

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2009/342 du 25 août 2009

370/1366

En vigueur à partir du 1 septembre 2009 jusqu'au 31 décembre 2012

Avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré en vue d'adapter la convention suite à l'entrée en vigueur du trajet de soins diabète

Le 1^{er} septembre 2009 entre en vigueur le trajet de soins diabète.

A cette même date entre également en vigueur un avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré. Le texte de cet avenant figure à l'annexe 1 de la présente circulaire.

Nouvelles prestations remboursables

En vertu de cet **avenant**, les centres de diabétologie conventionnés peuvent porter en compte un certain nombre de **forfaits spécifiques** pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins ou qui (s'il s'agit d'un patient hospitalisé qui commence une autogestion) ont l'intention de conclure un tel contrat « trajet de soins ». Il s'agit des prestations suivantes:

Libellé de la prestation	Pseudo-code	Prix
1) Education ambulatoire d'un patient trajet de soins		
a) forfait annuel ordinaire	786015	87,32 €
b) forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion (une seule fois)	786030	152,81 €
2) Education d'un patient trajet de soins hospitalisé	786085	130,98 €
3) Programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après son hospitalisation		
a) forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois)	786100	72,61 €
b) forfait éducation (une seule fois)	786122	152,81 €
4) Forfait annuel relatif au coaching général	786052	36,38 €

Accord obligatoire du médecin-conseil (à l'exception du coaching général)

Les différents forfaits d'éducation et de matériel ne peuvent être portés en compte que si le médecin-conseil a marqué son accord sur la prise en charge de ces prestations spécifiques de

rééducation fonctionnelle. Les demandes de prise en charge de ces prestations doivent être introduites à l'aide d'un formulaire spécifique qui est joint en annexe 2 à la présente circulaire.

Afin d'éviter un refus pour cause d'introduction tardive de la demande, le médecin-conseil doit recevoir les demandes de prise en charge au plus tard 30 jours après la fin de la période sur laquelle elle porte. La demande pour le forfait annuel d'une éducation ambulatoire doit donc parvenir au médecin-conseil au plus tard 30 jours après la fin de la période d'un an; il va de soi que cette demande peut également être introduite au début de la période de un an. Les demandes de prise en charge des forfaits pour les patients hospitalisés doivent toujours parvenir au médecin-conseil au plus tard 30 jours après la fin de la période d'hospitalisation.

Pour le forfait annuel relatif au coaching général, il n'est pas nécessaire d'introduire une demande individuelle : ce forfait annuel peut toujours être facturé pour tous les patients ayant conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

Education ambulatoire d'un patient ayant conclu un trajet de soins : conditions spécifiques

L'éducation des patients ayant conclu un trajet de soins sera dispensée, dans de nombreux cas, en dehors du cadre de la convention par des éducateurs en diabétologie qui sont actifs au sein de la première ligne. Le remboursement de cette éducation au diabète par des éducateurs de première ligne fait l'objet de circulaires séparées.

Les patients trajet de soins peuvent, sur prescription du médecin généraliste, cependant encore bénéficier d'une éducation ambulatoire dont ils ont besoin dans un centre conventionné. Cela n'est possible que s'il s'agit de patients trajet de soins se trouvant dans une situation médicale complexe ou dans le cas où il n'y a pas assez d'éducateurs de première ligne dans la région. La prescription du médecin généraliste doit mentionner explicitement qu'il s'agit d'une éducation ambulatoire dispensée dans un centre de diabétologie conventionné et est valable pour une **période de 12 mois à partir du début de l'éducation**. Quand la fin de cette période de 12 mois approche, le médecin généraliste peut rédiger une nouvelle prescription pour une période supplémentaire de 12 mois.

Pour les patients qui bénéficient d'une telle **éducation ambulatoire dans un centre conventionné**, ce dernier peut porter en compte un **forfait annuel**. Pour la plupart des patients, il s'agira du forfait annuel ordinaire. Toutefois, pour les **nouveaux patients** qui commencent une autogestion pour la première fois, il s'agira d'un **forfait annuel majoré**.

Pour être considéré comme nouveau patient, le patient doit satisfaire aux deux conditions suivantes :

- ne jamais avoir été pris en charge dans le cadre d'une convention en matière d'autogestion ;
- ne jamais avoir bénéficié non plus de prestations d'éducation dispensées (en dehors du cadre de la convention) par un praticien de l'art infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins agréé comme éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle.

