoir un contact avec un praticien de l'art infirmier et/ou un diététicien faisant partie de l'équipe de diabétologie de l'établissement visée à l'article 11. D'un point de vue médical, ce minimum de deux consultations et de deux contacts par an n'a aucun caractère indicatif. Il appartient au pédiatre (de l'établissement ayant conclu la présente convention), d'examiner le nombre de consultations et de contacts nécessaires.

L'établissement avec lequel la présente convention a été conclue est censé introduire, pour les bénéficiaires concernés, une demande de prise en charge (comme visée aux articles 17 et 18 de la présente convention). Cette demande vaut pour l'accompagnement commun par les deux établissements concernés. Les Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon ne doivent donc pas introduire elles-mêmes une demande de prise en charge.

L'établissement avec lequel la présente convention a été conclue est également censé porter en compte aux organismes assureurs, pour les bénéficiaires concernés, les forfaits remboursables dans le cadre de la présente convention, et ce pour toute la période pendant laquelle les deux établissements concernés suivent ensemble un bénéficiaire. Les Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon ne peuvent donc jamais porter en compte elles-mêmes à l'organisme assureur du bénéficiaire ni les prestations dans le cadre de la présente convention, ni les prestations dans le cadre de leur propre convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré.

L'établissement s'engage à verser, au service hospitalier ayant conclu la convention générale de rééducation des Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon, un montant de 1,6094 EUR par forfait attesté dans le cadre de la présente convention pour un bénéficiaire qui est accompagné comme stipulé dans cet article, afin de payer son rôle dans l'accompagnement du patient. Ce montant mentionné de 1,6094 EUR est entièrement indexable et est indexé conformément aux modalités précisées à l'article 20 § 3.

Dans le cas où les Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon mettent également tout le matériel nécessaire ou une partie du matériel nécessaire à la disposition du bénéficiaire et ce conformément à ce qui a été convenu entre les deux établissements concernés, les deux établissements concernés doivent également régler entre eux le remboursement de ce matériel.

Les montants dus pour l'accompagnement et, le cas échéant, pour le matériel, seront versés aux Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon au moins une fois par an par l'établissement ayant conclu la présente convention.

ADHERER A LA CONVENTION

Article 15.

Afin que les établissements adhérant à la présente convention puissent disposer d'une expertise et d'une expérience suffisantes en matière de traitement d'enfants et d'adolescents diabétiques, la présente convention ne peut être conclue qu'avec un établissement hospitalier par province comptant moins de 600.000 habitants, avec maximum deux établissements hospitaliers par province comptant plus de 600.000 et moins de 1.000.000 d'habitants et avec maximum trois établissements hospitaliers dans les provinces comptant plus de 1.000.000 d'habitants. Pour l'application de ces dispositions, la Région de Bruxelles-Capitale est considérée comme une province.

Article 16.

§ 1^{er}. Les hôpitaux candidats qui souhaitent adhérer à la présente convention doivent disposer d'un pédiatre qui s'est spécialisé en matière d'endocrino-diabétologie chez les enfants et adolescents (cf. article 11, § 1^{er}) et qui peut démontrer qu'il traite régulièrement au moins 60 enfants et/ou adolescents pour leur diabète de type I. Par traitement régulier, on entend que ce pédiatre réalise au moins 3 fois par an une consultation pour le patient en question.

§ 2. Un hôpital qui souhaite adhérer à la présente convention, mais dont l'établissement candidat qui traite les enfants diabétiques n'a pas encore atteint le nombre minimum de patients fixé au § 1^{er}, peut tenter d'adhérer à la convention en suivant un parcours d'initiation de maximum 5 ans. Il y a lieu pour ce faire de satisfaire aux conditions suivantes :

- l'établissement candidat doit, à partir du début du parcours d'initiation, disposer d'un pédiatre qui s'est spécialisé en matière d'endocrino-diabétologie chez les enfants et adolescents. Conformément à l'article 11, § 1^{er}, il est souhaitable que ce pédiatre soit proposé par des pédiatres dont la spécialisation en matière d'endocrino-diabétologie a été démontrée depuis longtemps ;
- l'établissement de diabétologie pédiatrique candidat doit, durant toute la période du parcours d'initiation, être supervisé par un établissement qui a conclu la présente convention ;
- pour pouvoir entamer un parcours d'initiation, l'établissement de diabétologie pédiatrique candidat doit introduire un dossier de demande commune avec l'établissement qui supervise. Ce dossier de demande commun doit comporter les données suivantes:
 - une motivation complète de la demande qui comprend au moins les éléments suivants :
 - des données qui témoignent de la nécessité d'un établissement supplémentaire et qui révèlent quelle est la localisation prioritaire de cet établissement ;
 - le nombre d'enfants ou d'adolescents atteints du diabète de type I qui seront sans doute traités à l'entame du parcours d'initiation dans l'établissement candidat (+ justification de ce nombre);
 - une stratégie pour atteindre dans le délai du parcours d'initiation le nombre minimum requis de 60 enfants ou adolescents atteints du diabète de type I;
 - comme stipulé à l'article 11, § 1^{er}, un dossier qui démontre que le pédiatre de l'établissement candidat s'est spécialisé en matière d'endocrino-diabétologie chez les enfants et adolescents ;
 - une déclaration de l'établissement conventionné qui supervisera le travail de l'établissement candidat, dans laquelle l'établissement conventionné déclare être d'accord de satisfaire à cet égard aux exigences minimales suivantes :

- un pédiatre de l'établissement conventionné examine mensuellement avec le pédiatre de l'établissement candidat les cas des enfants et adolescents diabétiques qui sont suivis dans l'établissement candidat ;
 - l'équipe de l'établissement conventionné et l'équipe de l'établissement candidat se réunissent 2 fois par an ;
- Le dossier de demande commun doit être approuvé par le Collège des médecins-directeurs, après consultation à ce sujet du Conseil d'accord visé à l'article 27 ;
 - un dossier de demande ne peut pas être approuvé si pour la province de l'établissement candidat, conformément aux normes de programmation fixées à l'article 15, le nombre maximum d'établissements infirmiers avec lesquels la présente convention peut être conclue est déjà atteint. Pour l'application des normes de programmation, il est également tenu compte, le cas échéant, d'autres établissements candidats de la même province pour lesquels le Collège des médecins-directeurs a déjà accepté un parcours d'initiation.

Si le dossier de demande est approuvé par le Collège des médecins-directeurs, l'établissement candidat intervient provisoirement comme une antenne de l'établissement conventionné. Les demandes d'intervention individuelles visées à l'article 17 qui concernent des bénéficiaires qui sont suivis dans l'établissement candidat sont introduites par l'établissement conventionné. Les rapports médicaux visés à l'article 18 qui sont joints aux demandes d'intervention peuvent être rédigés par le pédiatre de l'établissement candidat.

Les jours de prestation remboursables définis à l'article 19 qui sont réalisés dans l'établissement candidat sont attestés par l'établissement conventionné aux organismes assureurs.

