

INAMI
Bulletin d'information
2006/3

ISSN 0046-9726

Comité de rédaction

M. A. BERNARD
Mme M.-J. SERVOTTE
M. M. BREDAS
Mme M. de GHELLINCK
M. S. HOSTAUX
M. L. MAROY
M. J. COENEGRACHTS
Mme I. DAUMERIE
Mme F. GARET
Mme L. VERBRUGGEN
Mme S. WILLEMSSENS

*Les articles sont publiés sous la
responsabilité des auteurs*

Service des abonnements

4 n^{os} par année - 25 EUR
C.C.P. N° 679-0262153-59
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : Abonnee@riziv.fgov.be
Beschikbaar in het Nederlands

Editeur responsable

Monsieur Johan DE COCK
Administrateur général
INAMI
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

Sommaire

2006/3

ETUDES (*)

Les médicaments orphelins, par C. HERMANS 323

EVOLUTION DE LA LEGISLATION

Evolution de la législation relative à l'assurance soins de santé et indemnités -
- 2e trimestre 2006 337
- Année 2005 : voir addendum

JURISPRUDENCE

Cour d'Arbitrage, arrêt n° 101/2006 du 21 juin 2006

Code judiciaire, articles 700 et 861 - Introduction de l'action par requête dans une hypothèse non visée par l'article 704 du Code judiciaire 353

Cour de cassation, 3 avril 2006

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 136, § 2 - Droit de subrogation de l'organisme assureur - Ordre public 357

Cour de cassation, 30 juin 2006

Code civil, article 2277bis - Prescription du paiement des prestations médicales 366

Cour du travail de Gand, section de Bruges, 18 mai 2006

Loi visant à instituer la Charte de l'assuré social, articles 2, 8°, 15 et 23 - Les droits de récupération par un organisme assureur ne sont pas rendus définitifs par la notification de la décision de récupération contre laquelle aucun recours n'a été introduit dans le délai - Décision non revêtue de la présomption de légalité
Code civil, article 2248 - Renonciation à la prescription 370

(*) Les articles signés n'engagent que leur(s) auteur(s).

Cour du travail de Bruxelles, 29 juin 2006

Code civil, article 2 - Application de la loi dans le temps - Non rétroactivité 377

Conseil d'Etat, section d'administration, arrêt n° 160.994 du 5 juillet 2006

Loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs 380

Note de M. P.-A. BRIFFEUIL 381

QUESTIONS ET REPONSES PARLEMENTAIRES

Secteur de la logopédie - traitement du bégaiement - mesures prises en concertation avec les organisations professionnelles de logopèdes - pas de mesures d'économie linéaires 383

Maximum à facturer - données statistiques pour 2003 et 2004 concernant les bénéficiaires au sein des familles et les sommes remboursées 384

Médecine de première ligne - étude observationnelle américaine concernant la relation entre l'organisation des soins de santé dans un pays donné et les résultats du pays en question dans le domaine de la santé (Macinko, Starfield et Shi, 2003) - classement de la Belgique 386

Réforme du système néerlandais des soins de santé - loi relative à l'assurance soins de santé - conséquences - application des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 389

A.R. n° 143 du 30.12.1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de biologie clinique - dispositions des articles 4 et 4bis concernant la transparence de la structure des frais des laboratoires 390

DONNEES DE BASE

Cotisations ONSS au 1.7.2006 393

Tarifs et remboursements des prestations de santé 394

DIRECTIVES DE L'INAMI

Quatrième avenant à la convention nationale conclue entre les fournisseurs d'implants et les O.A. 397

STATISTIQUES

<i>Evolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1er semestre 2006</i>	<i>401</i>
<i>Evolution du nombre de dispensateurs de soins</i>	<i>415</i>

BIBLIOGRAPHIE

<i>Choix et utilisation des médicaments dans les hôpitaux belges - Activités du Comité médico-pharmaceutique</i>	
<i>Keuze en gebruik van geneesmiddelen in de Belgische ziekenhuizen werking van het Medisch Farmaceutisch Comité</i>	<i>417</i>
<i>Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2001-2006</i>	<i>418</i>

*

*

*

<i>Prix des publications de l'INAMI pour 2007</i>	<i>419</i>
---	------------

Etudes

LES MEDICAMENTS ORPHELINS

Introduction

Tout médicament orphelin inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables peut, si ses modalités de remboursement le prévoient, se voir instaurer un Collège de médecins.

Les objectifs visés par la possibilité de mettre en place de tels collèges, via des conditions de remboursement, sont d'aider le médecin-conseil dans sa prise de décision sur toute demande préalable au remboursement, relative à ce type de médicaments qui sont administrés pour des pathologies encore méconnues et souvent complexes, mais également de suivre, par un nouveau moyen, les dépenses générées pour la sécurité sociale par ces produits assez onéreux.

