

2<sup>e</sup> Partie

Évolution de la législation  
en matière d'assurance  
soins de santé et  
indemnités



## 2<sup>e</sup> trimestre 2015

# I. Aspects institutionnels et administratifs

## 1. Force probante

L'arrêté royal qui fixe les conditions auxquelles les documents numériques acquièrent force probante pour les hôpitaux entre en vigueur le 21 juin 2015.<sup>1</sup>

Cette force probante est nécessaire pour garantir le bon fonctionnement du secteur des soins de santé. Pour autant que les procédures utilisées dans les hôpitaux respectent les critères fixés, les données stockées, traitées ou communiquées à l'aide d'une technique optique et photographique ainsi que la reproduction de ces données sur papier ou sur tout autre lecteur lisible ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

## 2. La Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament

La Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament a été créée par l'arrêté royal du 12 mai 2014.<sup>2</sup> Le règlement d'ordre intérieur qui organise son fonctionnement a été publié le 5 juin 2015.<sup>3</sup>

## 3. Conseils techniques

Le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des moyens diagnostiques et matériel de soins est modifié à partir du 23 avril 2015.<sup>4</sup> Celui du Conseil technique pharmaceutique est modifié à partir du 23 avril 2015.<sup>5</sup> Les principales modifications concernent :

- l'utilisation de la voie électronique pour envoyer l'invitation et mettre les notes à disposition
- la fixation des dates de réunion
- la présence des membres
- la confidentialité.

1. A.R. du 10.05.2015 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, communiquées au moyen de techniques photographiques et optiques par les hôpitaux, ainsi qu'à leur reproduction sur papier ou sur tout autre support lisible pour l'application dans les soins de santé, M.B. du 11.06.2015, p. 34097.

2. A.R. du 12.05.2014 portant exécution des art. 25 et suivants de la loi SSI, M.B. du 19.06.2014, p. 46231.

3. A.M. du 22.05.2015 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament, M.B. du 05.06.2015, p. 32632.

4. A.R. du 03.04.2015 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins, institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, M.B. du 23.04.2015, p. 23098.

5. A.R. du 03.04.2015 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique pharmaceutique, institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, M.B. du 23.04.2015, p. 23115.

## II. Soins de santé

### 1. Dispensateurs de soins

#### a. Praticiens de l'art dentaire

L'accréditation des praticiens de l'art dentaire connaît 2 piliers importants qui sont liés à l'octroi de la prime d'accréditation à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015.<sup>6</sup> Ces conditions existaient déjà auparavant mais elles n'avaient pas de caractère contraignant. Il s'agit de :

- la participation à un service de garde
- l'obligation pour le praticien de l'art dentaire de respecter la réglementation relative à la protection contre le danger des rayonnements ionisants.

#### b. MRS et MRPA

Les collèges locaux qui sont notamment chargés de vérifier le degré de dépendance des personnes âgées séjournant en maison de repos pour personnes âgées et en maison de repos et de soins sont élargis.<sup>7</sup> Les kinésithérapeutes s'ajoutent aux médecins-conseils et aux praticiens de l'art infirmier.

### 2. Prestations

#### a. Attestations de soins donnés

Certaines attestations sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015.<sup>8</sup> Ces adaptations sont destinées à favoriser la transparence financière des soins de santé.

L'attestation de soins donnés :

- est désormais blanche, quelle que soit la catégorie à laquelle appartient le dispensateur de soins qui délivre l'attestation
- elle comprend toujours un "reçu", même si la prestation est effectuée au nom d'une société
- elle porte le numéro de la BCE (numéro d'inscription auprès de la Banque-carrefour des entreprises)
- le terme "patient" y est utilisé de manière conséquente
- le terme "signature" est utilisé. Le reçu ne doit pas obligatoirement être signé
- il n'y a plus d'exemption pour les petits laboratoires. En effet, même s'ils portent moins de 25.000 EUR en compte par an, ils sont obligés de facturer sur support magnétique
- une adaptation est apportée afin que des praticiens de l'art dentaire puissent aussi prescrire certaines prestations de kinésithérapie.