L'établissement candidat et l'établissement conventionné transmettent au Collège des médecins-directeurs, par année du parcours d'initiation, un rapport sur l'évolution du nombre d'enfants et/ou d'adolescents souffrant du diabète de type I qui sont traités régulièrement dans l'établissement candidat comme stipulé au § 1^{er}.

En principe au plus tard 5 ans après le début du parcours d'initiation, le nombre minimum fixé au § 1^{er} de 60 enfants et/ou adolescents souffrant du diabète de type I qui sont régulièrement traités dans l'établissement candidat doit être atteint. Dans le cas contraire, le parcours d'initiation prend fin, sauf si le Collège des médecins-directeurs considère que l'établissement candidat – au vu du nombre de patients déjà atteint et de la tendance à la hausse du nombre de patients – peut quand même atteindre le nombre minimum exigé de patients endéans un temps limité. Le Collège des médecins-directeurs peut également décider d'arrêter déjà après moins de 5 ans le parcours d'initiation si le nombre de patients n'a pas suffisamment augmenté ou si certaines conditions ne sont pas respectées.

Durant le parcours d'initiation, l'établissement candidat doit toujours disposer d'une équipe de diabétologie regroupant l'ensemble des différentes disciplines thérapeutiques médicales et non médicales dont doit être composé le cadre du personnel au vu de l'article 11, § 6. Le nombre d'ETP par discipline qui doit être présent dans l'équipe de diabétologie de l'établissement candidat est fonction du nombre de patients qui sont traités dans l'établissement candidat. Tant que l'établissement candidat traite moins de 30 patients, les nombres minimums d'ETP par discipline mentionnés à l'article 11, § 6 sont diminués de moitié. Tant que l'établissement candidat traite entre 30 et 45 patients, il suffit que 75 % des nombres minimums d'ETP par discipline mentionnés à l'article 11, § 6 soient présents dans l'équipe de diabétologie. A partir du moment où l'établissement candidat traite 46 patients, il doit disposer du cadre du personnel au complet tel que défini à l'article 11, § 6.

Si le Collège des médecins-directeurs marque son accord sur le parcours d'initiation d'un établissement candidat ou si un parcours d'initiation est terminé, les organismes assureurs en sont informés par circulaire.

L'établissement candidat ne peut conclure la convention lui-même que s'il a atteint après le parcours d'initiation le nombre minimum requis de 60 enfants ou adolescents atteints du diabète de type I qui sont régulièrement traités dans l'établissement candidat, tel que prévu au § 1^{er}.

DEMANDE PAR LE BÉNÉFICIAIRE D'UNE INTERVENTION DANS LE COÛT DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE

Article 17.

§ 1^{er}. En vertu des dispositions de l'article 138, 2^o, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le programme de soins multidisciplinaire d'un bénéficiaire ne peut être pris en considération pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé que lorsque le médecin-conseil a émis un avis favorable au sujet de la prise en charge du programme de soins multidisciplinaire du bénéficiaire.

§ 2. La période accordée par le médecin-conseil, éventuellement renouvelable, débute à la date prescrite et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil.

La période de prise en charge accordée par le médecin-conseil sur la base d'une seule demande individuelle de prise en charge ne peut excéder 5 ans. Au terme de cette période accordée, la prise en charge peut toutefois toujours être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 5 ans, à condition que le bénéficiaire remplisse encore les conditions de l'article 3 de la présente convention. Si le bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans pendant une période accordée de plus d'un an et de 5 ans maximum, la période est écourtée jusqu'au jour qui précède la date de son 18^e anniversaire. À partir de 18 ans, la période de prise en charge accordée ne peut excéder 1 an.

§ 3. Par dérogation au § 2, le médecin-conseil peut accorder uniquement une prolongation de la période de prise en charge de 6 mois pour les bénéficiaires âgés de 18 ans ou de 19 ans sans DMG qui se trouvent dans la situation d'exception visée à l'article 3, § 5, point 2., 3. ou 4. Au terme de ces six mois, ces bénéficiaires n'entrent en ligne de compte pour une nouvelle prolongation de la période de prise en charge (conformément aux dispositions du § 2) que s'il est satisfait à l'obligation de disposer d'un DMG.

§ 4. Seuls sont pris en considération pour le remboursement les jours de prestation qui ont effectivement lieu dans la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil et dont les modalités supplémentaires fixées par le médecin-conseil sont respectées.

§ 5. Pendant la période du programme de soins multidisciplinaire autorisée par le médecin-conseil, les différents montants (et pseudo-codes) mentionnés dans les tableaux de l'article 20, § 1^{er}, peuvent être attestés. Par jour et par bénéficiaire, ne peut toutefois être attesté que le montant qui correspond :

- à l'âge du patient (âgé de moins de 18 ans ou non) ;
- à la méthode de mesure de la glycémie pour laquelle du matériel a effectivement été fourni au bénéficiaire pour ce jour et ;
- à la fourniture ou non au patient d'une pompe à insuline portable pour ce jour.

Article 18.

§ 1^{er}. Une demande de prise en charge du programme de soins multidisciplinaire par l'assurance

obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'établissement s'engage à assister le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit, entre autre, que le bénéficiaire doit introduire la demande de prise en charge au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le rapport médical qui doit être joint en annexe au formulaire de demande, doit être rédigé par un pédiatre visé à l'article 11 § 1^{er}, selon un modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Si un bénéficiaire déclare dans le formulaire de demande que son médecin généraliste tient son Dossier médical global (DMG), mais que l'organisme assureur n'a pas enregistré la prestation DMG (situation d'exception visée à l'article 3, § 5, point 2.), le médecin-conseil enverra un courrier au bénéficiaire concerné ainsi qu'à son médecin généraliste pour attirer leur attention sur cette constatation.

§ 4. L'intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire au sujet duquel le médecin-conseil a pris une décision favorable prend fin dès que le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre d'une convention type en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents conclue avec un autre établissement ou dans le cadre de la convention en matière d'autogestion d'adultes. Il appartient au bénéficiaire de notifier au moins 1 mois préalablement sa décision à cet égard à l'établissement. Dans le cas où des prestations seraient portées en compte indûment par l'établissement à la suite d'une notification tardive ou d'une absence de notification par le bénéficiaire de ladite décision, il appartiendra à ce dernier de rembourser lui-même ces prestations à l'établissement. Le bénéficiaire doit être averti de cette disposition par écrit.

§ 5. L'établissement s'engage à conserver les (copies des) demandes d'intervention ainsi que toute la correspondance entrante et sortante à ce sujet avec les organismes assureurs pendant un délai de 7 ans.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES - DÉFINITION, PRIX ET HONORAIRES

Article 19.

§ 1^{er}. La prestation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé comprend, par bénéficiaire, l'exécution pendant un jour des sept volets obligatoires de tout programme de soins multidisciplinaire ; volets décrits à l'article 4.

