

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

# I. Aspects institutionnels et administratifs

## 1. Accords sociaux

Le montant prévu dans les accords sociaux qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 1<sup>er</sup> mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 mars 2010, 17 mars 2010, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 2012, et qui ont trait aux secteurs des soins infirmiers à domicile, aux maisons médicales et à la Croix-Rouge, s'élève à 88.389.028 EUR pour 2015.<sup>1</sup>

Ce montant est réparti comme suit :

- 86.335.288 EUR pour le Fonds des établissements et services de santé (Fonds Maribel social - Comité paritaire n° 330)
- 2.053.740 EUR pour le Fonds Maribel social de l'ONSSAPL

dont

- 77.480.885 EUR à charge du budget des frais d'administration
- 10.908.143 EUR à charge du budget des soins de santé.

Pour le paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé et qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne les mesures de parrainage dans les hôpitaux et le congé supplémentaire pour les membres du personnel d'au moins 50 ans qui ne bénéficient pas des mesures de fin de carrière, un montant de 18.218.390 EUR est réservé à partir de 2015.<sup>2</sup>

Le montant est à charge des frais d'administration de l'INAMI et est réparti comme suit :

- 11.317.484 EUR seront versés au Fonds Maribel social 330, pour le secteur privé
- 6.900.906 EUR seront versés au Fonds Maribel social du Secteur public, pour le secteur public.

1. A.R. du 10.08.2015 fixant pour l'année calendrier 2015 les montants des interventions pour les mesures prévues dans les accords sociaux qui ont trait au secteur des soins de santé et qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 01.03.2000, 28.11.2000, 26.04.2005, 18.07.2005, 04.02.2011, 25.02.2011 et 24.10.2012 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs et des mesures prévues dans le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier prévu dans les accords du 04.03.2010 et du 17.03.2010, pour autant qu'elles concernent des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge, M.B. du 08.09.2015, p. 56825.

2. A.R. du 23.08.2015 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne le parrainage et la mesure de congé supplémentaire à partir de l'année civile 2015, M.B. du 08.09.2015, p. 56760.

## 2. Moyens financiers pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques

Le budget global des moyens financiers s'élève à 4.030,194 millions d'EUR pour l'année 2015.<sup>3</sup>

## 3. Financement alternatif

En 2015, un montant de 1.950.448 EUR est prélevé du produit de la taxe sur la valeur ajoutée et est affecté à l'INAMI au profit du budget des frais d'administration.<sup>4</sup>

## 4. Objectif budgétaire

L'objectif budgétaire pour 2015 est fixé à 23.851.797 milliers d'EUR.<sup>5</sup> Ce montant inclut l'exécution de la nouvelle politique en matière de santé mentale pour enfants et adolescents. Pour l'année 2016, l'objectif budgétaire sera augmenté, après norme de croissance et inflation, de 14.456 milliers d'EUR supplémentaires. À partir de 2016, ce montant supplémentaire sera toutefois compensé sur les dépenses administratives de l'INAMI.

## 5. Frais d'administration des organismes assureurs

En 2015, le montant des frais d'administration s'élève à 1.070.012.000 EUR pour les 5 unions nationales réunies et à 18.277.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de la SNCB.<sup>6</sup>

## 6. Institut scientifique de Santé publique

### a. Conventions de biologie clinique

Le Comité de l'assurance peut conclure une convention avec l'Institut scientifique de Santé publique pour des analyses de biologie clinique non prévues dans la nomenclature.<sup>7</sup> Cette dernière possibilité a été ajoutée dans le cadre du diagnostic et du suivi de maladies rares.

3. A.R. du 18.09.2015 fixant le budget global en 2015 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 24.09.2015, p. 59855.

4. A.R. du 10.08.2015 fixant le montant pour l'année 2015 pour le financement alternatif de l'assurance obligatoire soins de santé en exécution de l'art. 67 bis de la loi du 02.01.2001, M.B. du 25.08.2015, p. 54626.