6. A.R. du 28.04.2015 modifiant, en ce qui concerne l'accréditation des praticiens de l'art dentaire, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 04.05.2015, p. 24315.

7. A.R. du 24.03.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.04.2015, p. 21668.

8. Règlement du 22.06.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>e</sup> de la loi SSI, M.B. du 30.06.2015, p. 37625.

## b. Médecins

### CONCERTATION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

L'arrêté royal qui règle la concertation entre médecins et pharmaciens entre en vigueur le 20 avril 2015.<sup>9</sup>

L'objectif principal de la concertation médico-pharmaceutique est d'améliorer les soins dispensés au patient en harmonisant les rôles du médecin et du pharmacien en vue d'une prescription et d'une délivrance rationnelles des médicaments et d'une utilisation sûre des médicaments. Les médecins hospitaliers et / ou les pharmaciens hospitaliers peuvent aussi être associés à la concertation.

Cette collaboration multidisciplinaire est organisée dans des réunions locales entre médecins et pharmaciens.

Un GLEM et / ou un cercle de médecins généralistes et une association locale de pharmaciens désignent deux responsables qui vont introduire le projet, un médecin et un pharmacien. Ceux-ci envoient à l'INAMI une proposition de concertation médico-pharmaceutique. Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments est chargé de l'accompagnement de la concertation médico-pharmaceutique :

- un montant de 1.000.000 EUR est mis à disposition pour les programmes de promotion de la qualité proposés par des organisations professionnelles représentatives, des universités, des instituts de formation et des associations scientifiques
- un montant de 980.000 EUR est réparti entre les projets locaux, à raison de 2.500 EUR par projet local approuvé
- un montant de 20.000 EUR est réservé aux dix "quality awards" d'un montant de 2.000 EUR chacun attribué aux bonnes pratiques sélectionnées par le Comité d'évaluation.

### CHIRURGIE ABDOMINALE

Une règle interprétative prévoit que le traitement chirurgical de l'obstruction de l'intestin grêle par adhésiolyse peut aussi être effectué selon la méthode de Baker plus moderne alors qu'auparavant, seules les méthodes Noble - Childs étaient prévues.<sup>10</sup>

### IMAGERIE MÉDICALE

À partir du 1<sup>er</sup> juin 2015, l'article 17 de la nomenclature relatif à la radiologie prévoit l'enregistrement des appareils CBCT.<sup>11</sup> Il s'agit d'appareils pour les tomographies à faisceau conique assistées par ordinateur. L'enregistrement des appareils est requis pour l'obtention d'une intervention. La prestation elle-même était déjà prévue mais dorénavant, tant les praticiens de l'art dentaire que les stomatologues et les radiologues peuvent utiliser cette technique.

Le formulaire d'enregistrement a également été fixé.<sup>12</sup>

9. A.R. du 03.04.2015 fixant les conditions et les modalités de la mise en oeuvre de la concertation médico-pharmaceutique et modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 20.04.2015 (Éd. 2), p. 22617.

10. Règles interprétatives du 02.02.2015 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 15.04.2015, p. 22155.

11. A.R. du 10.03.2015 modifiant l'article 17, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 02.04.2015, p. 20231.

12. Règlement du 28.04.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 28.05.2015, p. 30191.

## FORFAIT

L'arrêté royal qui fixe le forfait pour l'incontinence non traitable est précisé.<sup>13</sup> Ceci était nécessaire en raison d'une disparité entre les versions néerlandaise et française.

### c. Dentistes

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, un arrêté royal fixe les paramètres pour déterminer le nombre maximal de prestations attestables par les praticiens de l'art dentaire pour une période de référence déterminée.<sup>14</sup> L'objectif est à nouveau d'instaurer un mécanisme antifraude pour s'occuper des praticiens de l'art dentaire qui attestent un nombre exceptionnellement élevé de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire.

La mesure consiste à fixer des plafonds pour les prestations attestables pendant des périodes données. Un coefficient de pondération P est donc attribué à chaque prestation. Le total des valeurs P par praticien de l'art dentaire ne peut pas être supérieur à :

- 5.000 P pour une période donnée pendant un mois calendrier
- ou 13.000 P pour une période donnée pendant un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1<sup>er</sup> janvier ou le 1<sup>er</sup> avril ou le 1<sup>er</sup> juillet ou le 1<sup>er</sup> octobre
- ou 46.000 P pour une période donnée pendant une année calendrier.