§ 2. Si, pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, les volets a), b), c) et d) mentionnés à l'article 4 sont réalisés dans le milieu de vie du bénéficiaire, une prestation distincte supplémentaire peut être attestée pour le jour au cours duquel des prestations ont effectivement été effectuées dans le milieu de vie du bénéficiaire pour la réalisation de ces volets du programme de soins multidisciplinaire, et qui couvre en outre, de manière forfaitaire, les frais y afférents occasionnés lors du déplacement vers le milieu de vie du bénéficiaire. Pour les bénéficiaires de 18 ans ou plus, cette prestation ne peut jamais être portée en compte. Dans ce contexte, l'accompagnement et l'information par téléphone (ou par voie électronique) ne peuvent jamais être considérés comme des prestations effectuées dans le milieu de vie du bénéficiaire.

§ 3. Les consultations et autres prestations de la nomenclature des prestations de santé des médecins faisant partie de l'équipe de diabétologie, ou leurs visites à domicile éventuelles - ces dernières ne s'effectuant qu'en concertation et avec l'accord du médecin traitant, le cas échéant, du médecin généraliste - ne sont pas comprises dans la prestation définie au § 1^{er} et peuvent donc être attestées en dehors du cadre de la présente convention. Cela vaut également pour les traitements psychothérapeutiques individuels systématiques dispensés par un psychologue ou les traitements de podologie, indépendamment du fait que le psychologue et/ou le podologue appartiennent ou non à

l'équipe de diabétologie.

Article 20.

§ 1^{er}. Pour chaque jour visé à l'article 19, § 1^{er}, pendant lequel un bénéficiaire suit le programme de soins multidisciplinaire défini à l'article 4 de la présente convention et pendant lequel l'établissement a mis du matériel à la disposition du bénéficiaire pour mesurer sa glycémie, glycosurie et cétonurie sous les conditions des articles 6 et 7 et le cas échéant, une pompe à insuline portable sous la condition de l'article 9, l'établissement peut attester un montant forfaitaire à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Les montants mentionnés dans les tableaux ci-dessous qui peuvent être attestés aux organismes assureurs et les pseudo-codes qui doivent être mentionnés sur les factures aux organismes assureurs varient :

- selon la méthode de mesure de la glycémie (test de la piqûre au doigt ou mesure par capteur) pour laquelle l'établissement a fourni du matériel au bénéficiaire pour le jour qui est attesté;
- selon que le bénéficiaire s'est vu traiter ou non au moyen d'une pompe à insuline portable le jour qui est attesté ;

et en fonction de l'âge du bénéficiaire au jour qui est attesté. Pour les bénéficiaires à partir de l'âge de 18 ans, s'appliquent les montants qui sont prévus dans la «convention générale en matière d'autogestion du diabète sucré» (pour le groupe de cette autre convention dont le bénéficiaire satisfait aux conditions du libellé) et dans la «convention en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable».

Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, souffrant d'une affection visée à l'article 6, § 1 ^{er} , premier alinéa						
	Méthode de test de piqûre au doigt			Méthode de mesure par « capteur »		
	Montant total par jour	Partie in-dexable	Pseudo-code	Montant total par jour	Partie in-dexable	Pseudo-code
Avec pompe à insuline portable	14,96 €	4,22 €	785573	17,43 €	4,22 €	785595
Sans pompe à insuline portable	6,05 €	4,08 €	785610	8,52 €	4,08 €	785632

Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, ne souffrant pas d'une affection visée à l'article 6, § 1 ^{er} , premier alinéa						
	Méthode de test de piqûre au doigt			Méthode de mesure par « capteur »		
	Montant total par jour	Partie in-dexable	Pseudo-code	Montant total par jour	Partie in-dexable	Pseudo-code
Avec pompe à insuline portable	14,96 €	4,22 €	785654	14,96 €	4,22 €	785676
Sans pompe à insuline portable	6,05 €	4,08 €	785691	6,05 €	4,08 €	785713

Bénéficiaires à partir de 18 ans			
Groupe de la	Avec ou sans	Méthode de test de piqûre au doigt	Méthode de mesure par « capteur »

convention générale en matière d'auto-gestion auquel le bénéficiaire satisfait	pompe à insuline portable	Montant total par jour	Partie indexable	Pseudo-code	Montant total par jour	Partie indexable	Pseudo-code
Groupe A	Avec pompe à insuline portable	13,70 €	3,29 €	785735	16,23 €	3,29 €	785750
	Sans pompe à insuline portable	3,70 €	2,07 €	785772	6,23 €	2,07 €	785794
Groupe B	Avec pompe à insuline portable	13,50 €	3,29 €	785816	13,50 €	3,29 €	785831
	Sans pompe à insuline portable	3,50 €	2,07 €	785853	3,50 €	2,07 €	785875
Groupe C	Avec pompe à insuline portable	10,83 €	1,74 €	785890	10,83 €	1,74 €	785912
	Sans pompe à insuline portable	0,83 €	0,52 €	785934	0,83 €	0,52 €	785956

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

Les montants mentionnés pour la mesure par capteur et les pseudo-codes y afférents ne peuvent jamais être attestés pendant plus de jours que le nombre de jours pour lesquels l'établissement, conformément à l'article 6, a fourni le matériel pour la mesure par capteur à ce bénéficiaire.

Les pseudo-codes 785595, 785632, 785676, 785713, 785750, 785794, 785831, 785875, 785912 et 785956 ne peuvent jamais être portés en compte pour les jours durant lesquels un bénéficiaire est pris en charge dans le cadre de la convention relative au monitoring en continu de la glycémie et entre en ligne de compte pour un forfait journalier dans le cadre de cette convention.

Les pseudo-codes 785750, 785794, 785831, 785875, 785912 et 785956 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. Le montant forfaitaire qui couvre les frais de déplacement liés à l'information et à l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire est fixé à 83,03 EUR (entièrement indexable) par jour où des interventions ont été effectuées dans le milieu de vie du bénéficiaire.

§ 3. La partie indexable des prix et honoraires fixés au § 1^{er} et au § 2 du présent article est liée à l'indice pivot 107,20 (mars 2020; base 2013) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée 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.

§ 4. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 20 § 1^{er} et 2, sauf pour les patients ne souffrant pas d'une affection visée à l'article 6, § 1^{er}, 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 § 1^{er}. 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'auto-gestion 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, § 1 ^{er} , premier alinéa et âgés de moins de 18 ans	2,47 €
Bénéficiaires ne souffrant pas d'une affection visée à l'article 6, § 1 ^{er} , 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, § 1 ^{er} , 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 21.

§ 1^{er}. 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 un récapitulatif de ce que l'établissement a porté en compte pour lui à l'organisme assureur. Si le bénéficiaire ou son entourage proche accepte, cet aperçu peut être envoyé au bénéficiaire ou son entourage proche par voie électronique. Si le bénéficiaire ou son entourage proche n'accepte pas un relevé électronique, le relevé sera envoyé au bénéficiaire ou son entourage proche sur papier.

