

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 — 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION RELATIVE À
L'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À DOMICILE À L'AIDE
D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE

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 conclu 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,

la [dénomination de la personne morale] dont le service de diabétologie de [dénomination de l'hôpital] dépend, service désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,

la présente convention.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}.

La présente convention définit en premier lieu les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé définis à l'article 3, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit en outre la prise en charge inhérente à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable (non implantée), les prestations indispensables à cet effet et les prix et honoraires de ces dernières.

BUT DE LA CONVENTION

Article 2.

Le but premier et immédiat de la présente convention est d'offrir à des groupes bien définis de bénéficiaires atteints de diabète sucré, un programme de pompe à insuline qui, moyennant des conditions clairement définies, est susceptible d'être pris en considération pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, dans le but d'atteindre une glycémie normale et ainsi éviter ou ralentir les complications liées au diabète.

BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3.

§ 1^{er}. Les bénéficiaires visés dans la présente convention sont des bénéficiaires à partir de 16 ans (*avant l'âge de 16 ans, les enfants et adolescents doivent être pris en charge dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents*). Par bénéficiaire, il faut entendre :

- les diabétiques de type 1 - ainsi que d'autres patients qui, en vertu de l'article 4 § 2 de la convention générale relative à l'autogestion des patients adultes atteints de diabète sucré, appartiennent au groupe A - pour lesquels un traitement conventionnel correctement exécuté, par insulinothérapie intensive et éducation, n'a pas abouti à une régulation suffisante de la glycémie. Il s'agit, entre autre, de patients ayant une HbA1c > 7 % (*valeur mesurée avant le début du traitement par pompe à insuline*), ainsi que des patients présentant des hypoglycémies sévères, répétées (*avant le début du traitement par pompe à insuline*), ou des patients mal équilibrés et présentant des complications graves ;
- les femmes diabétiques qui sont enceintes ou qui veulent le devenir ;
- les patients qui ont déjà été traités par pompe à l'insuline dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents et pour lesquels il est jugé nécessaire de poursuivre le traitement par pompe à insuline sans interruption dans le cadre de la présente convention. Pour de tels patients, le traitement par pompe à insuline peut être poursuivi durant toute la vie s'il cela est jugé nécessaire ;
- les diabétiques de type 1 présentant une sensibilité extrême à l'insuline ;
- les diabétiques en préparation à une transplantation de pancréas ou d'îlots de cellules pancréatiques et pendant la période initiale après une transplantation de pancréas ou d'îlots de cellules pancréatiques ;
- les patients diabétiques de type 1 présentant, suite à leurs conditions de travail (horaires irréguliers), un mode de vie irrégulier ou qui courent un risque spécifique (situation de travail susceptible de mettre leur sécurité et leur vie, ou celles d'autrui, en danger).

§ 2. Les bénéficiaires doivent par ailleurs être pris en charge dans le cadre de la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré (ci-après dénommée « convention d'autogestion ») et par conséquent satisfaire à toutes les conditions de cette convention.

Sachant que les objectifs poursuivis à travers l'insulinothérapie par perfusion sont compromis lorsque les patients visés ne font pas de l'autogestion aux termes de la convention d'autogestion (*en ce compris les examens médico-préventifs minimaux indispensables requis dans la convention*), les patients qui ne suivent pas un programme d'autogestion approprié et/ou se soustraient aux examens préventifs obligatoires annuels n'entrent pas en ligne de compte pour la poursuite de l'insulinothérapie par perfusion continue à l'aide d'une pompe à insuline portable prévue par la présente convention.

§ 3. Les patients hospitalisés qui, au cours d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier ayant conclu la présente convention (*hospitalisation liée à leur diabète*), entament pour la première fois une insulinothérapie par perfusion continue à l'aide d'une pompe à insuline portable (*et qui entrent pour ce faire en ligne de compte en vertu des dispositions de la présente convention après la sortie de l'hôpital*) font déjà partie des bénéficiaires de la présente convention (*en raison de l'éducation nécessaire à la pompe à insuline par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement*), et ce dès le début du programme d'insulinothérapie (*programme de pompe à insuline par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 5 de la présente convention*), à condition que le patient soit en contact direct au moins chaque jour ouvrable avec un praticien de l'art infirmier spécialisé en

diabétologie de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire pendant le reste de son hospitalisation.

Des bénéficiaires qui sont déjà pris en charge dans le cadre de la présente convention et qui sont hospitalisés dans n'importe quel établissement hospitalier (quelle que soit la durée de l'hospitalisation) font aussi partie des bénéficiaires de cette convention pendant leur hospitalisation si le traitement par pompe à insuline est poursuivi pendant cette hospitalisation.

PROGRAMME RELATIF A L'INSULINOTHERAPIE PAR PERFUSION CONTINUE A DOMICILE A L'AIDE D'UNE POMPE A INSULINE PORTABLE

Article 4.

§ 1^{er}. Par programme relatif à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable aux termes de la présente convention (dénommé ci-après dans la présente convention « programme de pompe à insuline »), on entend :

- la mise à disposition par l'établissement de tout le matériel dont question au § 2 du présent article indispensable à cette thérapie ;
- l'accompagnement et l'éducation spécialisés de 24 heures nécessaires à sa réalisation sûre et adéquate dont question au § 3 du présent article.

§ 2. Par matériel visé au § 1^{er}, on entend entre autres :

- une pompe 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 médecin prescripteur après concertation avec le patient. Le médecin prescripteur informera le patient 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 médecin de l'établissement prendra les mesures nécessaires pour renvoyer le patient vers un autre hôpital qui a signé la convention pompe à insuline 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 : 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 convention d'autogestion) 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 du patient d'une plateforme informatique (à usage tant du patient que de l'équipe de diabétologie) permettant la lecture des données transmises par les pompes et l'accompagnement à distance du patient.

§ 3. Par accompagnement et éducation visés au § 1^{er}, il faut entendre : l'apprentissage – en ce compris un contrôle régulier et un recyclage de ces connaissances – de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable. Cet apprentissage et l'entretien de ces connaissances doivent couvrir tous les aspects de l'insulinothérapie et donc être organisés par une équipe multidisciplinaire sous la direction du médecin responsable de l'établissement.