5. Loi-programme du 10.08.2015, M.B. du 18.08.2015 (Éd. 2), art. 2.

6. Loi-programme du 10.08.2015, M.B. du 18.08.2015 (Éd. 2), art. 3.

7. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 7.

## b. Génétique humaine

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit, à partir de 2015, un budget global de moyens financiers pour les prestations de génétique humaine.<sup>8</sup>

Ainsi, il est possible de réserver une partie du budget des moyens financiers pour le contrôle par l'Institut scientifique de Santé publique de la qualité des laboratoires de génétique humaine.

## c. Honoraires de disponibilité

Les pharmaciens et les licenciés en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique ont des responsabilités semblables à celles des médecins spécialistes en biologie clinique. Des honoraires de disponibilité peuvent par conséquent également leur être octroyés.<sup>9</sup>

# 7. Offices de tarification

La loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé crée une base légale pour les offices de tarification.<sup>10</sup>

Il ne s'agit pas des offices de tarification agrées pour les pharmaciens mais des instances qui servent d'intermédiaires pour la facturation aux mutualités des prestations effectuées par d'autres dispensateurs de soins que les pharmaciens.

Non seulement les règles en matière d'affiliation et de sous-traitance, mais aussi les critères d'agrément de ces offices de tarification (qualifications du responsable, seuil d'activité minimal, garanties financières, modalités de remboursement, obligations du conseiller en sécurité) devront être fixés par arrêté royal.

# 8. Simplification administrative

## a. Adhésion en ligne aux accords

Désormais, les médecins et les praticiens de l'art dentaire peuvent uniquement adhérer à un accord, ou refuser d'y adhérer, par voie électronique.<sup>11</sup>

8. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 8.

9. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 9.

10. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 14.

11. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 10.

## II. Soins de santé

### 1. Assurés

#### a. Tiers payant et transparence financière

##### LA LOI SSI

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le législateur prévoit un certain nombre de dispositions concernant la transparence financière des soins de santé.<sup>12</sup> Les modifications concernent :

- **Les acomptes**

Tous les dispensateurs de soins peuvent, dans les limites fixées par leurs commissions de conventions ou d'accords, percevoir des acomptes. Les limites dans lesquelles ils peuvent les percevoir sont fixées au moment où un accord ou une convention est conclu(e) ou à tout autre moment fixé par une disposition à part.

- **L'obligation de délivrer un document justificatif**

Le dispensateur de soins a l'obligation de délivrer un document justificatif au bénéficiaire :

- en cas de facturation électronique
- en cas de cumul de prestations remboursables et non remboursables, avec application ou non du régime du tiers payant.

- **Les mentions obligatoires sur ce document justificatif**

Le document justificatif doit faire une distinction entre les prestations remboursables et non remboursables.

Si une attestation de soins donnés doit être délivrée au bénéficiaire, le document justificatif devra mentionner le montant total à payer par le bénéficiaire ainsi que les suppléments éventuels.

Si une attestation de soins donnés mentionnant toutes les prestations remboursables n'est pas délivrée au bénéficiaire, les montants qui seront payés par le bénéficiaire en vertu des tarifs d'une part, et comme suppléments d'autre part, et le cas échéant, l'intervention directement facturée à l'organisme assureur dans le cadre du régime du tiers payant, devront être mentionnés.

- **Les mentions autres que celles imposées par la loi**

Les commissions de conventions et d'accords peuvent décider d'autres mentions à faire figurer sur le document justificatif ainsi que du modèle à utiliser par les dispensateurs de soins.

12. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 22-23.

Le Comité de l'assurance a la compétence pour définir (sur avis ou proposition des commissions de conventions ou d'accords), par voie de règlement, par catégorie de dispensateurs de soins :

- un modèle de document justificatif ainsi que les cas dans lesquels ce modèle doit être utilisé
- le moment où le document justificatif est délivré au bénéficiaire s'il n'est pas délivré au moment de la prestation
- les modalités de regroupement de prestations similaires sur le document justificatif
- les modalités de délivrance du document justificatif au bénéficiaire.