§ 2. Chaque jour remboursable de prestation effective ne peut être porté en compte à l'organisme assureur concerné qu'à son expiration.

Les prix et honoraires qui peuvent être portés en compte pour un jour remboursable de prestation effective sont les prix et honoraires d'application à la date de ce jour de prestation effective.

§ 3. En application de l'article 1^{er} d) de l'AR du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance 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*, aucune quote-part personnelle n'est due pour les bénéficiaires sur les prix et honoraires qui sont portés en compte pour une journée de prestation effective.

§ 4. 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 est de 4,28 € par jour multiplié par le nombre de jours d'utilisation du capteur tel que décrit dans le mode d'emploi fourni par le fabricant.

RÈGLES DE CUMUL

Article 22.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulé avec un programme réalisé par un service hospitalier qui accompagne les bénéficiaires dans le cadre de la convention générale en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré. Un forfait porté en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire dans le cadre de la présente convention ne peut donc jamais être cumulé avec un forfait prévu dans le cadre de la convention générale en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulé non plus avec un programme proposé au même bénéficiaire par un autre service hospitalier qui a conclu la présente convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention peut être cumulé avec les prestations reprises dans la convention relative aux technologies avancées ou coûteuses chez les patients diabétiques.

Article 23.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulé avec un programme réalisé dans le cadre de la convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable. Un forfait porté en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire dans le cadre de la présente convention ne peut donc jamais être cumulé avec un forfait prévu dans le cadre de la convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

Article 24.

§ 1^{er}. La prise en charge d'un programme réalisé dans le cadre de la présente convention peut être cumulée avec des programmes de rééducation proposés par des établissements de rééducation qui ont conclu une convention de rééducation avec le Comité de l'assurance, sauf si la convention de rééducation signée avec l'établissement en question interdit explicitement le cumul avec les programmes prévus dans la présente convention.

Pour continuer à réaliser des programmes remboursables dans le cadre de la présente convention pour des bénéficiaires qui séjournent dans la section internat d'un établissement de rééducation, les bénéficiaires doivent consulter un pédiatre de l'équipe de diabétologie au moins tous les 6 mois. Par conséquent, pour des bénéficiaires qui séjournent dans la section internat d'un établissement de rééducation, le remboursement des prestations dans le cadre de la présente convention peut être suspendu six mois après la dernière consultation d'un pédiatre faisant partie de l'équipe de diabétologie visée à l'article 11 de la présente convention, et ce jusqu'à la date de la consultation suivante.

§2. La prise en charge d'un programme dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulée avec la prise en charge de la « deuxième prestation de rééducation » réalisée par un centre de référence conventionné pour les maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares (numéro d'identification 7.89.0xx.xx), étant donné que cette « deuxième prestation de rééducation »

rembourse spécifiquement le matériel nécessaire pour l'autosurveillance de la glycémie ainsi que l'éducation.

CONTROLE DE LA QUALITÉ

Article 25.

§ 1^{er}. Sciensano et les établissements qui ont conclu la présente « convention en matière d'auto-gestion du diabète sucré chez les enfants et adolescents » avec le Comité de l'assurance collaborent à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l'exploitation scientifique des données du registre récoltées à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité (Initiative pour la Promotion de la Qualité et Epidémiologie chez les Enfants et les Adolescents atteints du Diabète sucré-IPQE-EAD), et visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des patients dont il est question dans la présente convention.

Sciensano analyse les données du registre et rédige en concertation avec les établissements, à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, un rapport périodique reprenant les résultats des analyses de ces données.

Ce registre et le rapport qui en est tiré doivent permettre :

- l'enregistrement et le suivi de données épidémiologiques, démographiques, cliniques (diagnostic, complications, traitement, etc.), et biologiques ;
- d'identifier les complications pour les patients pris en charge par les établissements ;
- l'évaluation et l'amélioration constante de la qualité des soins par peer review et feed-back aux établissements ;
- des études de cohortes par des médecins et chercheurs qualifiés.

Ceci est établi et exploité dans le respect du secret médical et de la vie privée, conformément aux dispositions du § 5 du présent article.

§ 2. Le groupe d'expert visé au § 4 du présent article conçoit et met en œuvre le registre. Il définit :

- les données à enregistrer ;
- la forme de leur enregistrement et les modalités de leur transmission ;
- les modalités de l'étude systématique qui en est faite périodiquement ;
- la forme du rapport public établi périodiquement sur base de cette étude (voir § 3 du présent article).

§ 3. Chaque établissement transmet ses données en respectant scrupuleusement la forme et les modalités fixées par le groupe d'experts. Sciensano collecte les données transmises. Il réalise périodiquement une étude scientifique, selon les modalités définies par le groupe d'experts, portant notamment sur :

- l'évolution des données démographiques et épidémiologiques ;
- l'évolution des facteurs cliniques et biologiques ;

- l'évolution des complications pour la population des patients pris en charge par les établissements conventionnés.

Sur base de cette étude, il établit périodiquement :

- un rapport public, comprenant des statistiques globales (où ni les patients, ni les établissements ne sont identifiables), ainsi qu'une analyse de ces statistiques. Ce rapport doit permettre aux établissements, aux instances de l'INAMI et à toute personne concernée par la matière, d'avoir une vue d'ensemble du secteur, notamment sur les points mentionnés ci-dessus, et de prendre les décisions appropriées.
- un profil de chaque établissement est envoyé uniquement à l'établissement décrit par ce profil, afin de lui permettre de comparer sa population et ses résultats à la population et aux résultats globaux, repris dans le rapport périodique public.

§ 4. La gestion de cette étude est assurée par une instance de gestion, nommée *Groupe d'experts*. Celle-ci est présidée par un membre de Sciensano; elle est composée comme suit :

- 2 représentants de Sciensano ;
- des représentants des établissements conventionnés, selon le choix des établissements ;
- 2 membres du Collège des médecins-directeurs.

Chaque représentant de Sciensano et des établissements a une voix délibérative, les autres membres ont une voix consultative.

Les membres du groupe d'experts ne sont pas rémunérés. Ils ne sont pas directement ou indirectement attachés aux entreprises actives sur le plan du diagnostic ou du traitement du diabète, ni aux fondations créées par ces entreprises. Ils s'engagent à déclarer tout conflit d'intérêt qu'ils rencontreraient dans l'exercice de leur mission.

Le fonctionnement de ce groupe d'experts et ses relations avec Sciensano sont définis dans un document signé par toutes les parties. Ce document précise les responsabilités de Sciensano en tant que « responsable du traitement », comme spécifié au § 5 du présent article.

§ 5. Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans le registre se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée. Il est fait appel, dans ce but, aux services de la plateforme e-Health et à la plateforme healthdata. Les données transmises et/ou utilisées à des fins d'analyse statistique sont toujours pseudonymisées préalablement à leur transmission et analyse.

Sciensano assume le rôle de « responsable du traitement », au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Il prend toutes les mesures utiles en vue du respect de cette loi.