### d. Opticiens

La nouvelle nomenclature des opticiens entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2012 devait être corrigée et aussi complétée.<sup>15</sup> Les dispositions suivantes entrent en vigueur à la même date :<sup>16</sup>

- les verres phototropes pour la correction de différentes pathologie entrent en ligne de compte pour un remboursement pour les dioptries allant de plan à 8,00
- il peut y avoir un cumul avec le remboursement des verres de lunettes teintés unifocaux avec absorption prédéterminée et teinte fixe à bas indice de réfraction et antireflet. C'est le cas pour les patients pour lesquels les verres phototropes, qui s'adaptent en fonction de la luminosité à l'intérieur et à l'extérieur, ne conviennent pas. Ces patients doivent pouvoir disposer, pour la correction du même trouble visuel, de verres différents pour l'intérieur et l'extérieur
- le remboursement des verres de lunettes unifocaux est amélioré pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans.

13. A.R. du 03.04.2015 modifiant l'A.R. du 02.06.1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'art. 34, 14° de la loi SSI, M.B. du 16.04.2015, p. 22207.

14. A.R. du 12.06.2015 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des art. 5 et 6 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.06.2015, p. 34273.

15. A.R. du 30.09.2012 modifiant les art. 30, 30**bis** et 30**ter** de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 15.10.2012, p. 63011.

16. A.R. du 13.05.2015 modifiant l'art. 30 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.06.2015, p. 32626.

## e. Bandagistes

L'intervention pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe est étendue à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015.<sup>17</sup>

Pour les bas du sous-groupe 1 (lymphoedème), le remboursement est aussi accordé en cas de malformation vasculaire congénitale. En outre, un remboursement est ajouté pour les bas pour le genou (AD).

Dans le sous-groupe 2 "affections veineuses chroniques" :

- le remboursement des bas AD est augmenté
- dorénavant, un remboursement est aussi prévu en cas de thrombose veineuse profonde et de syndrome post-thrombotique
- les bas pour la jambe jusqu'à l'aîne (bas AG) et les collants (AT) entrent aussi en compte pour une intervention.

La liste des médecins spécialistes qui peuvent prescrire les prestations de l'article 27 est modifiée et adaptée aux dénominations et à la pratique actuelles.

## f. Implants et dispositifs médicaux invasifs

### FORMULAIRES

Certains formulaires de demande d'une intervention de l'assurance dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs sont modifiés à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015.<sup>18</sup> Les modifications sont les suivantes :

- le formulaire est modifié pour permettre un meilleur traitement des dossiers de remboursement pour un neurostimulateur du nerf vague
- le formulaire d'enregistrement des stimulateurs cardiaques ne doit plus être envoyé au médecin-conseil pour notification, sauf s'il s'agit d'un remplacement. Cette modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2015 (au lieu du 01.04.2015)
- à la suite de l'instauration d'un remboursement pour un "Drug-eluting balloon", le formulaire pour les stents coronaires est modifié
- un nouveau formulaire est instauré à la suite de l'ajout de la prestation "cupule pour reconstruction de prothèses de la hanche".

Ces formulaires doivent désormais être envoyés à l'équipe "dossiers individuels" du Service des soins de santé de l'INAMI, à Bruxelles au lieu d'Hasselt.<sup>19</sup>

17. A.R. du 28.04.2015 modifiant l'art. 27 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. M.B. du 11.05.2015 et l' *erratum*, M.B. du 05.06.2015.

18. Règlement du 20.04.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 29.06.2015, p. 37245.

19. Règlement du 04.05.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 29.06.2015, p. 37256.

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, le formulaire de demande pour une intervention dans le coût d'un implant cochléaire pour bénéficiaires avec perte auditive bilatérale asymétrique est modifié<sup>20</sup> à la suite de l'ajout de nouvelles prestations dans la nomenclature.