Par patient et par période de 12 mois, il ne peut être porté en compte qu'un seul forfait annuel. Les périodes de 12 mois pour lesquelles un forfait annuel est porté en compte, ne peuvent jamais se chevaucher.

Pendant la période de 12 mois d'éducation couverte par le forfait annuel, le patient ne peut pas entrer en ligne de compte pour le remboursement de l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs de première ligne.

Le matériel d'autogestion doit quant à lui être délivré - sur prescription du médecin généraliste - dans une officine publique (ou auprès d'un autre fournisseur agréé). Cette réglementation fait l'objet de circulaires séparées. Le matériel d'autogestion qu'un centre conventionné mettrait éventuellement à la disposition de ce patient n'est pas remboursable.

Le forfait annuel pour l'éducation ambulatoire peut être facturé dès que 3 mois des 12 mois sur lesquels il porte se sont écoulés. À ce moment-là, ce forfait annuel est définitivement acquis, même si après ces 3 mois, le patient passe au programme du groupe 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention ou décède.

Education des patients hospitalisés ayant conclu un trajet de soins : conditions spécifiques

Les **patients hospitalisés trajet de soins** peuvent également recevoir dans l'hôpital conventionné dans lequel ils sont hospitalisés une **éducation au diabète supplémentaire** (par l'équipe d'éducation conventionnée de l'hôpital) **dans le cas où leur diabète est dérégulé**. Le forfait qui couvre cette éducation ne peut être porté en compte **qu'une seule fois par année civile** pour un même patient : il ne peut donc pas être porté en compte si le patient a déjà été hospitalisé dans la même année civile (le cas échéant dans un autre établissement) et que le forfait a déjà été porté en compte.

Le forfait couvre exclusivement l'éducation et ne couvre donc pas le matériel d'autogestion. Le patient doit, par conséquent, pendant son hospitalisation, utiliser le matériel d'autogestion qui lui a été prescrit par le médecin généraliste et qu'il a obtenu dans une officine publique (ou auprès d'un autre fournisseur agréé). Le matériel d'autogestion qu'un centre conventionné mettrait éventuellement à la disposition de ce patient n'est pas remboursable.

Pendant la période d'hospitalisation, le patient n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement de l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs de première ligne.

Il n'est pas exclu qu'un patient trajet de soins pour lequel le forfait éducation ambulatoire est dû, soit hospitalisé dans la période de 12 mois pour laquelle ce forfait est prévu. Dans ce cas, le forfait pour les patients trajet de soins hospitalisés peut également être porté en compte pour ce même patient.

Programme d'autogestion pour les patients hospitalisés (sans trajet de soins) qui commencent une autogestion et qui ont l'intention de conclure un contrat de trajet de soins après leur hospitalisation : conditions spécifiques

Pour un patient hospitalisé qui n'a pas encore conclu un contrat de trajet de soins et qui, pendant son hospitalisation, commence pour la première fois une autogestion, tant l'éducation à l'hôpital que le matériel d'autogestion mis à sa disposition par l'hôpital sont remboursés. Seul peut être considéré comme un tel nouveau patient, le patient n'ayant jamais été pris en charge antérieurement dans le cadre de la convention en matière d'autogestion et n'ayant jamais bénéficié non plus de prestations d'éducation dispensées (en dehors du cadre de la convention) par un praticien de l'art infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins agréé comme éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle.

Le **matériel d'autogestion que l'hôpital met à la disposition d'un tel patient** est le matériel pour la première période de 6 mois d'autogestion qui est remboursable pour un patient dans le cadre des trajets de soins (1 glucomètre, 1 porte-lancette, 150 tiges pour la mesure de la glycémie et 100 lancettes). Le centre conventionné peut facturer à cette fin un **forfait matériel**, même si le patient ne conclut pas de contrat trajet de soins par la suite. Le forfait matériel peut être porté en compte à partir de la fin de l'hospitalisation.