La collecte et le transfert des données s'effectuent via les services de Healthdata.be. La mise en place de cette collecte de données doit être conforme au plan d'actions e-Santé 2013-2018 ; plus précisément au point d'action 18.

§ 6. Tous les droits de propriété sur les données du registre fournies par l'établissement à Sciensano reviennent à l'établissement. Tous les droits de propriété sur l'ensemble des données du registre reviennent au Conseil d'accord.

Les autorités et institutions fédérales, communautaires et régionales, institutions scientifiques, associations professionnelles, autres personnes morales et physiques de droit privé peuvent, en vue de la recherche scientifique, après avis positif du Groupe d'Experts et du Comité sectoriel Santé,

avoir accès aux données pseudonymisées disponibles pertinentes pour leur recherche sur la plateforme healthdata de Sciensano.

Si la Commission de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI le demande, le Groupe d'Experts autorisera l'utilisation des données pseudonymisées disponibles pertinentes à la partie qui a demandé à la CRM un remboursement d'une spécialité pharmaceutique, afin de balayer certaines incertitudes qui figuraient dans le dossier d'évaluation. Cette utilisation doit systématiquement être entérinée par le Comité Sectoriel Santé.

§ 7. Le développement sur le contenu, la mise à jour du contenu et l'étude scientifique du registre sont financés par l'INAMI qui verse le montant annuel Sciensano, fixé par le Conseil général de l'INAMI en application des dispositions de la convention-cadre conclue entre l'INAMI et Sciensano.

§ 8. Si le Service des soins de santé est informé, par le biais d'une lettre recommandée émanant de Sciensano, que l'établissement ne transmet pas les données prévues, ou ne les transmet pas de la manière convenue et/ou dans les délais prévus, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention sont suspendus d'office, jusqu'à ce que l'établissement se conforme à ses obligations, à condition que l'établissement ait eu l'occasion d'expliquer par écrit au Service des soins de santé de l'INAMI les raisons pour lesquelles il n'a pas satisfait à ses obligations.

Article 26.

§ 1^{er}. L'établissement envoie annuellement au Service des soins de santé de l'INAMI, un rapport qui contient :

- le type de pompe à insuline mis à disposition des bénéficiaires pendant l'année concernée ;
- le nombre de bénéficiaires concernés par type de pompe mis à disposition pendant l'année concernée.

Ce rapport doit être transmis au Service des soins de santé de l'INAMI pour le 31 mars de l'année qui suit l'année sur laquelle porte le rapport (= année concernée).

§ 2. Si le Service des soins de santé de l'INAMI le demande, l'établissement transmettra à ce Service toutes les données utiles à la gestion de la présente convention et plus précisément la liste avec noms et qualifications des membres de l'équipe, avec mention de la durée de leur activité spécifique, exprimée en ETP, dans le cadre de la présente convention. Ces données doivent pouvoir être objectivées en détail pour chaque membre de l'équipe au moyen des carnets de rendez-vous, de journaux de bord, de rapports de télé-conseil, des données des pompes à insuline, etc.

§3. Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer et modifier des modèles suivant lesquels les données visées en § 1^{er} et § 2 doivent être transmises.

CONSEIL D'ACCORD

Article 27.

§ 1^{er}. Dans le cadre de la présente convention est créé un Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents. Ce Conseil d'accord est un organe fonctionnel qui est composé:

- de membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI;
- des pédiatres responsables de tous les établissements conventionnés en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents;
- de 3 médecins (dont au moins 1 néerlandophone et au moins 1 francophone) des

établissements qui ont conclu la "convention générale en matière d'autogestion du diabète sucré".

Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents a une fonction d'avis en ce qui concerne :

- l'application de la présente convention ainsi que les questions et les problèmes qui se posent en la matière ;
- le 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 d'autogestion du diabète, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux ;
- l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la convention ;
- l'évolution du coût du matériel que la présente convention rembourse ;
- les besoins en personnel dans le cadre de la présente convention.

§ 3. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents est convoqué sur décision motivée du président. Le président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

§ 4. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents constitue une section distincte du Conseil d'accord prévu dans le cadre de la convention générale en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré. La section « Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents » peut déléguer trois représentants (dont au moins 1 néerlandophone et 1 francophone) au Conseil d'accord prévu dans le cadre de la convention générale en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

OBLIGATIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 28.

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, § 1^{er}, 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, § 1^{er}, 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.

Le registre constitue le document de base pour la facturation visée à l'article 21.

L'établissement est tenu de conserver le registre pendant une période de 7 ans.

Article 29.

L'établissement hospitalier avec lequel la présente convention est conclue, tient la comptabilité des prestations visées dans l'actuelle convention, qui se compose, d'une part, des factures d'achat du matériel visé aux articles 5, 7 et 9 (qui doivent être regroupées clairement dans la comptabilité) et des frais salariaux spécifiques de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire définie à l'article 11 (coûts salariaux limités à la charge salariale de leurs activités dans le cadre de la convention) et, d'autre part, des factures adressées aux organismes assureurs (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 l'autogestion (visé aux articles 5, 7 et 9), ont accordées à l'établissement hospitalier et qui sont liées à l'achat de ce matériel, doivent également être repris dans cette comptabilité. Il s'agit tant des diminutions de prix et des ristournes directes liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'autogestion, que des diminutions de prix qui ont été accordées à l'établissement hospitalier relatives à l'achat d'autre matériel, appareils auxiliaires ou produits (pharmaceutiques) chez ces firmes et liées à la quantité du matériel nécessaire pour l'autogestion achetée par l'établissement. Dans la comptabilité doivent être reprises les quantités de matériel pour l'autogestion que l'établissement hospitalier reçoit le cas échéant gratuitement des firmes.

Si le Service des soins de santé le demande, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, approuvé par le pédiatre responsable de l'établissement, doit être transmis au Service des soins de santé, suivant le modèle établi par celui-ci.

L'établissement hospitalier s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé ou des organismes assureurs à toujours garantir l'accès à sa comptabilité afin qu'ils puissent contrôler les activités de l'établissement.

L'établissement est tenu de conserver les documents comptables pendant une période de 7 ans.

Article 30.

L'établissement fournit, d'une part, au Service des soins de santé de l'INAMI, toute information demandée dans le cadre du contrôle du respect de la convention sur le plan thérapeutique et financier ou dans le cadre de la gestion générale des conventions. D'autre part, l'établissement fournit au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toute information demandée par lui, permettant d'apprécier les demandes individuelles d'intervention (tout en respectant le secret médical).

Par ailleurs, l'établissement s'engage à permettre à tout délégué du Service des soins de santé de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles en vue de l'exécution du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 31.

L'établissement ne peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention que sur un site de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

Article 32.

L'établissement s'engage à rémunérer les membres de l'équipe de diabétologie au moins selon la même échelle salariale que celle du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

Le coût de l'occupation du cadre du personnel en vertu de l'article 11 de la présente convention est supposé être supporté entièrement par l'établissement sur la base des ressources que l'établissement peut puiser de la présente convention. Les fonctions prévues dans le cadre du personnel ne peuvent donc pas être remplies par des membres de personnel qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un règlement financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement, dans le coût salarial.