### L'ARRÊTÉ D'EXÉCUTION

L'ancien arrêté royal de 1986 est dépassé et ne répond pas non plus aux exigences actuelles en matière de facturation électronique.<sup>13</sup>

Voici les principales modifications à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 :

- Le médecin généraliste est tenu d'appliquer le tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée
- Pour les prestations de l'art dentaire, il n'est plus possible d'invoquer la situation de détresse financière (occasionnelle) pour pouvoir appliquer le tiers payant
- Le bénéficiaire reçoit un document justificatif si la facturation se fait par voie électronique ou si des prestations remboursables ont été effectuées en même temps que des prestations non remboursables
- Tous les dispensateurs de soins sont tenus de remettre un reçu dans le cadre de la transparence financière.

### FACTURATION ÉLECTRONIQUE<sup>14</sup>

La facturation électronique par le dispensateur de soins qui applique le régime du tiers payant constitue la règle.

Étant donné que la facturation électronique aux organismes assureurs dans le cadre de MyCarenet n'est actuellement pas encore disponible pour toutes les catégories de dispensateurs de soins, la date à laquelle elle le sera, sera fixée par arrêté royal.

Le dispensateur de soins bénéficiera d'une période de transition de 2 ans à compter de cette date pour passer au système de facturation électronique dans le cadre du régime du tiers payant.

Au terme de cette période de transition, ou dès qu'il applique la facturation électronique dans le cadre du régime du tiers payant, le dispensateur de soins est obligé de facturer par voie électronique s'il applique le régime du tiers payant.

Les commissions de conventions ou d'accords peuvent donner aux modalités techniques et pratiques un contenu différent en fonction de la catégorie de dispensateur de soins. Le Comité de gestion approuve ces contenus.

13. A.R. du 18.09.2015 portant exécution de l'art. 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi SSI, concernant le régime du tiers payant, M.B. du 23.09.2015, p. 59521.

14. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 20-21.

## b. Insuffisance rénale chronique

À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015, les critères d'octroi du forfait mensuel de 30 EUR pour l'alimentation spéciale en cas d'insuffisance rénale chronique chez les enfants changent.<sup>15</sup> La définition des patients a été réécrite en des termes plus généraux pour qu'elle ne s'applique pas uniquement aux enfants dialysés ou souffrant de tubulopathie. Ceci permet d'atteindre plus spécifiquement des enfants confrontés à un problème nutritionnel pour lesquels une aide au suivi d'un régime alimentaire peut être utile.

## c. Travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants bénéficiant de l'assurance sociale ont droit, en cas de faillite, à des soins de santé durant 4 trimestres maximum. Le "jugement déclaratif de faillite" sert de point de référence pour le début de cette période de 4 trimestres. Une modification à la réglementation parle en outre d'une assurance faillite en cas de cessation forcée (suite à une catastrophe naturelle par exemple). "La cessation de l'activité indépendante" est désormais utilisée comme point de référence dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités (SSI).<sup>16</sup>

## d. Étrangers mineurs non accompagnés

La loi SSI est modifiée en ce qui concerne la tutelle des étrangers mineurs non accompagnés. Les ressortissants d'un pays membre de l'Espace économique européen ou de la Suisse peuvent également faire valoir la qualité d'assurés en tant qu'étrangers mineurs non accompagnés.<sup>17</sup>

## e. Maximum à facturer (MAF)

Depuis 2014, le MAF social est applicable aux enfants handicapés.<sup>18</sup> La condition selon laquelle il fallait d'abord effectuer une enquête sur le revenu pour que ces enfants puissent bénéficier du MAF, a été supprimée. Les enfants handicapés, tout comme les orphelins et les étrangers mineurs non accompagnés, sont jugés se trouver dans une situation digne d'intérêt et bénéficient par conséquent automatiquement de l'intervention majorée.