Le 5 janvier 2015, le formulaire pour obtenir des informations sur l'intervention pour prothèses de la hanche et du genou est modifié.<sup>21</sup> Cette modification résulte de la mise en service d'une nouvelle application orthopride.

## RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, une règle interprétative définit la manière de facturer une traction transosseuse.<sup>22</sup> Si la traction dure moins de 30 jours, la broche transosseuse ne correspond plus à la définition de dispositif implantable et elle n'est pas remboursée.

À partir de cette même date, une règle interprétative détermine les conditions auxquelles une lentille intraoculaire multifocale entre en considération pour un remboursement.<sup>23</sup> Si la lentille intraoculaire est une lentille torique et qu'elle figure sur la liste nominative, elle entre en considération pour un remboursement. Le libellé "lentille intraoculaire" fait référence à une lentille intraoculaire monofocale. Une lentille intraoculaire multifocale ne correspond pas à ce libellé et donc pas à ces prestations non plus.

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, 3 règles interprétatives pour la neurochirurgie sont entrées en vigueur.<sup>24</sup> Les règles interprétatives concrétisent les mesures d'économie imposées. Elles concernent le syndrome de douleur locale complexe (CRPS), la céphalée en grappes (cluster headache) et la stimulation d'un ganglion de racine dorsale (DRG).

4 règles interprétatives précisent ce qui suit<sup>25</sup> :

- les situations dans lesquelles une électrode pour stimulation médullaire peut être attestée (à partir du 01.04.2015)
- les cas où un remboursement est prévu pour une tige allongeable/extensible sans réintervention liée à la croissance et utilisée en cas de scoliose (à partir du 01.04.2015)
- la possibilité de remplacement d'un neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs (à partir du 01.12.2014)
- les situations dans lesquelles un filet biologique peut être facturé (à partir du 01.07.2014).

## g. Acousticiens

2 modifications concernant la nomenclature des acousticiens entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2015.<sup>26</sup>

20. Règlement du 16.03.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 21.04.2015, p. 22787.

21. Règlement du 16.03.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 21.04.2015, p. 22804.

22. Règle interprétative du 23.02.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 05.06.2015, p. 32709.

23. Règle interprétative du 16.03.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 05.06.2015, p. 32709.

24. Règle interprétative du 04.05.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 27.05.2015, p. 30102.

25. Règle interprétative du 04.05.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 27.05.2015, p. 30100.

26. A.R. du 26.05.2015 modifiant l'art. 31 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.06.2015, p. 32629.

La première modification prévoit une intervention complémentaire de l'assurance pour une adaptation CROS/BICROS. Lors de l'adaptation CROS (Controlateral Routing of Offside Signals), le son est capté (via un microphone) au niveau de l'oreille qui ne peut plus être appareillée et est transféré à la meilleure oreille. Si la meilleure oreille fonctionne également moins bien, le son peut aussi être capté de ce côté-là via un deuxième microphone. On parle alors d'adaptation BICROS.

La deuxième modification concerne une extension du remboursement pour les malentendants qui ne répondent pas à la règle générale de remboursement (perte auditive de 40 dB minimum) mais qui ont cependant un problème notable de compréhension dans le bruit parasite et ont, par conséquent, des limitations graves dans leur fonctionnement quotidien sans appareillage adapté. Pour veiller à ce que ce groupe puisse continuer à s'intégrer dans la société, les règles d'exception (perte auditive de moins de 40 dB) sont étendues aux personnes de moins de 65 ans qui éprouvent une difficulté au test vocal dans le bruit de plus de 3 dB par rapport à la norme, de façon à ce que ces personnes puissent bénéficier du remboursement d'un appareillage auditif. Les tests à réaliser pour démontrer la plus-value de l'appareillage sont également précisés.

## h. Établissements et services de soins

### CENTRES DE DIALYSE

Pour encourager les dialyses rénales dans un contexte extra-muros, les tarifs de la dialyse ambulatoire diminuent à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015.<sup>27</sup> L'objectif est de réduire la différence avec les formes alternatives de dialyse en termes de financement. Concrètement, il s'agit d'une diminution de 10,05 % du 1<sup>er</sup> juillet 2015 au 31 septembre 2015 et d'une diminution linéaire de 3,35 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.