Ce dernier s'engage à informer le médecin généraliste et, le cas échéant, le médecin spécialiste traitant, sur cette forme d'insulinothérapie à domicile.

Parallèlement, l'accompagnement et l'éducation visés au § 1^{er} impliquent la possibilité de recevoir un conseil spécialisé 24 heures sur 24 tant à l'intention du bénéficiaire et de son entourage que de son médecin généraliste et spécialiste traitant.

Cet accompagnement et cette éducation recouvrent également l'apprentissage des bénéficiaires visés par la présente convention à l'utilisation de la plateforme informatique mise à la disposition du patient (à usage tant des patients que de l'équipe de diabétologie) 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.

§ 4. Comme mentionné à l'article 3 § 2, les bénéficiaires de la présente convention doivent également faire de l'autogestion et, à cette fin, doivent réaliser des mesures de glycémie prescrites ou porter un capteur de glucose. Toutefois, le matériel pour réaliser ces mesures de glycémie ou le capteur de glucose lui-même n'est pas remboursé dans le cadre de la présente convention mais l'est dans le cadre de la convention d'autogestion.

L'ETABLISSEMENT

Article 5.

§ 1^{er}. L'établissement avec lequel la présente convention peut être conclue doit être attaché à un établissement hospitalier (un hôpital) qui a déjà conclu avec l'INAMI une convention d'autogestion.

Afin de pouvoir proposer à ses patients des programmes de bonne qualité, l'établissement organisera son fonctionnement de manière à ce qu'il réponde aux exigences suivantes :

§ 2. *Composition de l'équipe de diabétologie*

L'établissement tel que visé dans la présente convention est une équipe de diabétologie multidisciplinaire attachée à l'établissement hospitalier, qui constitue, avec l'équipe de diabétologie multidisciplinaire active dans le cadre de la convention d'autogestion, une équipe commune organisant régulièrement des réunions d'équipe communes. L'équipe multidisciplinaire dans le cadre de la présente convention se compose au moins :

- d'un médecin spécialiste en endocrino-diabétologie, qui dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation ainsi que de la qualité de l'accompagnement et de l'éducation des patients portant une pompe à insuline dans le cadre de la présente convention. Ce médecin responsable est compétent pour confier aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation du programme de pompe à insuline. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

Un médecin qui, avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, était déjà responsable d'un établissement disposant d'une convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable et/ou de la prescription des programmes dans le cadre de pareille convention, et dont le curriculum professionnel spécifique avait déjà été transmis au Collège des médecins-directeurs, peut garder ses prérogatives (diriger l'équipe multidisciplinaire prévue dans la présente convention et/ou prescrire des programmes de pompe à insuline dans le cadre de la convention).

Le médecin qui dirige l'équipe est désigné dans la suite du texte de la présente convention comme le « médecin responsable ».

Ce médecin responsable doit être actif dans le cadre de la convention d'autogestion. Toutefois, il n'est pas nécessaire que celui-ci soit actif dans le cadre de la convention d'autogestion comme médecin responsable.

Le médecin responsable de l'équipe constituée, avec tous les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie dont l'établissement dispose, et conjointement avec les médecins visés ci-dessus qui auparavant prescrivaient déjà des programmes dans le cadre d'un établissement ayant conclu une convention en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile, et qui satisfont aux conditions pour garder leurs prérogatives en la matière, le « cadre médical » de l'établissement.

Sans préjudice des dispositions de l'article 9, l'intervention de l'assurance que prévoit la présente convention n'est octroyée que si l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable est prescrite par un médecin spécialiste faisant partie du « cadre médical » de l'établissement, et que cette thérapie est prescrite dans le cadre de l'activité de ce médecin spécialiste dans l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue.

Le cadre médical, tant celui qui est actif dans le cadre de la présente convention que celui qui est actif dans le cadre de la convention d'autogestion, doit ensemble toujours s'élever au minimum à 0,5 équivalent temps plein (ETP), même si le total du nombre de patients que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention et du nombre de patients que l'hôpital, avec lequel la présente convention est conclue, suit dans le cadre de la convention d'autogestion, pourrait justifier un cadre moins important.

Le cadre médical minimal requis pour les deux conventions conjointes reste donc toujours de 0,5 ETP ;

- pour assurer la fonction d'éducateur en diabétologie :
 - d'un ou de praticien(s) de l'art infirmier spécialisé(s) en diabétologie, qui peu(ven)t fournir la preuve qu'il(s) a(ont) suivi une formation spécifique en diabétologie (formation d'éducateur en diabétologie), et qui est chargé(s) de l'éducation technique spécifique du bénéficiaire diabétique. La compétence régulièrement actualisée des praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie, aussi bien quant à l'éducation qu'à l'accompagnement du diabétique, doit être objectivée par un curriculum vitæ et être garantie par l'établissement et par le médecin responsable. Dans le cas où un nouveau praticien de l'art infirmier ne peut fournir la preuve, lors de son entrée en service, qu'il a suivi une formation spécialisée d'éducateur en diabétologie, cette preuve doit être fournie endéans les trois ans qui suivent son entrée en service.
 - FACULTATIF, donc sans obligation pour l'établissement : d'un ou de diététicien(s) qui peu(ven)t fournir la preuve qu'il(s) a(ont) suivi une formation spécifique en diabétologie (formation d'éducateur en diabétologie). La compétence régulièrement actualisée des diététiciens, aussi bien quant à l'éducation qu'à l'accompagnement du diabétique, doit être objectivée par un curriculum vitæ et être garantie par l'établissement et par le médecin responsable.

Dans le cas où un nouveau diététicien ne peut fournir la preuve, lors de son entrée en service, qu'il a suivi une formation spécialisée d'éducateur en diabétologie, cette preuve doit être fournie endéans les trois ans qui suivent

son entrée en service.

Cette fonction d'éducateur en diabétologie ne peut être remplie par un diététicien que si le nombre minimum de praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie dont l'établissement doit disposer en vertu du présent article est atteint et qu'en raison du nombre de bénéficiaires suivi par l'établissement, l'établissement doit augmenter son cadre du personnel (cf. dispositions du § 3 du présent article).

Aux diététicien(s) peuvent être confiées des tâches d'éducation dans le cadre de la présente convention, pour autant que ces tâches relèvent de la compétence légale des diététiciens.