# 2. Dispensateurs de soins

## a. Praticiens de l'art dentaire

### ATTESTATIONS STAGIAIRES

Depuis le 1<sup>er</sup> août 2014, les dentistes stagiaires sont tenus d'attester eux-mêmes les soins qu'ils ont dispensés. Dans un premier temps, ils les attestaient sur les attestations de soins donnés de leur maître de stage. Ils mentionnaient leurs nom et numéro INAMI suivis ou précédés de la mention "Pour le compte de... (nom du maître de stage)".

15. A.R. du 08.09.2015 modifiant l'A.R. du 04.05.2009 portant exécution de l'art. 37, § 16bis; al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et al. 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les enfants qui souffrent d'insuffisance rénale chronique, M.B. du 18.09.2015 (Éd. 2), p. 58646.

16. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 6.

17. Idem.

18. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 15-16.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015, cette mention ne doit plus obligatoirement figurer sur l'attestation.<sup>19</sup> Toutes les autres modalités d'attestation demeurent inchangées.

### ACOMPTE

Le 1<sup>er</sup> juillet 2015, la Commission nationale dento-mutualiste a fixé les règles relatives aux acomptes que les praticiens de l'art dentaire peuvent demander.<sup>20</sup>

Ceux-ci peuvent demander plusieurs acomptes au cours d'un traitement. Un traitement est un ensemble de prestations liées, réparties ou non sur plusieurs séances, qui concernent une problématique dentaire d'un patient donné. Vous pouvez demander le premier acompte lors de la première séance.

Le montant de l'acompte tient compte de l'évolution du traitement et des coûts du matériel qui s'y rapporte. Un acompte ne peut jamais dépasser 50 % du montant total dû pour le traitement des 6 prochains mois.

### b. Praticiens de l'art infirmier

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, les dispositions relatives aux attestations des praticiens de l'art infirmier à domicile changent.<sup>21</sup> Ces praticiens sont également concernés par les nouvelles exigences en matière de transparence financière.

Les modalités relatives au document justificatif que le praticien de l'art infirmier doit remettre au bénéficiaire sont en cours d'élaboration. Dans ce contexte, il est tenu compte de 2 cas particuliers :

- si la facturation se fait au moyen d'un transfert électronique de données via MyCarenet
- si, outre les prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, des prestations sont attestées qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire.

Au demeurant, les mentions devant figurer sur le document justificatif, le mode et le moment de délivrance dudit document et les modalités pour le regroupement des prestations similaires ont été fixés à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, les attestations de soins donnés ne devront en outre plus être envoyées sur papier à l'organisme assureur en cas de facturation via MyCarenet. Un état récapitulatif et les prescriptions liées aux prestations facturées, à l'exception des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires, étaient envoyés en même temps que lesdites attestations.

19. Règlement du 13.07.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 06.08.2015, p. 49480.

20. Avis relatif aux limites aux acomptes pour les prestations de santé en matière des soins dentaires, M.B. du 24.08.2015, p. 54592.

21. Règlement du 27.07.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, en exécution de l'art. 53, § 1/2 de cette même loi, M.B. du 24.08.2015, p. 54509.

## 3. Prestations

### a. Médecins

#### DONNEURS D'ORGANES VIVANTS

La loi SSI jette les bases pour la suppression du ticket modérateur pour les prestations effectuées au bénéfice du donneur vivant.<sup>22</sup> Un arrêté royal doit encore développer la réglementation du don d'organes en vue d'une intervention dans les consultations préopératoires, les examens de laboratoire et les prestations techniques, à côté de l'opération même et du suivi postopératoire.

### b. Kinésithérapeutes

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2015, le kinésithérapeute décide lui-même s'il y a lieu ou non d'effectuer la prestation au domicile du bénéficiaire.<sup>23</sup> Cette mesure constituait une des priorités dans l'Accord national kinésithérapeutes-organismes assureurs.