Si des membres de l'équipe sont dispensés de prestations de travail dans le cadre des mesures de fin de carrière, conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire tombe hors du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

Article 33.

La personne morale (pouvoir organisateur) avec laquelle a été conclue la présente convention et qui gère l'établissement hospitalier dont fait partie l'établissement s'engage à veiller à ce que les fonds provenant de cette convention ainsi que, le cas échéant, les diminutions de prix ou ristournes visées à l'article 29 et liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'autogestion, ne puissent être utilisés que pour son fonctionnement dans le cadre de la présente convention et des conventions suivantes si l'établissement hospitalier a conclu ces conventions :

- la convention d'autogestion pour les adultes
- la convention pompe à insuline pour les adultes
- la convention relative aux technologies avancées ou coûteuses chez les patients diabétiques.

L'affectation de ces moyens pour d'autres buts constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention.

Une baisse éventuelle du coût du matériel que la présente convention rembourse, doit en premier lieu être utilisé pour diminuer la part du matériel dans les interventions forfaitaires prévues par la présente convention, afin qu'il soit budgétairement possible pour l'assurance de rembourser le coût du matériel relatif à la méthode de mesure par capteur, accepté par le Comité de l'assurance conformément à l'article 5 pour un nombre probablement croissant de patients qui l'utiliseront dans les prochaines années.

Dès lors, si l'équipe réellement occupée par l'établissement devait être supérieure à ce que requiert l'article 11 de la présente convention, le Comité de l'assurance ne serait en aucun cas obligé d'en tenir compte lors d'une prochaine convention.

Une baisse éventuelle du coût du matériel que la présente convention rembourse ne peut jamais être utilisée pour :

- Augmenter les honoraires des médecins visés à l'article 11 de la présente convention ;
- Augmenter la rémunération des membres de l'équipe de diabétologie visée à l'article 11.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 34.

§ 1^{er}. Des accords individuels en cours pour la prise en charge qui concernent une période comprise entièrement ou en partie dans le délai d'application de la présente convention, mais qui ont été octroyés dans le cadre de la convention précédente en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents conclue avec l'établissement (*convention remplacée à partir du 01/01/2021 par la présente convention, conformément à l'article 37*), restent valables dans le cadre de la présente convention, jusqu'à la date de fin normale de ces accords.

Pour ces accords, il y a lieu de porter en compte les montants prévus par la présente convention à partir de sa date d'entrée en vigueur.

§ 2. Jusqu'à la date de fin des accords individuels en cours donnés dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents d'application jusqu'au 31/07/2016, le bénéficiaire n'entre, pour déterminer sa glycémie, seulement en ligne de compte que pour la délivrance du matériel qui était remboursable dans le cadre de cette convention d'application jusqu'au 31/07/2016; à savoir, le matériel dont question à l'article 5 § 4 qui permette de réaliser la mesure de la glycémie au moyen d'une piqûre au doigt.

§ 3. Pour les accords individuels en cours donnés dans le cadre de la convention d'application jusqu'au 31/07/2016, des forfaits journaliers doivent être portés en compte et ce, jusqu'à la date de fin de l'accord individuel en cours. Les montants de ces forfaits journaliers sont repris dans les tableaux ci-dessous. Le forfait journalier diffère selon qu'une pompe à insuline portable a été fournie aux bénéficiaires pour le jour qui est attesté et en fonction de l'âge du bénéficiaire au jour qui est attesté (moins de 18 ans ou 18 ans ou plus). Les pseudocodes qui doivent être mentionnés pour la facturation des forfaits journaliers sont également repris dans ces tableaux.

Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans				
Avec/sans pompe à insuline portable	Forfait journalier remboursable à partir de la date qui suit la date de fin du dernier forfait mensuel jusqu'à la date de fin de l'accord individuel en cours	Partie indexable du forfait journalier	Pseudo-code du forfait journalier	Ancien pseudo-code du forfait mensuel précédent (à titre informatif)
Avec pompe à insuline portable	12,60 €	4,11 €	789751	775456
Sans pompe à insuline portable	6,07 €	4,1 1€	789773	773113

Bénéficiaires à partir de 18 ans, sans pompe à insuline portable				
Groupe de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré qui est en vigueur jusqu'au 30 juin 2016 inclus dont le bénéficiaire remplit les conditions	Forfait journalier remboursable à partir de la date qui suit la date de fin du dernier forfait mensuel jusqu'à la date de fin de l'accord individuel en cours	Partie indexable du forfait journalier	Pseudo-code du forfait journalier	Ancien pseudo-code du forfait mensuel précédent (à titre informatif)
Groupe 1A	3,70 €	2,07 €	789795	774115
Groupe 1B	3,50 €	2,07 €	789810	774115
Groupe 2	2,35 €	1,28 €	789832	774130
Groupe 3	0,83 €	0,52 €	789854	774152

Bénéficiaires à partir de 18 ans, avec pompe à insuline portable					
Groupe de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré qui est en vigueur jusqu'au 30 juin 2016 inclus dont le bénéficiaire remplit les conditions.	Forfait journalier remboursable à partir de la date qui suit la date de fin du dernier forfait mensuel jusqu'à la date de fin de l'accord individuel en cours	Partie indexable du forfait journalier	Pseudo-code du forfait journalier	Ancien pseudocode du forfait mensuel précédent (à titre informatif)	Ancien pseudocode du forfait journalier pour le programme "pompe à insuline" chez les bénéficiaires ≥ 18 ans (à titre informatif)
Groupe 1A	11,20 €	3,04 €	789876	774115	775471
Groupe 1B	11,00 €	3,04 €	789891	774115	775471
Groupe 2	9,86 €	2,27 €	789913	774130	775471
Groupe 3	8,36 €	1,52 €	789935	774152	775471

La partie indexable des forfaits journaliers est liée à l'indice pivot dont question à l'article 20 § 3 et est adaptée conformément aux dispositions de la loi mentionnée dans ce §.

Article 35.

Pour passer au programme de soins multidisciplinaire de la présente convention avant la date de fin de l'accord individuel en cours donné dans le cadre de la convention d'application jusqu'au 31/07/2016 (et pour ce faisant, entrer en ligne de compte pour la fourniture du matériel pour la réalisation des mesures de glycémie par capteur), le bénéficiaire est tenu d'introduire une demande auprès du médecin-conseil de son organisme assureur via la procédure visée aux articles 17 et 18.

Article 36.

Pour un bénéficiaire âgé de 18 ans ou 19 ans, pour lequel une première fois une nouvelle demande de prise en charge est introduite dans le cadre de la présente convention, le médecin-conseil peut accorder une période de prise en charge de 6 mois dans le cas où le bénéficiaire ne dispose pas encore d'un DMG. Cette période de 6 mois doit permettre de régler la question du DMG. Après cette période de 6 mois, le bénéficiaire en question n'entre pas en ligne de compte pour une prolongation s'il ne dispose pas d'un DMG.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 37.