Le ou les éducateurs en diabétologie doit(vent) aussi être actif(s) dans le cadre de la convention d'autogestion.

Le nombre de praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie dont dispose l'établissement, tant ceux actifs dans le cadre de la présente convention que ceux actifs dans le cadre de la convention d'autogestion, doit ensemble s'élever toujours à 0,60 ETP au minimum, même si le total du nombre de patients que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention et du nombre de patients que l'hôpital, avec lequel la présente convention est conclue, suit dans le cadre de la convention d'autogestion, pourrait justifier un cadre moins important.

Le nombre minimum de praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie s'élève donc pour les deux conventions conjointes toujours à 0,60 ETP minimum ;

- d'un gestionnaire de données qui soutient l'équipe dans la collecte et le suivi des données des pompes à insuline placée 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 éducateur en diabétologie (infirmier ou diététicien) ou par d'autres personnels non médicaux plus spécialisés (par exemple, un master en sciences biomédicales, un master en ingénierie).

§ 3. *Taille de l'équipe*

Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dont l'équipe de diabétologie de l'établissement visée au § 2 du présent article doit être constituée est fonction du nombre de patients portant une pompe à insuline que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention.

Il est attendu d'un établissement qui, au cours d'une année civile, accompagne 100 patients portant une pompe à insuline, qu'il dispose pour l'éducation et l'accompagnement de ces patients du cadre suivant minimum en sus du cadre déjà prévu par la convention d'autogestion :

- minimum 0,05 ETP cadre médical, normalement occupé par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par les médecins, visés au § 2 ayant des prérogatives particulières. Comme l'indique le § 2, le total du cadre médical actif pour la présente convention et du cadre médical actif pour la convention d'autogestion doit toujours s'élever au minimum à 0,5 ETP même si, sur la base du nombre de patients, un cadre moins important pourrait se justifier.
- minimum 0,3060 ETP éducateurs en diabétologie (infirmiers en diabétologie et/ou diététiciens). Comme l'indique le § 2, le total des praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie actifs pour la présente convention et ceux actifs pour la convention d'autogestion doit toujours s'élever à un minimum de 0,60 ETP même si, sur la base du nombre de patients, un cadre moins important pourrait se justifier. Si en fonction du

nombre de bénéficiaires sous pompe à insuline, l'établissement doit engager plus que le minimum exigé de 0,60 ETP éducateurs en diabétologie, le nombre d'ETP supplémentaire (par rapport au 0,60 ETP minimum praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie) peut être assuré soit par un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie soit par un diététicien ayant suivi la formation d'éducateur en diabétologie dont question au § 2 du présent article.

- minimum 0,0612 ETP gestionnaire de données tel que visé au § 2 dernier bullet du présent article.
- minimum 0,0667 ETP collaborateur de secrétariat et/ou éducateur en diabétologie supplémentaire.

Si certains membres de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement sont déjà actifs dans le cadre de la convention d'autogestion, les heures à prester par ces membres de l'équipe pour la présente convention, doivent être prévues en sus des heures à prester par ces membres de l'équipe aux termes de la convention d'autogestion.

L'équipe de diabétologie multidisciplinaire doit toujours être adaptée proportionnellement en fonction du nombre réel de patients qui suivent effectivement un programme de pompe à insuline dans le cadre de la présente convention. Afin d'éviter des adaptations multiples de ce cadre du personnel requis, l'établissement pourra toutefois s'appuyer, pour la taille du cadre du personnel requis au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de patients qui a été accompagné dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes qui ont précédé. Une hausse proportionnelle du cadre du personnel ne doit être réalisée que si, sur la base du nombre moyen de patients, l'augmentation requise du cadre du personnel commun s'élève à minimum 0,5 ETP médecin et/ou à minimum 0,5 ETP éducateurs en diabétologie et/ou à minimum 0,25 ETP pour les autres fonctions par rapport au cadre existant. Si cette hausse minimale n'est pas atteinte pour une fonction, cette fonction peut continuer à s'appuyer sur le cadre existant. L'obligation d'augmenter effectivement le cadre du personnel doit, pour la présente convention et la convention d'autogestion de l'hôpital avec lequel la présente convention a été conclue, être examinée ensemble. Dès que, sur la base du nombre de patients dans le cadre d'une part, de la présente convention et d'autre part, de la convention d'autogestion, le cadre du personnel réel des deux conventions confondues est inférieur, vis-à-vis de l'encadrement requis, à 0,5 ETP médecin et/ou 0,5 ETP éducateurs en diabétologie et/ou 0,25 ETP pour les autres fonctions, le cadre du personnel doit donc effectivement être élargi.

Exemple : si, sur la base du nombre de patients dans le cadre de la présente convention, un établissement doit élargir son cadre du personnel à 0,27 ETP éducateurs en diabétologie et, sur la base du nombre de patients pour la convention d'autogestion, de 0,32 ETP éducateurs en diabétologie, le cadre du personnel occupé pour les conventions doit être effectivement rehaussé sachant que, pour les deux conventions confondues, il faudrait embaucher au total 0,59 ETP éducateurs en diabétologie (praticien de l'art infirmier ou diététiciens). En effet, la valeur seuil de 0,50 ETP éducateurs en diabétologie supplémentaires est dépassée bien qu'elle n'ait pas été dépassée pour une des conventions séparément.

Si l'établissement opte pour le remplacement, total ou partiel, de la fonction de collaborateur du secrétariat (dont il devrait disposer conformément aux dispositions du § 2 du présent article) par un éducateur en diabétologie supplémentaire, il peut – compte tenu des écarts dans le coût salarial, partir du principe que 1 ETP collaborateur de secrétariat ne doit être remplacé que par 0,75 ETP éducateur en diabétologie.

Concernant le cadre requis dans le cadre de la présente convention, il ne peut être tenu compte que du temps de travail que les différents membres de l'équipe consacrent à l'accompagnement des patients prévu dans la présente convention, l'accompagnement direct (*contacts directs avec les patients et leur entourage, en ce compris le temps des consultations*) et l'accompagnement indirect (*concertation sur les patients, réunions d'équipe, assistance téléphonique, rapports, gestion et analyse des données, télémonitoring, etc.*) étant tous deux pris en compte tant pour les patients ambulatoires qu'hospitalisés.