Toujours depuis cette date, l'assurance soins de santé intervient dans les soins de kinésithérapie prescrits par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonctionnement temporo-mandibulaire<sup>24</sup>.

### c. Opticiens

La prescription médicale pour les verres de lunettes change à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015 et 2 nouvelles prescriptions sont introduites.<sup>25</sup> Il s'agit de prescriptions médicales spécifiques pour chaque type de dispositif de correction :

- les lentilles de contact
- les prothèses oculaires.

Les 3 prescriptions médicales sont le résultat d'une concertation entre les membres de la Commission de conventions opticiens-organismes assureurs et les représentants des ophtalmologues belges.

### d. Orthopédistes

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014, la nomenclature des prothèses myoélectriques a profondément été modifiée.<sup>26</sup>

Les principales modifications au texte original concernent :<sup>27</sup>

- l'ajout du liner sur-mesure high-tech et du liner sur-mesure
- d'après une règle de non-cumul, le dispositif enfileur ne peut pas être cumulé avec la prestation d'un liner préfab

22. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 19.

23. A.R. du 03.09.2015 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 23.09.2015, p. 59520.

24. idem.

25. Règlement du 13.07.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 22.07.2015, p. 46866.

26. Voir B.I.-INAMI 2014/3-4, p. 380, A.R. du 21.07.2014 modifiant l'art. 29 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, M.B. du 04.08.2014, p. 56849.

27. A.R. du 17.07.2015 modifiant l'art. 29 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, M.B. du 30.07.2015 (Éd. 2), p. 48651.



- le délai de renouvellement pour les bénéficiaires à partir de leur 18<sup>e</sup> anniversaire a été modifié pour qu'il soit clair que la prothèse de base inclut également le fût
- le terme "prescripteurs" sera adapté pour que le groupe des centres qui peuvent prescrire soit élargi à tous les centres qui ont une convention (type 7.71) avec l'INAMI
- la motivation du renouvellement du fût sera adaptée pour qu'il soit clair qu'il s'agit d'un renouvellement anticipé
- au point "Motivation pour un liner sur-mesure", le mot "premier" est ajouté pour signifier qu'une motivation n'est plus nécessaire pour le renouvellement d'un liner sur-mesure.

## e. Implants et dispositifs médicaux invasifs

### FORMULAIRES

Une nouvelle prestation ayant été introduite dans la nomenclature, les formulaires devront également être adaptés en conséquence à partir du 1<sup>er</sup> août 2015.<sup>28</sup> Il s'agit de l'attestation du matériel de consommation utilisé lors d'une dialyse de détoxification dans le cadre d'une pathologie du foie.

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

#### • Orthopédie et traumatologie

Une règle interprétative précise ce qu'il faut entendre par "vis-clou canulé verrouillable".<sup>29</sup> Une facturation correcte sous ce numéro de nomenclature est ainsi assurée.

## f. Établissements et services de soins

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015, les honoraires forfaitaires d'admission en imagerie médicale et biologie clinique sont réduits à 67 % en cas de réadmission d'un patient dans les 10 jours au sein du même hôpital.<sup>30</sup> Autrefois, ces honoraires étaient réduits à 82 %.

## g. Prestations pharmaceutiques

### PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

Les exigences minimales pour la prescription de médicaments destinée à être utilisée dans d'autres États membres de l'UE changent à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.<sup>31</sup> La prescription de médicaments belge ne change pas. Les modifications contribuent à la simplification de la mobilité des patients dans les pays de l'UE.

28. Règlement du 22.06.2015 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 11.08.2015, p. 51032.

29. Règle interprétative du 27.07.2015 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 14.09.2015.

30. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 17 et 18.

31. A.R. du 30.08.2015 modifiant l'A.R. du 08.06.1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés, M.B. du 18.09.2015 (Éd. 2), p. 58645.