Les premiers Collèges de médecins pour les médicaments orphelins ont vu le jour en septembre 2004. En date du 1^{er} octobre 2006, le nombre de ces Collèges de médecins pour les médicaments orphelins est de 9. Ces derniers sont supportés par un même secrétariat, mis en place au sein de l'INAMI.

Cet article, destiné à présenter les différentes activités des Collèges de médecins pour les médicaments orphelins, est formé de trois parties. La première partie explique la notion de médicament orphelin, la deuxième décrit la création et le fonctionnement d'un Collège et la dernière expose l'aspect budgétaire généré par le remboursement de ces médicaments.

I. LE MEDICAMENT ORPHELIN

Certaines maladies touchent si peu de personnes que leur connaissance en est très lacunaire et leurs traitements quasi inexistantes. En effet, ces pathologies, qualifiées de rares ou d'orphelines, représentent, via une balance investissement – rentabilité défavorable, un marché très peu rentable pour l'industrie pharmaceutique qui est dès lors peu encline à se lancer dans le développement de médicaments⁽¹⁾ pour ces maladies.

Les Etats-Unis ont été les premiers à avoir pris conscience du fait que les patients atteints par des pathologies rares, ne bénéficiaient pas de traitements aussi efficaces, sûrs et de qualité que les autres patients atteints de maladies plus «communes». Ils ont ainsi, en 1983, élaboré une réglementation incitant les industries du médicament à se lancer dans le développement et la commercialisation des médicaments destinés à ce type de maladie, et qui seront alors qualifiés d'orphelins. Le Japon a suivi cet exemple une dizaine d'années plus tard, tandis que l'Europe ne l'a fait qu'en 1999⁽²⁾.

(1) Loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, article 1^{er} : «On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales. Toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions organiques chez l'homme ou l'animal est également considérée comme médicament».

(2) Médicaments orphelins ; <http://www.orphan-europe.com>.

L'Union européenne, via son instance administrative compétente dans le domaine des médicaments, à savoir l'EMA ou Agence Européenne pour l'Evaluation du Médicament, a donc élaboré, fin des années 1990, une réglementation spécifique à l'enregistrement de ces médicaments orphelins⁽³⁾, entrée en vigueur en avril 2000⁽⁴⁾. Cette législation, maintenant toujours les critères de qualité, de sécurité et d'efficacité exigés pour la mise sur le marché d'un produit pharmaceutique, incite l'industrie pharmaceutique à développer et commercialiser des médicaments orphelins par différents avantages, tels que notamment⁽⁵⁾ :

- une assistance scientifique de l'EMA dans l'élaboration de protocoles d'études mais également financière de l'Union européenne lors du développement clinique du produit;
- un accès à la procédure européenne ou centralisée d'enregistrement ;
- des exonérations sur les redevances des procédures de désignation, d'établissement de protocole et d'enregistrement ;
- une exclusivité commerciale de 10 ans, si l'autorisation de mise sur le marché a été délivrée.

Pour bénéficier de tels avantages financiers et administratifs, le médicament proposé par la firme doit d'abord être désigné comme orphelin. Selon le règlement CE n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, un médicament obtient la désignation de médicament orphelin si son promoteur, ou firme pharmaceutique, peut établir :

- a) *qu'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une affection entraînant une menace pour la vie ou une invalidité chronique ne touchant pas plus de cinq personnes sur dix mille dans la Communauté, au moment où la demande est introduite, ou qu'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement, dans la Communauté, d'une maladie mettant la vie en danger, d'une maladie très invalidante ou d'une affection grave et chronique, et qu'il est peu probable que, en l'absence de mesures d'incitation, la commercialisation de ce médicament dans la Communauté génère des bénéfices suffisants pour justifier l'investissement nécessaire et*
- b) *qu'il n'existe pas de méthode satisfaisante de diagnostic, de prévention ou de traitement de cette affection ayant été autorisée dans la Communauté, ou, s'il en existe, que le médicament en question procurera un bénéfice notable à ceux atteints de cette affection.*

Cette désignation ne peut être obtenue que si la firme pharmaceutique en fait la demande auprès du COMP, ou Comité pour les médicaments orphelins, qui dépend de l'EMA, et dont font partie notamment des représentants des associations de patients atteints de maladies rares. Cette procédure doit donc aboutir à une décision positive pour que l'industrie pharmaceutique puisse entamer une procédure d'enregistrement spécifique aux médicaments orphelins auprès de l'instance administrative compétente dans ce domaine. Si cette demande est portée auprès de l'EMA, il s'agira d'une procédure d'enregistrement dite centralisée, rendant l'autorisation de

(3) «Un médicament qui, soit conformément aux conditions du règlement CE n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 en matière de médicaments orphelins, soit conformément aux conditions de l'article 25, § 7, de l'A.R. du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments, est désigné comme médicament orphelin». Cette définition a été insérée depuis dans l'article 35bis, § 9 de la loi coordonnée par la loi du 27 décembre 2005. A comparer avec l'article 1er, 16°, de l'A.R. du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments.