Le temps de travail consacré aux soins médicaux et infirmiers ordinaires dispensés aux bénéficiaires hospitalisés de la présente convention ne peut toutefois jamais être pris en considération comme temps de travail afin de respecter le cadre requis en vertu du présent article.

Pour les nouveaux établissements qui adhèrent à la présente convention et qui ne disposaient donc pas, dans le passé, d'une convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, l'équipe de départ doit proportionnellement correspondre au nombre de patients que l'établissement suit à la date d'entrée en vigueur de la convention. L'équipe doit être adaptée, au plus tard tant à la fin de la première année civile complète durant laquelle la convention était d'application qu'à la fin de la deuxième année civile complète, en fonction du nombre de patients qui suivent effectivement à la fin de l'année un programme de pompe à insuline dans le cadre de la présente convention. Pour les années suivantes, les dispositions des paragraphes précédents du présent article sont d'application.

L'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit indiquer qui fait partie de l'équipe de l'établissement à n'importe quel moment, pour quel nombre d'ETP par semaine et avec quel horaire de travail. Il doit pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs.

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 (médecins inclus), 1 ETP est assimilé à un temps de travail de 38 heures et qu'une même personne (sauf en ce qui concerne les médecins) ne peut jamais faire partie du cadre requis aux termes de la présente convention à raison de plus de 1 ETP.

Aussi longtemps que sur la base des dispositions du présent article, l'hôpital dont fait partie l'établissement ne doit pas occuper plus de 0,5 ETP médecin responsable à la fois dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la convention d'autogestion, le médecin responsable travaillant pour la convention d'autogestion doit être le même que celui travaillant pour la présente convention. Si l'hôpital dont fait partie l'établissement souhaite opter pour l'engagement, dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la convention d'autogestion, pour 2 médecins responsables différents, le médecin responsable pour la présente convention et pour la convention d'autogestion doit être engagé chacun pour 0,5 ETP.

Dans le cas où les éducateurs en diabétologie qui font partie de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement ont un temps de travail plus important dans l'hôpital que leur temps de travail dans le cadre de la présente convention, l'établissement veillera un maximum à les occuper autant que possible dans l'équipe multidisciplinaire de diabétologie, de sorte que ces membres de l'équipe puissent se spécialiser dans l'éducation et l'accompagnement de patients diabétiques (et éventuellement les soins des patients diabétiques avec des plaies au pied) et qu'ils puissent accomplir un minimum d'autres tâches dans l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie. L'établissement fractionnera le nombre d'ETP requis pour chacune de ces fonctions en un minimum de personnes. Compte tenu des exigences de l'article 5 § 9 de la présente convention relative à l'accessibilité et à la disponibilité de l'établissement et à la continuité du fonctionnement, tant la fonction de praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie que la fonction de diététicien peuvent toutefois toujours être fractionnées en 3 personnes pour les deux conventions confondues.

Le non-respect du cadre requis au cours d'une année civile déterminée, à condition que l'établissement ait eu la possibilité d'en exposer les raisons, constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l'établissement (sur la base d'une décision du Comité de l'assurance), pour 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 patients la partie récupérée des prestations.

§ 4. *Consultants auxquels l'établissement peut faire appel*

L'équipe multidisciplinaire de diabétologie peut toujours, au sein de l'hôpital auquel appartient l'établissement, faire appel à :

- un diététicien familiarisé avec la diététique diabétologique et qui fait partie de l'équipe de la convention d'autogestion
- un assistant social ou praticien de l'art infirmier social familiarisé avec la problématique sociale du diabète sucré,
- un psychologue
- et un podologue.

§ 5. Consultation multidisciplinaire

L'établissement fera en sorte que les consultations pour patients appartenant au groupe cible de la convention se déroulent dans le cadre des consultations multidisciplinaires. A ces consultations multidisciplinaires tous les membres de l'équipe visé à l'article 5 § 2 sont présents et les disciplines mentionnées au § 4 du présent article doivent pouvoir être consultées. Il est autorisé de suivre au cours d'une même consultation tant l'autogestion que la pompe à insuline.

Les consultations multidisciplinaires pour patients portant une pompe à insuline peuvent être organisées pendant les demi-journées de consultation multidisciplinaire prévues dans la convention d'autogestion. Ces consultations doivent être communiquées aux patients. Sous les conditions précisées à l'article 6 § 2, les consultations multidisciplinaires requises peuvent être organisées éventuellement sur des sites différents.

En outre, pour les patients pour lesquels un contact avec certains des consultants mentionnés ci-dessus est indiqué, l'établissement est censé - dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable - pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le patient. Lors de cette consultation suivante, il doit également être possible d'avoir des contacts avec les différents membres de l'équipe prévus à l'article 5 § 2, comme il a déjà été mentionné ci-dessus.

§ 6. Réunions d'équipe

L'équipe multidisciplinaire de la présente convention doit se réunir au moins six fois par an avec l'équipe multidisciplinaire dans le cadre de la convention d'autogestion de l'hôpital.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport qui comporte la liste des participants.

§ 7. Dossiers individuels

Un dossier individuel est tenu pour chaque patient mentionnant au moins les contacts avec le patient en vue de l'accompagnement, de l'éducation et de la remise du matériel d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable (dates, membres de l'équipe concernés).

Ces dossiers doivent être accessibles aux différents membres de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire qui ont des contacts avec le patient ainsi que, le cas échéant, aux collaborateurs du service des urgences mentionné plus loin dans le présent article.

Le dossier individuel relatif au traitement par pompe à insuline peut, avec le dossier individuel d'éducation requis dans la convention d'autogestion, constituer un dossier commun.

§ 8. Infrastructure et équipement

L'établissement dispose d'espaces de consultation pour les éducateurs en diabétologie visés à l'article 5 § 2. Ces locaux peuvent faire partie des locaux disponibles dans le cadre de la convention d'autogestion.

L'établissement dispose en outre du matériel de démonstration et d'instruction nécessaire pour pouvoir assurer de façon optimale la formation et l'accompagnement continu des bénéficiaires de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

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 5 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 12 et 13.