## NUTRITION MÉDICALE

Les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans les coûts de la nutrition parentérale des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés changent à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.<sup>32</sup> Deux adaptations importantes sont apportées aux indications :

- les affections gastriques sont ajoutées à l'indication actuelle concernant les affections intestinales
- la mucoviscidose y est également ajoutée.

Les affections sont à chaque fois spécifiées et un rapport circonstancié est une condition *sine qua non* pour pouvoir bénéficier d'une intervention.

La réglementation a en outre été modifiée pour être alignée sur celle de la nutrition entérale par sonde.

Enfin, les formulaires de demande d'intervention seront modifiés pour qu'ils correspondent aux nouvelles dispositions.

## III. Indemnités

### 1. Comité de gestion

Le Comité de gestion du Service des indemnités est compétent pour conclure des conventions dans le cadre d'études et de projets pilotes dans le domaine de l'incapacité de travail, de l'évaluation médicale et de la réadaptation professionnelle.<sup>33</sup>

Le développement des connaissances en matière d'incapacité de travail, d'évaluation médicale et de réadaptation professionnelle est en effet un instrument de gestion efficace pour soutenir ce Comité de gestion dans ses choix stratégiques qui concernent l'incapacité de travail.

### 2. Fraude sociale

Si le titulaire reconnu en incapacité de travail a effectué une activité non autorisée, il doit rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période au cours desquels il a effectué l'activité non autorisée. Aujourd'hui, la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités stipule que, si une activité non autorisée a été exercée un dimanche, l'indemnité journalière payée pour le premier jour indemnisable qui précède durant lequel le titulaire n'a exercé aucun travail doit être récupérée (le dimanche n'est en effet pas un jour indemnisable).<sup>34</sup>

32. A.R. du 23.08.2015 modifiant l'A.R. du 20.07.2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés, M.B. du 15.09.2015, p. 57918.

33. Loi du 20.07.2015 portant des dispositions diverses en matière sociale, M.B. du 21.08.2015 (Éd. 2), art. 56.

34. Loi du 20.07.2015 portant des dispositions diverses en matière sociale, M.B. du 21.08.2015 (Éd. 2), art. 58.

### 3. Indemnités pour les détenus

La loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités inclut le principe selon lequel, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le paiement des indemnités d'incapacité de travail peut être suspendu pendant une période de détention ou d'incarcération.<sup>35</sup> Il y a encore lieu de préciser par arrêté royal sous quelles conditions a lieu la suspension et de quelle façon les organismes assureurs recevront les données nécessaires pour pouvoir appliquer cette mesure de suspension.

### 4. Fin de la reconnaissance de l'incapacité de travail

L'octroi des indemnités d'incapacité de travail est suspendu lorsque le titulaire ne respecte pas les obligations de contrôle. La suspension est maintenue tant que le titulaire ne se présente pas spontanément ou n'invoque pas de justification valable pour son absence. Pendant la suspension du paiement des indemnités, le titulaire reste toutefois reconnu incapable de travailler, sans contrôle médical.

Afin d'éviter que la reconnaissance de l'incapacité de travail reste maintenue pendant une longue période sans contrôle médical, le médecin-conseil ou le Conseil médical de l'invalidité peuvent mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail si :

- l'assuré ne se présente pas (ou refuse de se soumettre) à l'examen médical auquel il a été convoqué et ce, sans justification valable
- et si cette absence (ou ce refus) se prolonge sans justification valable pendant un délai de 60 jours civils à partir de la date de l'examen prévu.

Il est important que le titulaire reçoive les informations nécessaires sur le risque (fin de la reconnaissance de l'incapacité de travail) s'il ne se présente pas à l'examen médical sans justification valable et s'il ne prend pas contact. Le titulaire en est informé et les formulaires "reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil" et "fin d'incapacité de travail" sont adaptés.<sup>36</sup>

### 5. Congé de maternité converti

La loi du 13 avril 2011 prévoyait pour le coparent, d'une part, le droit à un congé de naissance et, d'autre part, le droit à un congé de maternité converti à la suite du décès ou de l'hospitalisation de la mère lorsque la filiation de l'enfant du côté du père n'est pas établie.<sup>37</sup> Alors que le congé de naissance était déjà possible pour le coparent depuis le 10 mai 2011, le congé de maternité converti n'a été possible qu'à partir du 28 juillet 2014.