### LA FACTURE PATIENT POUR LES HÔPITAUX

Les modèles de facture patient pour les hôpitaux changent à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016<sup>28</sup>. La principale nouveauté est le dédoublement de la facture en 2 modèles :

- un modèle de facture d'application tant pour les admissions avec nuitée que pour l'hôpital de jour
- un deuxième modèle de facture d'application pour les prestations ambulatoires effectuées en hôpital et facturées via le tiers payant.

La facture peut être remise au patient par voie électronique si ce dernier a explicitement marqué sa préférence pour cette option.

Les autres modifications peuvent être résumées comme suit :

- la facture détaillée pour hospitalisation (de jour) est précédée d'un résumé
- les frais forfaitaires par admission et par jour ont été regroupés dans une nouvelle rubrique
- les signes "moins" ont été éliminés le plus possible de la facture
- la facture a déjà été adaptée à la modification législative prévue qui limite aux chambres individuelles les suppléments d'honoraires en hôpital de jour. Par conséquent, le statut du médecin (conventionné, non conventionné ou partiellement conventionné) n'est plus mentionné sur la facture

27. A.R. du 16.06.2015 modifiant l'A.R. du 23.06.2003 portant exécution de l'art. 71 bis, §§1 et 2 de la loi SSI, M.B. du 25.06.2015, p. 36783.

28. Règlement du 21.05.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 17.06.2015 (Ed. 2), p. 35011.



- une rubrique a été ajoutée pour les prestations auxquelles la TVA s'applique
- dans les totaux, une ligne a été ajoutée pour les montants qui "ont été payés à l'hôpital par un tiers", par exemple une assurance hospitalisation privée, le Fonds des accidents de travail, le Fonds des maladies professionnelles, ... Ce tiers doit être spécifié à cet endroit.

Le numéro BCE de l'hôpital ou de la personnalité juridique du Conseil médical a été ajouté sur les modèles de facture des hôpitaux aux organismes assureurs, et du Conseil médical aux organismes assureurs et au patient.

### i. MRS et MRPA

Le 15 août 2013, un appel à projet a été lancé en vue d'élaborer une nouvelle politique de médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos pour personnes âgées.<sup>29</sup> Ces projets de soutien à la concertation multidisciplinaire dans le cadre de la politique médico-pharmaceutique continuent d'être soutenus, moyennant les modifications suivantes :

- l'indemnisation des frais liés à la concertation et à l'enregistrement des données s'élève à 15.180,2 EUR par projet. Le montant est réparti sur 3 ans
- les frais de démarrage s'élèvent à 1.500 EUR par projet
- l'intervention pour participation aux groupes de travail s'élève à 60 EUR par heure, avec un budget maximum de 8.000 EUR par projet
- l'équipe de recherche universitaire bénéficie d'une intervention de 750.130 EUR pour le soutien apporté. Ce montant est réparti sur 3 ans.

### j. Spécialités pharmaceutiques

#### PAIEMENT AU COMPTANT DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES

Le document "paiement au comptant" est modifié à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.<sup>30</sup> Il était nécessaire de le faire étant donné qu'il était toujours question de la carte SIS, alors que le document renvoie actuellement au réseau MyCarenet.

#### PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Les conditions d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 :

- l'inscription de la minocycline dans la liste des matières premières remboursables est régularisée
- la liste des bandes de crêpe, des compresses de gaze et des compresses stériles est étendue
- les modalités de prescription des préparations magistrales sont améliorées étant donné que le remboursement est lié à l'inscription de la préparation dans un ouvrage officiellement reconnu
- les préparations magistrales dans lesquelles sont incorporées des spécialités pharmaceutiques à libération modifiée ne sont plus remboursées.

29. B.I. 2013/4, p. 398 - A.R. du 11.07.2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance soins de santé peut conclure des conventions, en application de l'art. 56, § 2, al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi SSI, pour la prise en charge des coûts de projets destinés à soutenir une concertation multidisciplinaire dans le cadre d'une politique de soins médico-pharmaceutique dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins, M.B. du 31.07.2013, p. 47886.