Le forfait éducation qui couvre l'éducation que l'équipe d'éducation conventionnée dispense pendant l'hospitalisation ne peut être porté en compte que si le patient conclut effectivement un contrat trajet de soins après son hospitalisation. Il ne peut donc pas être facturé aussi longtemps que le patient n'a pas conclu de contrat trajet de soins. Le contrat trajet de soins peut éventuellement être conclu par un autre médecin spécialiste compétent (endocrino-diabétologue ou assimilé).

Pendant la période d'hospitalisation, le patient ne peut prétendre au remboursement de l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs de première ligne.

Il n'est pas exclu qu'un patient pour lequel les forfaits matériel et éducation sont d'abord portés en compte, bénéficie ensuite (sur prescription du médecin généraliste) d'une éducation ambulatoire dans un centre conventionné. Dans ce cas, le forfait annuel (ordinaire) pour l'éducation ambulatoire est également dû pour ce patient. Si ce patient devait encore être hospitalisé une fois par la suite, il pourrait également prétendre au forfait pour patients hospitalisés trajet de soins.

Forfait annuel relatif au coaching général : conditions spécifiques

Pour chaque patient qui a conclu un contrat trajet de soins avec un endocrino-diabétologue (ou exceptionnellement un autre médecin spécialiste compétent) qui fait partie du cadre médical visé à l'article 8 de la convention diabète actuelle (et qui est donc compétent pour prescrire les programmes de rééducation fonctionnelle prévus par la convention), le centre conventionné peut facturer un **forfait annuel relatif au coaching général**. Ce forfait ne peut être facturé qu'une seule fois par an pour un même bénéficiaire. Si le médecin spécialiste qui a conclu le contrat trajet de soins est attaché à plusieurs centres conventionnés, un seul de ces centres conventionnés pourra donc facturer le forfait annuel relatif au coaching général, en principe, il s'agira du centre conventionné dans lequel le patient vient à la consultation du diabétologue.

Le forfait relatif au coaching général peut être porté en compte une première fois à partir de la date d'entrée en vigueur du trajet de soins. Les prochaines fois auxquelles il peut être porté en compte sont à chaque fois un an plus tard (donc la date d'entrée en vigueur + 1 an, + 2 ans, etc.) et ce, aussi longtemps que le contrat trajet de soins est valable (maximum 4 ans). Dans certains cas, ce forfait peut être cumulé avec d'autres forfaits prévus par l'avenant.

L'accord du médecin-conseil sur la prise en charge de ce coaching général n'est pas requis (cf. supra).

Patients qui suivent le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A et qui concluent un contrat trajet de soins

Les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins ne font plus partie, à partir du 1^{er} janvier 2010, des bénéficiaires tels que définis à l'article 4 de la convention générale. Des patients définis dans cet article 4 (groupes 1A, 1B, 2, 3A et 3B), seuls les patients appartenant au groupe 3A entrent dans la pratique en ligne de compte pour conclure un contrat trajet de soins. **Pour les patients du groupe 3A qui concluent effectivement un contrat trajet de soins, le forfait du groupe 3A ne peut donc plus être porté en compte en aucun cas pour des prestations qui seraient encore réalisées à partir du 1^{er} janvier 2010.**

Aussi longtemps que le forfait mensuel ou le forfait de connexion du groupe 3A est facturé, le patient du groupe 3A qui a conclu un contrat trajet de soins n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement de prestations d'éducation dispensées par des éducateurs de première ligne. Ces forfaits contiennent par ailleurs aussi le remboursement du matériel d'autogestion ; par conséquent, les patients du groupe 3A qui ont conclu un contrat trajet de soins ne peuvent normalement pas non plus prétendre au remboursement du matériel d'autogestion via une officine publique ou via un autre fournisseur et ce, jusqu'à la fin de la dernière période pour laquelle un forfait mensuel ou un forfait de connexion du groupe 3A est remboursable.

Ces principes généraux souffrent cependant les exceptions suivantes :

- Pour un patient dont le contrat trajet de soins est entré en vigueur avant le 1^{er} janvier 2010, le forfait mensuel ou le forfait de connexion (3 mois) qui porte sur une période (*respectivement de maximum un mois et maximum trois mois*) ayant commencé avant le 1^{er} janvier 2010 est encore remboursable. Pour garantir la continuité des soins, l'assurance peut toutefois déjà rembourser à partir du 1^{er} décembre 2009 le matériel d'autogestion qu'un bénéficiaire obtient via une officine publique ou un autre fournisseur agréé.