§ 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 1^{er} janvier 2021.

Elle annule et remplace à partir de la date susmentionnée la convention conclue entre l'établissement et le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, entrée en vigueur le 1^{er} août 2016.

Elle annule et remplace à partir de la date susmentionnée la convention conclue entre l'établissement et le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, signée par l'établissement le ### et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 30 juin 2022 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.

§ 3. Les annexes à la présente convention en font partie intégrante.

Il s'agit des annexes suivantes :

- 1) Formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge d'un patient âgé de moins de 18 ans ;
- 2) Formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge d'un patient âgé de 18 ans ou plus ;
- 3) Application de la norme du personnel aux différents nombres de patients.

Fait à Bruxelles, le 14 décembre 2020 et signé électroniquement par

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Brieuc VAN DAMME
Directeur-général des soins de santé

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT
DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D'AUTOGESTION DIABETIQUE CHEZ LES
ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS ¹**

A REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR D'UN PATIENT DE MOINS DE 18 ANS QUI EST SUIVI PAR UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DIABETIQUES

Le/la souigné/e

..... (nom et prénom)

Apposer vignette du bénéficiaire SVP

Cocher ce qui convient :

- demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui a été prescrit à son enfant et s'engage à le laisser suivre ce programme de soins.
- déclare que son enfant a moins de 18 ans.

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

Signature du parent ou du tuteur:

A REMPLIR PAR LE SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DIABETIQUES
Identification du service hospitalier spécialisé conventionné :

Numéro : 7.86.7.

Nom et adresse :

.....
Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :
.....

.....
Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit du/...../..... au
...../...../..... inclus.

¹ Formulaire à utiliser à partir du 01/01/2021.

DONNEES CLINIQUES ET D'ANAMNESE
--

Le bénéficiaire susmentionné :²

- souffre de diabète de type 1
- souffre de mucoviscidose traité par insuline ou autres antidiabétiques injectables
- souffre de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou diabète néonatal) et a besoin, pour l'autogestion de son 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)
- présente des hypoglycémies organiques (à la suite d'une nésioblastose ou d'un insulinome par exemple) et souffre d'hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l'aide d'un tiers et/ou pour lequel il est fait appel à une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire
- présente une perte quasi-totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie ou en cas de pancréatite chronique) et a besoin, pour l'autogestion de son diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d'insuline)
- souffre de diabète de type 2 ou d'une autre forme de diabète

Année durant laquelle l'affection susmentionnée est apparue (année de la 1^{ère} injection d'insuline) :
.....

Il s'agit ici d'un bénéficiaire qui faisait déjà de l'autogestion avant le date du début de la période prescrite dans cette demande²

- Non:
 - nouveau diagnostic (diabète récemment découvert)
 - nouveau dans la convention
- Oui:
 - dans le cadre de la convention de l'hôpital
 - dans le cadre de la convention d'un autre hôpital

Nombre d'injections d'insuline par jour (administrées la veille de la présente prescription)² :

- pas encore traité par insuline
- 1
- 2
- 3
- ≥ 4
- pompe à insuline

Insuline prescrite par 24 heures³

- Insulines à action rapide
- Insulines semi-lentes
- Insulines retards
- Insulines à durée d'action ultra longue

Nombre d'hypoglycémies graves pendant les 12 mois précédant la date du début de la période prescrite dans cette demande (c.à.d. avec pertes de connaissance/ crises nécessitant l'intervention d'un tiers) :

Nombre d'hospitalisations de 24 heures ou plus résultant du diabète pendant les 12 mois précédant la date du début de la période prescrite dans cette demande :

Dernière valeur Hb A1c en possession du médecin au moment de la présente prescription

Date/...../..... Valeur mesurée: (Valeurs de référence de l'Hb A1c)

Nombre d'auto-contrôles de glycémie effectués durant le mois précédent (mois..... année):

Nombre d'auto-dosages de glycosurie effectués durant le mois précédent (mois.....année):

² Cochez ce qui convient.

³ Plusieurs choix sont possibles.

AUTO-CONTRÔLE PRESCRIT

	SYSTEMATIQUE	UNIQUEMENT EN CAS DE PROBLEME	JAMAIS
Glycémie			
Glycosurie			

L'approbation de cette demande implique automatiquement un accord pour mesurer la glycémie par une piqûre au doigt ou par la mesure par capteur, pour la fourniture d'une pompe à insuline ou pas et pour la prise en charge des frais de déplacements dans le cadre des visites dans le milieu de vie du bénéficiaire.

Nom, signature du pédiatre de l'équipe de diabétologie conventionnée et date

.....

.....

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire:

- Médecins spécialistes:.....
- Médecin généraliste :.....

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande:/...../.....

Décision du médecin-conseil²:

- Favorable pour le suivi d'un programme
- Défavorable pour le suivi d'un programme parce que:

.....

.....

.....

Autre:

.....

.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision:

.....

.....

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT
DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D'AUTOGESTION DIABETIQUE CHEZ LES
ADOLESCENTS DE 18 ANS OU 19 ANS ¹**

**A REMPLIR PAR LE PATIENT QUI EST SUIVI PAR UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS
ET ADOLESCENTS DIABETIQUES**

Le/la souligné/e

Apposer vignette SVP

..... (nom et prénom)

Cocher ce qui convient:

demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui lui a été prescrit et qu'il/elle s'engage à suivre

a 18 ou 19 ans et a déjà suivi un programme au sein de l'établissement avant l'âge de 18 ans

dispose d'un Dossier Médical Global (DMG)

ne dispose pas d'un DMG. Marquer si un des cas suivants s'applique :

est inscrit dans une maison médicale pour laquelle la prestation DMG ne peut pas être portée en compte séparément

a un médecin généraliste dont le code de compétence se termine par 001 ou 002 pour lequel la prestation DMG ne peut pas être prise en charge

a terminé son inscription dans une Maison médicale à partir du/...../..... depuis la dernière demande

demande pour la première fois depuis qu'il/elle a 18 ans, une prolongation de la période d'intervention.

Le patient sans DMG pour lequel ni la première situation ni la deuxième situation ne s'applique, s'engage à demander un DMG immédiatement à son médecin généraliste. Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau).

Le traitement de mon diabète se fera sous la coordination de mon médecin généraliste, le Dr (nom et adresse) et l'équipe de diabétologie du présent Centre.

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

Signature du bénéficiaire:

(+ nom et prénom)

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

A REMPLIR PAR LE SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DIABETIQUES

Identification du service hospitalier spécialisé conventionné:

Numéro : 7.86.7.

Nom et adresse :

.....
Nom et numéro de téléphone de la personne de contact:

.....
.....

¹ Formulaire à utiliser à partir du 01/01/2021.