30. Règlement du 20.04.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>o</sup>, de la loi SSI, M.B. du 04.05.2015, p. 24316.

## PRODUITS RADIOPHARMACEUTIQUES

Les nouvelles modalités de remboursement pour les spécialités radiopharmaceutiques ont été publiées en 2014.<sup>31</sup> Le nouveau système de remboursement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2015<sup>32</sup>. Cette nouvelle procédure de remboursement est basée sur un système de remboursement comparable à celui des spécialités pharmaceutiques.

La première phase prévoyait qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, les firmes pouvaient envoyer une liste de tous les produits radiopharmaceutiques déjà remboursables pour lesquels elles sont responsables de la mise sur le marché.

La liste des produits radiopharmaceutiques remboursables a été établie sur la base de ces données et publiée au Moniteur belge du 29 mai 2015.

# III. Indemnités

## 1. Apprentis

Le 1<sup>er</sup> juillet 2015, un statut de sécurité sociale uniforme est instauré pour les systèmes de formation en alternance, avec utilisation d'une définition uniforme de la notion d' "apprenti".

Tous les apprentis correspondant à cette définition uniforme sont traités de la même manière dans le cadre de l'assujettissement à la sécurité sociale. Le système de cotisations sera identique et il ouvrira des droits de la même façon dans les différents secteurs de la sécurité sociale. Concernant plus spécifiquement l'assurance indemnités et maternité des travailleurs salariés, l'apprenti paie les cotisations de sécurité sociale nécessaires à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile au cours de laquelle il a dix-neuf ans. Le paiement de cotisations lui permet de bénéficier d'indemnités. Il est vrai qu'auparavant, l'apprenti avait d'ailleurs aussi déjà la qualité de bénéficiaire d'indemnités sans payer de cotisations.<sup>33</sup>

Dans la foulée de l'uniformisation du statut de sécurité sociale, le mode de calcul des indemnités est uniformisé. Les indemnités sont toujours calculées sur la base de la rémunération (indemnité d'apprentissage) que l'intéressé reçoit dans le cadre de l'exécution d'un contrat de formation en alternance. Ce mode de calcul uniforme a une incidence sur le calcul des indemnités pour les apprentis industriels avec charge de famille en cas d'incapacité de travail.<sup>34</sup> Auparavant, ils pouvaient prétendre à une indemnité égale au montant de leur indemnité d'apprentissage (et pas à une indemnité s'élevant à 60 % de l'indemnité d'apprentissage comme pour les apprentis industriels sans charge de famille et les autres apprentis).

31. A.R. du 22.05.2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques, M.B. du 28.05.2014 (Ed. 2), p. 41669 et l'addendum, M.B. du 23.06.2014, p. 47340.

32. A.R. du 26.05.2015 modifiant l'A.R. du 22.05.2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques afin d'y introduire la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables, M.B. du 29.05.2015, p. 30322.

33. Cf. également B.I. 2014/3-4, p. 389.

34. Règlement du 29.04.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 15.06.2015, p. 34510.

## 2. Congé de maternité converti

Le congé de maternité peut à certaines conditions être converti en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère.

À partir du 28 juillet 2014, les dispositions applicables sont modifiées dans le sens où désormais, ce n'est plus seulement le père qui peut prendre ce congé mais aussi le coparent, via une règle de rang bien précise, à condition que la filiation ne soit pas établie du côté paternel.<sup>35</sup> Cette adaptation de la réglementation est plutôt formelle.

## 3. Suppression du *jour de carence*

La loi du 26 décembre 2013 a entraîné la suppression du *jour de carence* en droit du travail<sup>36</sup>. Ce *jour de carence* impliquait que pour les ouvriers et certains employés, l'employeur ne devait payer aucun salaire garanti pour le premier jour ouvrable d'une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident si cette période d'incapacité de travail durait moins de quatorze jours calendaires. La Cour constitutionnelle a toutefois jugé ce *jour de carence* anticonstitutionnel à cause de la distinction discriminatoire faite entre ouvriers et employés.