§ 9. *Accessibilité - Disponibilité*

L'équipe multidisciplinaire doit organiser elle-même, pendant les heures de travail normales mais aussi en dehors des heures de consultation, une permanence téléphonique au moyen de suffisamment de lignes téléphoniques directes connues par tous les intéressés pour répondre aux appels des patients, de leurs proches et des prestataires de première ligne, en ce compris le pharmacien.

L'équipe multidisciplinaire doit prendre, au moins au niveau du service des urgences de l'hôpital auquel elle est attachée, les mesures organisationnelles nécessaires afin de garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) de médecins en vue de garantir la continuité de l'accueil des bénéficiaires. Cela implique que 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un endocrino-diabétologue ou assimilé (selon les dispositions de l'art. 5 § 2), familiarisé avec l'utilisation des pompes à insuline, doit pouvoir être consulté.

§ 10. *Continuité de l'accompagnement en cas d'hospitalisation*

Dans le cas où un bénéficiaire de la présente convention est hospitalisé dans l'établissement hospitalier auquel l'établissement conventionné est attaché, il sera suivi pour son traitement au moyen d'une pompe à insuline par l'équipe multidisciplinaire visée dans la présente convention.

§ 11. *Intégration à la première ligne*

Le médecin généraliste est informé des changements de thérapie importants au moyen d'un rapport. Au moins une fois par an, il convient d'envoyer au médecin généraliste un rapport détaillé de l'état du patient ainsi qu'un programme de traitement actualisé. Le rapport et le plan de traitement relatifs au traitement par pompe à insuline peuvent être intégrés dans le rapport requis par la convention d'autogestion. Conformément aux dispositions de la convention d'autogestion, l'équipe de diabétologie doit également s'engager activement dans la formation continue en matière de diabète des médecins généralistes avec lesquels elle collabore.

APPLICATION DE LA CONVENTION SUR PLUSIEURS SITES HOSPITALIERS
CONSEQUENCES POUR LA CONVENTION EN CAS DE FUSION OU DE DEFUSION D'ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Article 6.

§ 1er. La présente convention ne peut être conclue qu'une seule fois avec un même établissement hospitalier (hôpital) et ce, uniquement dans le cas où l'établissement hospitalier a déjà conclu une convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré avec le Comité de l'assurance. La convention concerne exclusivement les activités d'un même établissement hospitalier dans le cadre de la présente convention, jamais les activités de plusieurs établissements hospitaliers différents.

Chaque convention conclue se voit attribuer un seul et unique numéro d'identification.

§ 2. Si l'établissement hospitalier avec lequel est conclue la présente convention souhaite offrir aux patients portant une pompe à insuline le suivi, l'accompagnement et l'éducation prévus dans cette convention sur plusieurs sites hospitaliers dont il dispose, il doit respecter les conditions suivantes :

- Les activités que prévoit cette convention ne peuvent être offertes que sur les sites hospitaliers où est appliquée la convention d'autogestion de patients atteints de diabète sucré ;
- Conformément aux dispositions de l'article 5 § 5, les consultations pour patients faisant partie du groupe cible de la convention doivent se donner sur chaque site dans le cadre de consultations multidisciplinaires, auxquelles au moins un endocrino-diabétologue (ou assimilé) et un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie de l'équipe prévue à l'article 5 § 2, sont en même temps présents et disponibles pour les patients et pendant lequel appel peut être fait aux consultants visés à l'article 5 § 4. Sur chaque site où il offre les activités de la présente convention, l'établissement organisera les consultations multidisciplinaires et fera connaître cette consultation multidisciplinaire aux patients ;
- L'établissement ne dispose que d'une seule équipe de diabétologie multidisciplinaire comprenant un seul médecin responsable. Les membres de l'équipe actifs sur un site déterminé doivent répondre à toutes les conditions précisées dans l'article 5 § 2, et participer aux réunions d'équipe de tous les membres de l'équipe de l'établissement prévues à l'article 5 § 6, quel que soit le site où ils sont actifs ;
- L'établissement mentionnera les différents sites sur lesquels sont offertes les activités que prévoit cette convention dans les données de gestion qui peuvent être demandées conformément à l'article 13 § 2 de la présente convention.

Ces conditions s'appliquent également si l'établissement hospitalier fusionne avec un établissement hospitalier qui n'a pas conclu cette convention et que le nouvel établissement hospitalier fusionné souhaite lui aussi offrir les activités de la présente convention sur des sites de l'ancien établissement hospitalier qui ne disposait pas de cette convention.

§ 3. Si l'établissement hospitalier ayant conclu cette convention fusionne, après conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier avec lequel cette convention a également été conclue, les deux conventions peuvent durer encore deux ans au maximum et les deux numéros d'identification peuvent être utilisés encore deux ans au maximum, à condition que le nouvel établissement hospitalier fusionné reprenne tous les droits et obligations découlant des conventions. Le nouvel établissement hospitalier fusionné doit dans ce cas prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de pouvoir mettre fin après deux ans au plus tard à une des deux conventions et informer par écrit (lettre recommandée) le Service des soins de santé de l'INAMI de quelle convention il s'agit, information qui sera communiquée par circulaire aux organismes assureurs. L'autre convention continuera à produire ses effets à condition que le nouvel établissement hospitalier reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention et le déclare formellement dans la

lettre recommandée précitée.

Afin de pouvoir arrêter effectivement une des deux conventions après deux ans, les demandes individuelles de prise en charge visées aux articles 7 et 8 doivent être introduites au plus tard un an après la fusion des hôpitaux sous le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir, de sorte que les périodes de prise en charge accordées, visées à l'article 9, qui ont été demandées sous le numéro d'identification à supprimer expirent au plus tard deux ans après la fusion des hôpitaux.

§ 4. Si l'établissement hospitalier avec lequel a été conclue la présente convention est, dans le cadre d'une défusion d'hôpitaux, scindé en plusieurs établissements hospitaliers séparés, la présente convention peut (dans le cadre de l'accord de défusion) être automatiquement reprise par un des deux établissements hospitaliers apparus après la défusion, qui reprend aussi la convention d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défussionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d'informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l'INAMI) quel établissement hospitalier (dans le cadre de l'accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d'hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités que prévoit la convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles accordées visées à l'article 9) expire automatiquement à la date de prise d'effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l'assurance. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défussionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge du programme de pompe à insuline doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue aux articles 7 et 8.