- Pour un patient dont le contrat « trajet de soins » n'est entré en vigueur qu'après le 1^{er} janvier 2010, le forfait mensuel ou le forfait de connexion (3 mois) qui porte sur une période (*respectivement de maximum un mois et maximum trois mois*) ayant déjà commencée à la date officielle d'entrée en vigueur du contrat trajet de soins est encore remboursable. Pour garantir la continuité des soins, l'assurance peut dans ce cas rembourser à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat trajet de soins, le matériel d'autogestion qu'un bénéficiaire obtient via une officine publique ou un autre fournisseur agréé.

En vertu de l'arrêté royal du 21 janvier 2009, le contrat trajet de soins entre en vigueur à la date à laquelle le médecin-conseil reçoit le contrat trajet de soins signé par toutes les parties.

Les prestations d'éducation ne sont jamais remboursables tant que n'est pas achevée la période pour laquelle le forfait mensuel ou le forfait de connexion remboursable peut être facturé dans le cadre de la convention.

Si, pour un patient dont le contrat trajet de soins entre en vigueur entre le 1^{er} septembre 2009 et le 1^{er} janvier 2010, le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A devait toutefois déjà être arrêté avant le 1^{er} janvier 2010, le centre conventionné doit communiquer au médecin-conseil (de l'organisme assureur du patient) la date de fin de la dernière prestation (forfait mensuel ou forfait de connexion de trois mois) qui a été réalisée dans le cadre du programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A pour ce patient ; sinon, l'organisme assureur continuera de supposer que pour ce patient l'éducation et le matériel d'autogestion sont réalisées aussi longtemps que possible par le centre conventionné et ne pourront pas lui être remboursé l'éducation de première ligne et le matériel d'autogestion obtenu par l'intermédiaire d'une officine publique ou d'un autre fournisseur agréé.

Patients ayant conclu un trajet de soins pour qui il est indiqué de passer au programme de rééducation fonctionnelle des groupes 1A, 1B, 2, ou 3B de la convention

Un patient qui a conclu un contrat trajet de soins peut à tout moment aussi être pris en charge dans les groupes 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention si cela est indiqué d'un point de vue médical. Dès que le patient commence le programme d'un des groupes précités, le forfait de rééducation fonctionnelle de ce groupe est remboursable pour ce patient (à condition que le médecin-conseil accepte la demande de prise en charge du programme d'autogestion pour ce groupe). Dans la période de 6 mois pour laquelle le forfait matériel est dû (*forfait matériel qui peut être facturé pour les patients hospitalisés qui commencent l'autogestion et qui ont l'intention de conclure un contrat trajet de soins après leur hospitalisation*), un patient ne peut toutefois pas entrer en ligne de compte pour un programme d'autogestion des groupes 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention.

Le patient qui est pris en charge dans les groupes 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention ne peut, à partir de la date de début de cette prise en charge, plus entrer en ligne de compte pour la prise en charge des prestations spécifiques d'éducation pour les patients trajet de soins (dans ou en dehors du cadre de la convention) ni pour de la prise en charge du matériel d'autogestion remboursable pour ces patients trajet de soins en dehors du cadre de la convention.

Un patient trajet de soins qui passe au programme d'autogestion du groupe 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention conserve – pendant la durée restante du contrat de trajet de soins – les avantages par rapport au ticket modérateur qui sont liés à ce contrat de trajet de soins et ce, aussi longtemps qu'il respecte les conditions y afférentes mentionnées dans l'arrêté royal du 21 janvier 2009.

Patients du Groupe 3A qui ne concluent pas de contrat « trajet de soins »

Les patients du groupe 3A qui ne concluent pas de contrat « trajet de soins » continuent de bénéficier des modalités actuelles de la convention. Pour ces patients, le forfait de rééducation fonctionnelle du groupe 3A peut encore être facturé après le 1^{er} janvier 2010.

Prolongation de la durée de validité de la convention

L'actuelle convention d'autogestion expire le 31 décembre 2009. L'avenant n'adapte pas seulement la convention en certains points mais prolonge aussi sa durée de validité **jusqu'au 31 décembre 2012**.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[Annexe 1 Texte de l'avenant](#)

[Annexe 2 Formulaire de demande](#)

[Annexe 3 Lettre aux centres](#)