À la suite de la suppression du *jour de carence* en droit du travail, le *jour de carence* en droit de la sécurité sociale - plus précisément le premier jour ouvrable d'une période d'incapacité de travail primaire - est également supprimé depuis le 27 avril 2015.<sup>37</sup> Par conséquent, l'assuré(e) peut toujours prétendre à des indemnités dès le premier jour d'incapacité de travail. Ces indemnités ne sont bien entendu pas octroyées si ce jour est déjà couvert par le salaire garanti.

## 4. Réinsertion socioprofessionnelle du titulaire indépendant en incapacité de travail

Le triple système d'activité autorisée en période d'incapacité de travail est transformé en double système d'activité autorisée à dater du 1<sup>er</sup> juillet 2015.<sup>38</sup> Dans ce double système, une distinction claire est faite entre, d'une part, l'activité autorisée exercée expressément en vue d'une réinsertion complète et, d'autre part, l'activité autorisée exercée par le travailleur indépendant en incapacité de travail sans objectif de réinsertion complète. L'activité doit toujours être compatible avec l'état de santé général. Le médecin-conseil de la mutualité est le seul compétent pour délivrer l'autorisation. Dans ce nouveau système aussi, l'assuré(e) ne peut exercer l'activité qu'après avoir reçu l'autorisation du médecin-conseil (pas de suppression du caractère préalable de l'autorisation comme dans le système des travailleurs salariés).

35. A.R. du 11.06.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 26.06.2015, p. 37015.

36. Loi du 26.12.2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que de mesures d'accompagnement, M.B. du 31.12.2013, p. 104147.

37. Loi du 23.04.2015 concernant la promotion de l'emploi, M.B. du 27.04.2015, p. 23400 (en particulier art. 17); Règlement du 25.02.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 11.05.2015, p. 25445.

38. A.R. du 11.06.2015 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 23.06.2015, p. 36381.

### a. Une autorisation préalable en vue de la réinsertion complète du titulaire (l'autorisation "art. 23")

Si une réinsertion complète du titulaire est plausible, le médecin-conseil peut accorder l'autorisation préalable d'exercer n'importe quelle activité pendant maximum 6 mois. L'exercice de l'ancienne activité indépendante ou d'une autre activité professionnelle indépendante est donc possible. Cette autorisation peut également être accordée pour l'exercice d'une activité comme travailleur salarié. Cette autorisation peut être prolongée jusqu'à maximum 18 mois.

### b. Une autorisation préalable qui ne vise pas la réinsertion complète du titulaire (l'autorisation "art. 23bis")

Si une réinsertion complète du titulaire n'est pas (ou plus) possible, le médecin-conseil peut accorder l'autorisation d'exercer n'importe quelle activité. L'exercice de l'ancienne activité indépendante ou d'une autre activité professionnelle indépendante est donc possible. Cette autorisation peut également être accordée pour l'exercice d'une activité comme travailleur salarié. Il n'y a pas de durée maximale précise. Le médecin-conseil doit toutefois contrôler l'incapacité de travail du titulaire à l'aide d'un examen médical à effectuer au moins tous les six mois, à moins que les éléments présents dans le dossier médical justifient un examen à une date ultérieure.

Des mesures transitoires spécifiques sont prévues pour les titulaires qui, au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, exercent déjà une activité autorisée. L'autorisation d'exercer une activité délivrée en vertu de l'ancienne réglementation est convertie de plein droit en nouvelle autorisation conformément au double système afin que la réforme puisse avoir un effet immédiat sur tous les titulaires et que la transparence nécessaire soit garantie. En outre, en ce qui concerne le délai maximum de 18 mois pour lequel le médecin-conseil peut accorder l'autorisation "article 23", il faut tenir compte de la période qui avant l'entrée en vigueur de la réforme était déjà couverte par l'autorisation pour une reprise de travail en vue d'une réinsertion complète. Le titulaire qui, avant l'entrée en vigueur de la réforme, a déjà exercé une activité autorisée autre que l'ancienne activité en tant qu'indépendant pourra, après l'entrée en vigueur de la réforme, exercer cette autre activité pendant 18 mois maximum (au lieu de douze mois) en vue d'une réinsertion complète.