(4) Règlement CE n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ; *Journal officiel* n° L 018 du 22.01.2000, pp. 0001 - 0005.

(5) La désignation des médicaments orphelins dans l'Union européenne ; Agence européenne pour l'évaluation du médicament ; www.emea.eu.int.

mise sur le marché valable dans tous les états membres de l'Union, tandis que si cette demande est introduite dans un seul pays, elle suivra la procédure dite nationale, et devra alors se plier aux exigences réglementaires du pays concerné.

Ce Comité pour les médicaments orphelins, COMP, a fait d'ailleurs paraître, le 25 juillet 2005, conformément aux dispositions de l'article 10 du règlement CE n° 141/2000 précité, son rapport d'activités effectuées entre avril 2000 et avril 2005 sur ces médicaments orphelins⁽⁶⁾. Ainsi, sur les 5 années, plus de 450 dossiers de demandes de désignation ont été déposés. Plus de 260 de ces produits déposés ont reçu un avis positif et ont donc été désignés comme orphelins. Parmi ces derniers, près de 9 dixièmes portent sur des médicaments indiqués dans des pathologies ayant une prévalence, ou nombre de patients touchés, inférieure à 3 sur dix mille. Les domaines les plus visés sont l'oncologie, pour près du tiers des médicaments ayant obtenu la désignation, les maladies métaboliques, l'immunologie ou encore certaines pathologies cardiovasculaires et pulmonaires.

Sur un plan plus pharmaceutique, près de 4 demandes de désignation sur 5 concernent un produit non issu de la biotechnologie. Tous les types de principes actifs, allant ainsi de la thérapie génique aux complexes chimiques, sont soumis à une demande de désignation mais, près de la moitié concernent des produits considérés comme non innovants. De plus, sur base d'une information tirée des statistiques menées sur l'année 2004, il apparaît clairement que ce ne sont pas les médicaments eux-mêmes qui sont orphelins mais bien l'indication pour laquelle ils devraient être utilisés, puisque près de 20% des demandes de désignation pour cette année-là concernaient des vieilles entités chimiques telles l'Ibuprofen, anti-inflammatoire non stéroïdien très courant.

Sur ces quelques 260 désignations, 22 d'entre elles, sur 49 demandes d'enregistrement introduites, ont obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne (20) ou nationale (2).

Le COMP a également fait des prévisions quant au nombre de demandes d'enregistrement, pour ces quelques 260 médicaments désignés comme orphelins, qui est attendu par année. Le pic de ces demandes d'enregistrement s'étalant essentiellement entre 2006 et 2008 (voir renvoi 6).

Ces statistiques sont intéressantes car elles permettent d'estimer le nombre théorique de Collèges qui devraient être mis en place dans les années à venir. En partant ainsi d'une moyenne sûre de 250 médicaments désignés comme orphelins, sans compter ceux qui le seront dans les années à venir, d'un pourcentage de 50 % obtenant l'enregistrement (22/49 demandes) et d'une inscription au remboursement pour 50 % des médicaments orphelins enregistrés (ce pourcentage est une prévision théorique), le nombre de ces Collèges devraient dans les années futures s'élever à près d'une soixantaine, dont une quarantaine devrait être instaurée dans les trois années à venir.

En parallèle à l'élaboration d'une réglementation spécifique stimulant le développement des médicaments orphelins, l'Europe a également lancé le programme « Maladies rares » visant à récolter, à coordonner et à rendre accessibles à tous, les informations sur les maladies rares, et ce, notamment par la mise en place d'un réseau européen d'information⁽⁷⁾. Certains états membres, tels que la France⁽⁸⁾, ont suivi cette politique européenne, via la mise en place de tels programmes à l'échelon national. La Belgique fait de même, en ayant soumis récemment au gouvernement un projet similaire, pour mettre en place un plan d'action pour les maladies rares et les médicaments orphelins⁽⁹⁾.

(6) COMP, Report to the Commission in relation to article 10 of regulation 141/2000 on orphan medicinal products ; EMEA/35218/2005, Final; www.emea.eu.int.

(7) Les maladies rares ; www.orpha-net.

(8) La recherche et le développement des médicaments orphelins pour les personnes atteintes de maladies rares (26.07.2004) ; www.europe.gouv.fr.