35. Loi-programme du 10.08.2015, M.B. du 18.08.2015 (Éd. 2), art. 21-22.

36. Règlement du 09.07.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 22.07.2015, p. 46857.

37. B.I.-INAMI 2011/3, p. 320 - Loi du 13.04.2011 modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité, M.B. du 10.05.2011, p. 27182.

Le règlement des indemnités du 16 avril 1997 devait être modifié : <sup>38</sup>

- les dispositions portant sur la façon dont le salaire perdu doit être déterminé pour le calcul de l'indemnité octroyée par l'organisme assureur à partir du quatrième jour du congé de paternité ou de naissance et lors du congé de maternité converti devaient être formellement adaptées
- les formalités qui doivent être remplies pour obtenir une indemnité pour le congé de naissance ou le congé de maternité converti ont également été modifiées. Si la filiation (du côté du père) n'est pas établie, l'intéressé doit en effet fournir une 'déclaration sur l'honneur' particulière à l'organisme assureur.

## 6. Montants des indemnités

### a. Travailleurs salariés - Revalorisation des indemnités

En raison de la liaison prévue au bien-être des indemnités pour les titulaires dont la durée de l'incapacité de travail atteint 15 ans au plus tard le 31 août 2015 d'une certaine année civile, les titulaires qui, en 2009, étaient en incapacité de travail depuis 16 ans ou plus sont défavorisés. Ils recevraient une indemnité d'invalidité inférieure à ceux qui sont reconnus en incapacité de travail depuis moins longtemps. Pour traiter tous les invalides de longue durée de la même façon, la suspension de cette revalorisation des indemnités d'invalidité est prolongée pour tous les invalides jusqu'en 2017 inclus.<sup>39</sup>

### b. Travailleurs indépendants <sup>40</sup>

#### L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRIMAIRE ET L'INDEMNITÉ POUR LES INVALIDES QUI N'ONT PAS MIS FIN À LEUR ENTREPRISE

Suite à l'augmentation de la pension minimum pour les travailleurs indépendants, les montants forfaitaires y associés pour les titulaires avec charge de famille et les titulaires isolés en incapacité de travail primaire et en invalidité sans cessation de l'entreprise sont augmentés de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015. À la même date, le forfait pour les titulaires cohabitants en incapacité de travail primaire et en invalidité sans cessation de l'entreprise est également augmenté de 2 %. Le montant de base s'élève à 25,6138 EUR.

#### INVALIDES QUI ONT MIS FIN À LEUR ENTREPRISE

Suite à l'augmentation des indemnités minimums pour les travailleurs réguliers dans le régime des travailleurs salariés, les montants y associés pour les invalides indépendants qui ont cessé leur entreprise sont également augmenté de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015.

38. Règlement du 17.12.2014 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 27.07.2015, p. 47719.

39. A.R. du 30.08.2015 modifiant l'A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 18.09.2015 (Éd. 2), p. 58642.

40. A.R. du 10.08.2015 modifiant l'art. 7 de l'A.R. du 20.12.2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 04.09.2015 (Éd. 2), p. 56456; A.R. du 10.08.2015 modifiant l'art. 94 de 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 04.09.2015 (Éd. 2), p. 56457 et A.R. du 10.08.2015 modifiant l'art. 9 de 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 04.09.2015 (Éd. 2), p. 56457.

### **REVALORISATION DE L'INDEMNITÉ DE MATERNITÉ ET DE L'ALLOCATION D'ADOPTION**

Le montant de l'indemnité de maternité est augmenté de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Parallèlement, l'indemnité pour le congé d'adoption est également augmentée d'un même montant. Le montant de base s'élève à 340,52 EUR.