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit du/...../..... au/...../..... inclus (Pour les patients sans DMG pour lesquels le médecin généraliste pourrait pourtant tenir un DMG et le porter en compte, un programme de soins multidisciplinaire ne peut être prescrit que pour une période de 6 mois). Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau) plus tard.

Groupe de la convention générale en matière d'autogestion du diabète sucré dont le bénéficiaire remplit les conditions²: A / B / C

DONNEES CLINIQUES ET D'ANAMNESE

Le bénéficiaire susmentionné :³

- souffre de diabète de type 1
- souffre de mucoviscidose traité par insuline ou autres antidiabétiques injectables
- souffre de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou diabète néonatal) et a besoin, pour l'autogestion de son 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 nyctémère)
- présente des hypoglycémies organiques (à la suite d'une nésioblastose ou d'un insulinome par exemple) et souffre d'hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l'aide d'un tiers et/ou pour lequel il est fait appel à une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire
- présente une perte quasi-totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie ou en cas de pancréatite chronique) et a besoin, pour l'autogestion de son diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d'insuline)
- souffre de diabète de type 2 ou d'une autre forme de diabète

Année durant laquelle l'affection susmentionnée est apparue (année de la 1^{ère} injection d'insuline)
.....

Nombre d'**injections d'insuline par jour** (administrées la veille de la présente prescription)³ :

- pas encore traité par insuline
- 1
- 2
- 3
- ≥ 4
- pompe à insuline

Insuline prescrite par 24 heures⁴

- Insulines à action rapide
- Insulines semi-lentes
- Insulines retards
- Insulines à durée d'action ultra longue

Nombre d'hypoglycémies graves pendant les 12 mois précédant la date du début de la période prescrite dans cette demande (c.à.d. avec pertes de connaissance/ crises nécessitant l'intervention d'un tiers) :

Nombre d'hospitalisations de 24 heures ou plus résultant du diabète pendant les 12 mois précédant la date du début de la période prescrite dans cette demande :

Dernière valeur Hb A1c en possession du médecin au moment de la présente prescription

Date/...../..... Valeur mesurée: (Valeurs de référence HbA1c.....)

Nombre d'auto-contrôles de glycémie effectués durant le mois précédent (mois..... année):

Nombre d'auto-dosages de glycosurie effectués durant le mois précédent (mois.....année):

² Soulignez la lettre du groupe dont le bénéficiaire remplit les conditions.

³ Cochez ce qui convient.

⁴ Plusieurs choix sont possibles.

AUTO-CONTRÔLE PRESCRIT

	SYSTEMATIQUE	UNIQUEMENT EN CAS DE PROBLEME	JAMAIS
Glycémie			
Glycosurie			

L'approbation de cette demande implique automatiquement un accord pour mesurer la glycémie par une piqûre au doigt ou par la mesure par capteur et pour la fourniture d'une pompe à insuline ou pas

Nom, signature du pédiatre diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée et date:.....

.....

.....

Noms des autres médecins impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- Médecins spécialistes:.....
- Médecin généraliste :.....

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande:/...../.....

Décision du médecin-conseil³:

Favorable pour le suivi d'un programme

Défavorable pour le suivi d'un programme parce que:

.....

.....

.....

Autre:

.....

.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision:

.....

.....

Convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et adolescents

Application de la norme du personnel aux différents nombres de patients

Le présent document a pour but d'éclaircir l'encadrement requis selon la convention, à titre d'exemple. Il ne remplace en aucun cas les dispositions conventionnelles et ne modifie pas ces dispositions.

Le présent document ne tient pas compte du 0,05 ETP supplémentaire par 55 visites à domicile.

Norme du personnel			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis											
Fonction	Nombre ETP par 60 patients	Heures par patient par année	80 patients	100 patients	120 patients	140 patients	160 patients	180 patients	200 patients	225 patients	250 patients	275 patients	300 patients	350 patients
Pédiatre	Min. 0,30 ETP ¹	8,17	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,90	1,00	1,13	1,25	1,38	1,50	1,75
Psychologue	Min. 0,10 ETP	2,72	0,13	0,17	0,2	0,23	0,27	0,3	0,33	0,38	0,42	0,46	0,5	0,58
Infirmier	Min. 0,30 ETP	8,17	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1	1,13	1,25	1,38	1,5	1,75
Diététicien	Min. 0,12 ETP	3,27	0,16	0,2	0,24	0,28	0,32	0,36	0,4	0,45	0,5	0,55	0,6	0,7
Assistant social ou infirmier social	Min. 0,04 ETP	1,09	0,05	0,07	0,08	0,09	0,11	0,12	0,13	0,15	0,17	0,18	0,2	0,23
À répartir librement entre les disciplines susmentionnées	Min. 0,19 ETP	5,17	0,25	0,32	0,38	0,44	0,51	0,57	0,63	0,71	0,79	0,87	0,95	1,11
Secrétariat	Max. 0,15 ETP	4,09	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5	0,56	0,63	0,69	0,75	0,88
Total	Min. 1,20 ETP	32,68	1,6	2	2,4	2,8	3,2	3,6	4	4,5	5	5,5	6	7
Norme du personnel			Encadrement spécifique pour les patients sous pompe à insuline de moins de 18 ans (à ajouter à l'encadrement minimum prévu ci-dessus) en fonction du nombre de patients de moins de 18 ans sous pompe suivi par l'établissement											
Gestionnaire de données	Min. 0,03672 ETP	1	80 patients sous pompe	100 patients sous pompe	120 patients sous pompe	140 patients sous pompe	160 patients sous pompe	180 patients sous pompe	200 patients sous pompe	225 patients sous pompe	250 patients sous pompe	275 patients sous pompe	300 patients sous pompe	350 patients sous pompe
			0,05	0,06	0,07	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,17	0,18	0,21

¹ Au maximum la moitié de l'encadrement pédiatrique prévu peut être convertie en personnel supplémentaire appartenant aux autres disciplines prévues (à l'exception du secrétariat). Pour chaque 0,1 ETP de pédiatre à convertir, 0,106 ETP membres d'équipe appartenant aux autres disciplines doivent être employés, en plus de l'encadrement déjà prévu pour ces disciplines.

La moitié de l'encadrement normal de 0,30 ETP de pédiatre (pour 60 patients) est financée par le biais du forfait journalier, l'autre partie étant sensée l'être via les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention. Dans le cas où une partie de l'encadrement pédiatrique prévu est converti en thérapeutes non-médicaux supplémentaires, la moitié de l'encadrement pédiatrique restante est financée par le biais du forfait journalier, l'autre partie de l'encadrement pédiatrique restante étant sensée l'être via les consultations visées. Le nombre du personnel supplémentaire (d'autres disciplines) à employer (dans le cas d'une conversion partielle de l'encadrement médical en encadrement thérapeutique non-médical) a été calculé de la sorte que ce personnel peut être financé entièrement dans le cadre de la convention, sur base du montant repris pour l'encadrement médical dans le forfait journalier. Ce personnel supplémentaire ne doit donc pas être financé sur base des consultations médicales.