LA PRESCRIPTION DU PROGRAMME ET LA DEMANDE PAR LE BENEFICIAIRE D'UNE INTERVENTION DANS LE COUT DU PROGRAMME DE POMPE A INSULINE

Article 7.

§ 1^{er}. Le bénéficiaire auquel est prescrit le programme de pompe à insuline prévu dans la présente convention introduit une demande d'intervention auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, au moyen du formulaire qui est joint à la présente convention.

Le formulaire joint à la présente convention peut être modifié à tout moment par le Collège des médecins-directeurs, en concertation avec le Conseil d'accord visé à l'article 20.

§ 2. Il appartient aux organismes assureurs d'informer les bénéficiaires des possibilités offertes par la présente convention à certains diabétiques, moyennant prescription et engagement personnel, en matière d'intervention dans le programme de pompe à insuline, ainsi que de la procédure de demande d'intervention, y compris en ce qui concerne les délais légaux.

§ 3. Il appartient à l'établissement, avant signature de la demande d'intervention, d'attirer l'attention du bénéficiaire auquel un traitement par pompe à insuline est prescrit, sur son investissement personnel dans la réalisation de l'objectif du programme (e.a. les obligations en matière d'autogestion et en

matière d'examens médicaux préventifs), ainsi que sur les moyens prévus pour lui dans le cadre de la convention et (par écrit) sur les dispositions de l'article 9 relatives à la fin du programme de pompe à insuline dans l'établissement. L'établissement lui signalera l'importance réelle de la collaboration entre les différents intervenants dans le traitement par pompe à insuline, en premier lieu le médecin généraliste mais aussi le pharmacien, et - dans le cas où le patient introduit lui-même une demande d'intervention - les conséquences d'une introduction tardive (après le délai légal) de la demande d'intervention.

§ 4. Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le bénéficiaire, il s'engage à ne pas lui porter en compte les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande (après le délai légal).

Article 8.

§ 1^{er}. Le formulaire à utiliser en vertu de l'article 7 § 1^{er}, pour les demandes d'intervention contient, outre la déclaration du patient, également une prescription médicale qui doit être signée par un médecin de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 5 § 2.

Le Service des soins de santé de l'INAMI communiquera par circulaire aux organismes assureurs les médecins de chaque établissement qui sont habilités à prescrire l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

L'établissement s'engage à informer immédiatement le Service des soins de santé de l'INAMI des modifications apportées à l'équipe médicale visée à l'article 5 § 2, active dans le cadre de la présente convention et habilitée à prescrire l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

§ 2. La prescription médicale doit mentionner l'indication motivant le traitement par pompe à insuline.

Article 9.

§ 1^{er}. Le programme de pompe à insuline d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil s'est prononcé en faveur de la prise en charge de ce bénéficiaire.

La période autorisée, éventuellement renouvelable, débute à la date de la prescription (excepté en cas d'introduction tardive d'une demande d'intervention) et ne peut dépasser 12 mois. A la fin de la période autorisée, la période de prise en charge peut être prolongée pour une nouvelle période de 12 mois au maximum.

Seules les prestations, telles que visées dans la présente convention, qui sont réalisées dans la période admise par le médecin-conseil et dans le respect d'éventuelles conditions supplémentaires posées par lui, sont prises en considération pour le remboursement.

§ 2. Le remboursement du programme individuel pour lequel le médecin-conseil s'est prononcé favorablement, prend fin :

- dès que le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre d'une convention d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, conclue avec un autre établissement hospitalier ou dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents. Il appartient au bénéficiaire de notifier en temps utile sa décision à l'établissement. Dans le cas où des prestations ont été indûment portées en compte par l'établissement suite à une notification tardive ou défailante de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations à l'établissement. Conformément aux dispositions de l'article 7 § 3, de la présente convention, l'établissement doit informer le bénéficiaire de cette disposition par écrit.

Afin d'éviter et/ou de limiter un maximum les problèmes en la matière au bénéficiaire, le médecin-conseil avertira l'établissement si un bénéficiaire – *pour lequel un accord pour la prise en charge dans l'établissement est encore en cours ou pour lequel l'accord est arrivé à échéance depuis maximum 2 mois* – introduit une demande de prise en charge pour un programme par pompe à insuline dans un autre service hospitalier conventionné. L'organisme assureur et son médecin-conseil ne peuvent toutefois pas être tenus responsables si des prestations prévues dans la présente convention ne sont pas remboursées (pour un patient déterminé), si le médecin-conseil a oublié d'avertir l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un programme pompe à insuline dans un autre service hospitalier.

- lorsque l'établissement décide de ne plus prendre en charge un bénéficiaire dans le cadre de la présente convention. Cette décision doit être notifiée à l'intéressé au moins un mois à l'avance.

§ 3. L'établissement s'engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations qu'il juge utiles afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de pompe à insuline du bénéficiaire.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES PAR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE – DEFINITIONS, PRIX ET HONORAIRES

Article 10.

§ 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 programmes de pompe à insuline définis à l'article 4.

Le prix de cette prestation comprend :

- le coût de tout le matériel nécessaire à l'application de l'insulinothérapie par perfusion continue tel que défini à l'article 4 § 2 ;
- le coût de l'accompagnement total et de l'éducation du patient tel que défini à l'article 4 § 3.

§ 2. Les prix et honoraires des prestations telles que visées au § 1^{er} du présent article sont, par prestation, fixés à 10,00 EUR, dont 1,22 EUR indexables et 8,78 EUR non indexables.

De ce montant, 8,78 EUR au maximum sont destinés à financer le coût de tout le matériel nécessaire à l'application de l'insulinothérapie par perfusion continue.

§ 3. La partie indexable des prix et honoraires fixés 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 10 § 2.

§ 5. Les prix fixés dans le présent article ne comprennent toutefois pas les prestations des médecins prévues dans la nomenclature des prestations de santé.

§ 6. La prestation visée dans la présente convention peut être cumulée avec:

- les prestations reprises dans la convention d'autogestion ;
- les prestations reprises dans la convention relative au monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique aussi longtemps que cette convention est d'application OU avec les prestations reprises dans la convention relative aux technologies avancées ou coûteuses, lorsque cette

convention sera d'application.

