

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Correspondant : Hilde De Sutter

Expert technique

Tél.: 02/739.73.70 **Fax :** 02/739.73.52

E-mail : hilde.desutter@riziv.fgov.be

Nos références : 1830/HDS/2009

Bruxelles, le

Madame,
Monsieur,

Objet : **Avenant à la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins diabète au 1^{er} septembre 2009**

En annexe à la présente lettre, je vous prie de trouver 1 exemplaire de l'avenant dont mention sous rubrique signé par toutes les parties.

Je tiens également apporter quelques précisions complémentaires suite à des questions récurrentes qui ont été posées lors de l'envoi de l'avenant aux centres conventionnés :

1) Nous attirons votre attention sur le fait que, dans le cadre des trajets de soins, **la prescription de l'éducation et du matériel remboursable** dans le cadre de la première ligne ne peut se faire que **par le médecin généraliste** du bénéficiaire concerné. L'assurance ne peut donc pas intervenir dans le coût du matériel délivré par une pharmacie publique (ou un autre fournisseur de matériel agréé) qui a été prescrit par un endocrino-diabétologue. La convention ou l'avenant ne sont pas les bases juridiques de ce qui vient d'être mentionné ci-dessus mais la base juridique provient de la réglementation relative au remboursement de l'éducation et du matériel dans le cadre des trajets de soins.

2) L'équipe de diabétologie du centre conventionné **ne peut pas réaliser des nouvelles séances d'éducation de 30 minutes remboursables pour les éducateurs au diabète de la première ligne** (infirmiers ou autres). En effet, les prestations visées par la nomenclature trajet de soins pour les patients diabétiques qui peuvent être portées en compte par certains infirmiers à domicile (ayant un numéro d'enregistrement spécifique) et par d'autres éducateurs spécialisés en diabétologie **ne peuvent seulement être effectuées qu'au domicile du patient, au cabinet du médecin généraliste ou dans une maison régionale d'un réseau multidisciplinaire local subventionné** par l'assurance soins de santé. Ces prestations de nomenclature pouvant être dispensées par des éducateurs de première ligne ne peuvent jamais être portées en compte par des éducateurs (infirmiers ou autres) pour des activités (prestation d'éducation) qui seraient réalisées au sein de l'hôpital conventionné ou dans une polyclinique qui dépend d'un hôpital. En outre, **les éducateurs en diabétologie qui travaillent dans un centre conventionné, ne peuvent jamais, pendant leur temps de travail dans le cadre de la convention porter en compte les nouvelles séances d'éducation de 30 minutes remboursables pour les éducateurs en diabétologie de la première ligne** (cf. dispositions de l'article 8 § 7 et de l'article

...

24 de la convention). Il n'est donc pas nécessaire dans ce contexte qu'un numéro d'enregistrement spécifique soit demandé par les éducateurs en diabétologie qui travaillent dans le cadre d'une convention auprès du Service soins de santé de l'INAMI étant donné qu'il s'agit d'un enregistrement destiné à dispenser des prestations de la première ligne qui ne peuvent jamais être effectuées au sein d'un hôpital.

3) Voici quelques précisions relatives à la facturation de certaines prestations spécifiques :

- les pseudocodes **786015** (éducation ambulatoire des patients trajets de soins – forfait ordinaire) et **786030** (éducation ambulatoire des patients trajets de soins – forfait majoré) peuvent être portés en compte dès que 3 mois de la période de 12 mois de prise en charge sont écoulés. La date à laquelle vous allez facturer la prestation peut donc tomber avant la date de fin de la période de prise en charge mais doit tomber après les 3 mois qui suivent la date de début de cette même période. **La date de début et la date de fin de cette prise en charge de 12 mois doivent être mentionnées dans le cadre de la facturation électronique destinée aux organismes assureurs.**
- Le pseudocode **786052** (coaching général) peut une première fois être porté en compte à partir de la date de début du trajet de soins (c'est-à-dire la date d'entrée en vigueur du contrat trajets de soins = date à laquelle le médecin conseil reçoit le contrat trajet de soins signé par toutes les parties) et donc presque 12 mois avant la date de fin de la période de 12 mois couverte par le forfait annuel. Cela vaut également pour les années suivantes c'est-à-dire que le forfait peut être porté en compte au début de chaque nouvelle année considérée (il ne s'agit pas ici d'année calendrier mais bien de la date d'entrée en vigueur du contrat trajet de soins + 1 an ou + 2 ans ou + 3 ans, etc.). **La date de début et la date de fin de cette période de 12 mois doivent être mentionnées dans le cadre de la facturation électronique destinée aux organismes assureurs.**
- Concernant le pseudocode **786100** (programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après l'hospitalisation - forfait unique pour le matériel qui couvre une période de 6 mois), **la date de début et la date de fin de cette prise en charge de 6 mois doivent être mentionnées dans le cadre de la facturation électronique adressée à l'organisme assureur** du bénéficiaire concerné, conformément aux autres prestations de la convention. Cette prestation peut être portée en compte avant la fin de la période de 6 mois considérée. Le forfait matériel peut en effet être porté en compte à partir de la fin de la période d'hospitalisation. Dans la plupart des cas, la période aura juste commencée.
- Concernant les pseudocodes **786085** (éducation d'un patient trajet de soins hospitalisé) et **786122** (forfait éducation concernant le programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après l'hospitalisation), il est à préciser que la date de début couverte par ces forfaits est au plus tôt la date de début de l'hospitalisation mais peut aussi être une date ultérieure qui tombe pendant l'hospitalisation (sans forcément être la date de début de l'hospitalisation). Par contre, en ce qui concerne la date de fin couverte par ces forfaits, il s'agit exclusivement de la date de fin de l'hospitalisation. **La date de début et la date de fin de cette prise en charge doivent être mentionnées dans le cadre de la facturation électronique destinée aux organismes assureurs.**

4) **Le montant** qui doit être facturé (en cas de changement de tarification au cours d'une période de prise en charge) est le montant qui est d'application lors de la **date de fin de la période** que couvre le forfait ou **la date de facturation** si elle est facturée plus tôt (il s'agit de la même règle qui est d'application pour les autres forfaits prévus par la convention).

5) Si un patient a reçu du matériel dans le cadre de la convention et qu'il passe par la suite dans le système des trajets de soins (qu'il reçoit donc de l'éducation et/ou du matériel dans le cadre de la première ligne), **l'endocrino-diabétologue** doit communiquer au médecin généraliste **la date jusqu'à laquelle du matériel a été délivré dans le cadre de la convention** pour le patient en question de manière à ce que le médecin généraliste puisse en tenir compte dans les prescriptions suivantes.

J'espère avoir pu, par le biais de cette lettre, éclairer certains points qui posaient question.

Mon Service reste à votre disposition pour toutes autres informations complémentaires et vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Geert Verscuren
Conseiller