Les règles en matière de cumul des indemnités d'incapacité de travail et des revenus professionnels issus de l'activité autorisée sont en outre entièrement ancrées dans la réglementation de l'assurance indemnités. Il n'y a donc plus de référence à la réglementation en matière de pensions pour les travailleurs indépendants.

## 5. Adaptations hors index (notamment les liaisons au bien-être) dans les deux systèmes

### a. Au 1<sup>er</sup> avril 2015<sup>39</sup>

Le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des indemnités des travailleurs salariés en incapacité de travail est augmenté de 1,25 % à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015. À partir de cette date, ce plafond ne s'appliquera qu'aux nouveaux cas d'incapacité de travail primaire, d'invalidité et de maternité.<sup>40</sup>

39. Adaptation hors index au 01.04.2015 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 20.05.2015, p. 26878.

40. A.R. du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25852.

Le montant forfaitaire des indemnités d'incapacité de travail primaire et des indemnités d'invalidité (sans cessation d'activité) pour un titulaire indépendant avec charge de famille et un titulaire indépendant sans charge de famille - isolé est lié au montant applicable pour la pension minimale pour un travailleur indépendant avec carrière complète. Le 1<sup>er</sup> avril 2015, le montant de la pension minimale pour un travailleur indépendant isolé augmente de 10 EUR si bien que les indemnités d'incapacité de travail primaire et les indemnités d'invalidité (sans cessation d'activité) pour un travailleur indépendant sans charge de famille - indépendant augmentent également.<sup>41</sup>

#### b. Au 1<sup>er</sup> mai 2015<sup>42</sup>

La prime de rattrapage forfaitaire versée aux titulaires invalides dont la durée d'incapacité de travail a atteint deux ans au moins au 31 décembre de l'année civile précédente est augmentée de 160 EUR. Cette mesure sera appliquée pour la première fois en mai 2015. Le montant non indexé de cette prime s'élève à 354,7482 EUR (indice-pivot 103,14 - base 1996 = 100).<sup>43</sup>

#### c. Au 1<sup>er</sup> septembre 2015<sup>44</sup>

Au 1<sup>er</sup> septembre 2015, les pensions minimales (pour personnes avec charge de famille et personnes isolées) sont augmentées de 2 %. À la suite de la liaison des indemnités minimales pour travailleur régulier (pour un titulaire avec charge de famille et un titulaire sans charge de famille - isolé) aux pensions minimales, ces indemnités minimales augmentent également de 2 %. Les indemnités minimales pour un titulaire sans charge de famille - cohabitant sont également augmentées de 2 %.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2015, les montants des indemnités minimales pour les travailleurs non réguliers sont également augmentés de 2 % en raison de l'augmentation à concurrence du même pourcentage du revenu d'intégration. Ces minima sont en effet liés au revenu d'intégration.

Les indemnités d'invalidité des titulaires dont la durée de maladie atteint six ans en 2015 seront revalorisées de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015. En 2015, cela concernera donc les invalides dont l'incapacité de travail a commencé entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2009 inclus. Cette mesure récurrente a pour effet que chaque titulaire en maladie depuis six ans bénéficie d'une liaison au bien-être supplémentaire de 2 %. Cette revalorisation ne s'applique toutefois pas aux minima.

#### d. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Les indemnités d'invalidité des titulaires dont la durée de maladie atteint six ans en 2016 seront revalorisées de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. En 2016, il s'agit donc des invalides dont l'incapacité de travail a commencé entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2010 inclus. Cette mesure a pour effet que chaque titulaire en maladie depuis 6 ans bénéficie d'une liaison au bien-être supplémentaire de 2 %. Cette revalorisation ne s'applique toutefois pas aux minima.<sup>45</sup>

41. A.R. du 27.03.2015 modifiant les art. 131 bis, § 1<sup>er septies</sup> et 131 ter, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions M.B. du 02.04.2015, p. 20232.

42. Adaptation hors index au 01.05.2015 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 03.06.2015, p. 31504.

43. A.R., du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25851.

44. A.R., du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25852.

45. A.R., du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25852.