Article 11.

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 accepte, cet aperçu peut être envoyé au bénéficiaire par voie électronique. Si le bénéficiaire n'accepte pas un relevé électronique, le relevé sera envoyé au bénéficiaire sur papier.

Chaque prestation ne peut être attestée qu'après que cette prestation ait été effectivement effectuée, donc après le jour où le bénéficiaire concerné bénéficie de l'insulinothérapie par perfusion continue.

CONTROLE DE QUALITE

Article 12.

Chaque établissement participe à une initiative, approuvée par le Conseil d'accord, de collecte de données à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité telle que décrite à l'article 17 de la convention d'autogestion.

Dans le rapport élaboré par Sciensano (sur base des données transmises par les établissements conventionnés), une attention particulière doit être portée à la qualité du traitement des patients pris en charge dans le cadre de la présente convention, afin d'analyser si cette qualité est garantie dans tous les établissements hospitaliers ayant conclu la présente convention et afin, si nécessaire, de prendre de mesures de promotion de cette qualité. A cette fin, des items spécifiques (à définir par le Groupe d'experts visé à l'article 17 § 4 de la convention d'autogestion) doivent être enregistrés pour ces patients.

Article 13.

§ 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 convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable 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 convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable. 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. ;

- les noms et adresses des sites hospitaliers où sont offertes les activités prévues par la présente convention, avec mention des jours (matinées / après-midis) de la semaine pendant lesquels une consultation multidisciplinaire comme définie à l'article 5 § 5 et à l'article 6 est organisée sur chaque site hospitalier.

§ 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.

Article 14.

L'établissement s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé de l'INAMI, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites utiles en ce qui concerne le contrôle de l'exécution de la présente convention.

CONSEIL D'ACCORD

Article 15.

Afin de contribuer au 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 de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux*) et à l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, l'application de la présente convention sera évaluée dans le cadre du Conseil d'accord prévu à l'article 20 de la convention d'autogestion.

OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 16.

L'établissement tient un registre dans lequel sont inscrites, par bénéficiaire, les données relatives à la mise à disposition du matériel avec des indications précises sur la nature et la quantité du matériel fourni.

Article 17.

L'établissement tient la comptabilité des prestations visées dans l'actuelle convention, qui se compose, d'une part, des factures d'achat du matériel visé à l'article 4 § 2 (qui doivent être regroupées clairement dans la comptabilité) et des frais salariaux spécifiques de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire définie à l'article 5 § 2 (frais 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 le traitement à l'aide d'une pompe à insuline, ont accordées à l'établissement et qui sont liées à l'achat de ce matériel, doivent également être reprises dans cette comptabilité. Il s'agit tant des diminutions de prix et des ristournes directes liées à l'achat du matériel, que des diminutions de prix qui ont été accordées à l'établissement hospitalier relatives à l'achat d'autre matériel, dispositifs ou produits (pharmaceutiques) chez ces firmes et liées à la quantité du matériel achetée par l'établissement. Dans la comptabilité doivent être reprises les quantités de matériel pour l'autogestion et les quantités de matériel de la présente convention que l'établissement hospitalier reçoit le cas échéant gratuitement des firmes.

Cette comptabilité peut être effectuée en commun avec la comptabilité de la convention en matière

d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, à condition qu'une distinction soit faite dans la comptabilité entre le matériel spécifiquement utilisé dans le cadre de la présente convention, et le matériel utilisé dans le cadre de la convention d'autogestion.

Si le Service des soins de santé de l'INAMI le demande, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, (*le cas échéant, un récapitulatif commun avec la convention d'autogestion, à condition qu'une distinction soit faite entre le matériel spécifiquement utilisé pour l'autogestion et le matériel utilisé dans le cadre du programme de pompe à insuline*) doit être transmis au Service des soins de santé suivant le modèle établi par celui-ci.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 18.

§ 1^{er}. Les accords individuels en cours donnés dans le cadre de la convention précédente (convention d'application avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention) continuent à courir dans le cadre de la présente convention jusqu'à leur date de fin prévue.

Pour ces accords, le montant prévu par la présente convention peut être porté en compte à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 2. Dans le cas où l'établissement n'atteint pas l'encadrement minimum prévu par l'article 5 § 3 pour les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie (0,60 ETP dans le cadre de la convention d'autogestion du diabète sucré adultes et dans le cadre de la présente convention confondues) à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, l'établissement dispose d'un délai de 6 mois qui commence à courir à la date d'entrée en vigueur de la présente convention pour disposer de cet encadrement minimum exigé.

DISPOSITIONS SPECIALES

Article 19.

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 et ristournes visées à l'article 17 et liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, 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
- la convention d'autogestion pour les enfants et adolescents
- 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.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 20.

L'établissement s'engage à rémunérer les membres de l'équipe multidisciplinaire au moins selon les mêmes échelles salariales que celles du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

Le coût de l'occupation du cadre du personnel requis en vertu de l'article 5 § 2, 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 requis ne peuvent donc jamais être remplies (concernant l'horaire de travail prévu dans le cadre du personnel requis) par des membres du personnel qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un régime financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement dans la charge salariale, à l'exception d'une part, pour les médecins, des recettes des prestations de la nomenclature des prestations de santé et d'autre part, des interventions du SPF Santé Publique dans l'application (éventuellement partielle) des barèmes IFIC et/ou dans les primes attribuées à des praticiens de l'art infirmier disposant d'une qualification professionnelle particulière.

Si des membres de l'équipe sont dispensés de prestations de travail dans le cadre de la problématique 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 des 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 21.

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

À compter de cette date, elle annule et remplace toutes les conventions antérieures relatives à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable qui étaient d'application jusqu'à cette date et gérées par l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention est conclue, y compris les conventions que cet établissement hospitalier a repris en raison d'une fusion hospitalière des pouvoirs organisateurs avec lesquels les conventions ont été conclues.

§ 2. La présente convention est valable pour une durée indéterminée mais elle peut toujours être dénoncée 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. Si l'établissement ne dispose plus d'une convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, la présente convention expire automatiquement et ceci dès que la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré n'est plus en vigueur.

§ 4. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit des annexes suivantes :

- Annexe 1 : formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge du programme de pompe à insuline (demande du patient et prescription médicale, cf. dispositions des articles 7 et 8 de la présente convention)
- Annexe 2 : application de la norme de personnel à divers effectifs 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

ANNEXE 1 : FORMULAIRE TYPE

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR
DANS LE COÛT DU PROGRAMME POUR L'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À DOMICILE À
L'AIDE D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE¹**

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION.

Collez ici une vignette s.v.p.

Le soussigné

..... (nom et prénom)

- o demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme de pompe à insuline indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre

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

Signature du bénéficiaire :

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

**À COMPLÉTER PAR LE SERVICE CONVENTIONNÉ D'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À DOMICILE
À L'AIDE D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE**

Identification du Service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86.5.....

Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme relatif à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable est prescrit du/...../..... au/...../..... inclus.

Il/Elle appartient au **groupe cible** suivant de la convention conclue pour le présent Service de diabétologie :

- o Diabétiques de type 1 – ainsi que d'autres patients qui en vertu de l'article 4 § 2 de la convention générale relative à l'autogestion des patients adultes atteints de diabète sucré, appartiennent au groupe A - pour lesquels un traitement conventionnel correctement exécuté, par insulinothérapie intensive et éducation, n'a pas abouti à une régulation suffisante de la glycémie (des patients ayant une HbA1c > 7 % (valeur mesurée avant le début du traitement par pompe à insuline), ainsi que des patients présentant des hypoglycémies sévères, répétées (avant le début du traitement par pompe à insuline), ou des patients mal équilibrés et présentant des complications graves) ;
- o Femmes diabétiques qui sont enceintes ou qui veulent le devenir ;
- o Bénéficiaires qui ont déjà été traités par pompe à l'insuline dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents et pour lesquels il est jugé nécessaire de poursuivre le traitement par pompe à insuline sans interruption ;
- o Diabétiques de type 1 qui présentent une sensibilité extrême à l'insuline ;
- o Diabétiques, avant et pendant la période initiale qui suit une transplantation du pancréas ou de cellules pancréatiques ;
- o Diabétiques de type 1 qui, du fait de leur environnement de travail (heures irrégulières), ont un rythme de vie irrégulier ou encourent des risques spécifiques (cadre de travail pouvant mettre en péril leur sécurité et leur vie ou celle d'autres personnes).

Il s'agit en l'occurrence

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

- o d'une **première prescription** d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné :

ou

Il s'agit en l'occurrence

- o de la **prolongation** de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

Dernière mesure de HbA1c effectuée

Date : .. / .. / Valeur mesurée : .. , .. (valeurs normales -)

Nom, signature et date du **médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée** :

Noms (+ adresse et téléphone) des **autres médecins** associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

médecins spécialistes :

généraliste :

DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL

Date de réception de cette demande : .. / .. /

Décision du médecin-conseil :

- favorable du .. / .. / au .. / .. /
- défavorable parce que
- autre

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

.....

Annexe 2

Convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable

Application de la norme de personnel aux différents effectifs de patients

Le présent document tend à préciser, à titre d'exemple, le cadre du personnel requis par la convention. En aucun cas, il ne remplace ni ne modifie les dispositions de la convention. Les données du tableau ne dispensent dès lors jamais l'établissement des dispositions de la convention d'avoir au moins 0,5 ETP endocrino-diabétologue(ou assimilé) et au moins 0,60 ETP praticiens de l'art infirmier qui sont actives dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la convention d'autogestion.

Aux termes de la convention, le cadre du personnel dont doit disposer un service hospitalier conventionné est fixé par le nombre de patients que suit l'établissement. Le cadre du personnel dont doit disposer un établissement conventionné (spécifiquement pour ses activités prévues par la convention) est le total du cadre requis pour les différentes fonctions sur la base du nombre de patients.

Le cadre du personnel doit être adapté si, sur la base du nombre réel de patients des deux années civiles entières écoulées (patients accompagnés dans le cadre de la présente convention ou dans le cadre de la convention d'autogestion), le cadre du personnel commun existant doit être augmenté au minimum de 0,5 ETP médecin et/ou au minimum de 0,5 ETP éducateurs en diabétologie et/ou de 0,25 ETP pour les autres fonctions, par rapport au cadre existant.

Norme du personnel pour 100 patients			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis									
Fonction	Nombre d'ETP par 100 patients	Heures par patient par an ²	10 patients	20 patients	30 patients	40 patients	50 patients	75 patients	100 patients	125 patients	150 patients	200 patients
Endocrino-diabétologues ¹	Min. 0,05 ETP	0,8170	0,005	0,01	0,015	0,02	0,025	0,0375	0,05	0,0625	0,075	0,1
Educateurs en diabétologie (Infirmier/Diététicien)	Min. 0,3060 ETP	5,0000	0,0306	0,0612	0,0918	0,1224	0,1530	0,2295	0,3060	0,3825	0,4590	0,6120
Gestionnaire de données	Min. 0,0612 ETP	1,0000	0,00612	0,01224	0,01836	0,02448	0,0306	0,0459	0,0612	0,0765	0,0918	0,1224
Personnel administratif ³	Max. 0,0667 ETP	1,08988	0,0067	0,0134	0,0200	0,0267	0,0334	0,0500	0,0667	0,0824	0,1000	0,1334
Total	Min. 0,4839 ETP	7,90688	0,04842	0,09684	0,14516	0,19358	0,242	0,3629	0,4839	0,6039	0,7258	0,9678

¹ Le temps de travail mentionné est le temps de travail moyen que consacrent les endocrino-diabétologues de l'équipe par patient à l'éducation spécifique du patient en ce qui concerne l'utilisation de la pompe à insuline, ainsi qu'à la concertation de l'équipe et la coordination et la supervision de l'équipe.

² Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition de la brochure d'information, composition des programmes avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.).

³ Au lieu du personnel administratif, on peut engager éventuellement du personnel éducatif supplémentaire. Lors de cette conversion, on peut tenir compte du fait que le coût salarial d'1 ETP personnel administratif, seul 0,75 ETP personnel éducatif peut être rémunéré. Si 1 ETP personnel administratif est converti en personnel éducatif supplémentaire, seul 0,75 ETP personnel éducatif supplémentaire doit être engagé.