(9) Proposition de résolution relative à la mise en œuvre d'un plan d'action en ce qui concerne les affections rares et les médicaments orphelins, déposée en date du 13 février 2006 à la Chambre des représentants par Mmes AVONTROODT et DIERICKX, Chambre, Doc. 51/2282/01.

Par ces actions européennes mais également nationales, il est fortement perceptible que les pathologies rares et le développement de leurs thérapies, notamment médicamenteuses, constituent un point très sensible, d'un point de vue politique mais surtout humain. En effet, ces pathologies, actuellement au nombre de quelques 7000, touchent plus de 25 millions d'européens, et induisent, outre une réduction importante de l'espérance de vie, des handicaps moteurs et/ou mentaux très invalidants, et ce, pour la plupart du temps, dès les premières années de vie (voir renvois ⁷⁻⁹).

Le tableau ci-dessous reprend tous les médicaments orphelins qui ont été enregistrés jusqu'à présent. Il mentionne également le principe actif, la pathologie visée ainsi que le nombre estimé de patients en Europe. Les indications enregistrées n'ont pas été reprises mais peuvent être consultables sur le site de l'EMA. Les médicaments inscrits en gras sont ceux qui sont inscrits au remboursement en Belgique.

Tableau 1 : Médicaments orphelins enregistrés en Europe au 1er mai 2005 (voir renvoi 6)

Spécialités	Principe actif	Pathologie	Nombre estimé patients en Europe*
ALDURAZYME	Laronidase	Mucopolysaccharidose de type I	1 100
BUSILVEX	Busulfan	Prétraitement à la transplantation de cellules hématopoïétiques	32 100
CARBAGLU	Acide N-carbamyl-L-glutamique	Déficience N-acetylglutamate synthetase	46
DUODOPA	Levodopa/Carbidopa	Parkinson avec des fluctuations sévères et ne répondant plus à un traitement oral	110 328
FABRAZYME	Galactosidase	Maladie de Fabry	1 200
GLIVEC	Mesylate d'Imatinib	- Leucémie myéloïde chronique - Tumeurs malines gastro-intestinales	41 300 27 500
IMPAVIDO	Miltefosine	Leishmanie viscérale	4 600
LITAK	Cladribine	Lymphome indolent non Hodgkin	167 800
LYSODREN	Mitotane	Adénome adrénalocortical	4 600
ONSENAL	Celecoxib	Polype adénomateux familial	46 000
ORFADIN	Nitisinone	Tyrosinémie de type I	4 600
PEDEA	Ibuprofène	Patent ductus arteriosus	97 900
PHOTOBARR	Sodium porfomer	Dysplasie de haut grade dans une oesophagite de Barrett	165 500
PRIALT	Ziconotide	Douleur chronique requérant une analgésie intraspinal	71 200
REPLAGAL	Galactosidase	Maladie de Fabry	1 200
SOMAVERT	Pegsivomant	Acromégalie	27 500
TRACLEER	Bosentan	Hypertension artérielle pulmonaire et hypertension thromboembolique pulmonaire chronique	101 100
TRISENOX	Trioxyde d'arsenic	Leucémie promyélocytaire aiguë	91 900
VENTAVIS	Iloprost	Hypertension artérielle pulmonaire	101 100
WILZIN	Acétate de Zinc	Maladie de Wilson	27 500
XAGRID	Anagrelide	Thrombocytose essentielle	138 000
ZAVESCA	Misglustat	Maladie de Gaucher	27 500

* basé sur une population européenne de 459 700 000 habitants.

II. COLLEGES DE MEDECINS POUR LES MEDICAMENTS ORPHELINS

Pour qu'un médicament, orphelin ou non, soit inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, il faut que, dans un premier temps, la firme détenant son autorisation de mise sur le marché, valable en Belgique, en fasse la demande écrite (avec accusé de réception) auprès du secrétariat de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM)⁽¹⁰⁾, et que, dans un deuxième temps, le Ministre des Affaires sociales décide de rembourser ce produit, sur base de la proposition de la CRM, de l'avis de l'Inspecteur des finances et de l'accord du Ministre du Service public fédéral du budget.

La procédure d'inscription au remboursement spécifique à un médicament orphelin se déroule selon les modalités décrites au chapitre II, sous-section 5, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001⁽¹¹⁾. Le délai de cette procédure est de maximum 180 jours et se déroule généralement comme suit : après l'introduction du dossier de demande par la firme pharmaceutique et la déclaration de sa recevabilité, toutes deux réalisées conformément à l'article 37 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité, un premier rapport d'évaluation scientifique est rédigé et soumis au bureau de la Commission dans les 30 premiers jours. Le bureau de la Commission est formé de quelques membres de la CRM, dont le président, et est chargé de préparer les tâches de la CRM. Le rapport approuvé uniquement par le bureau, est, moyennant les éventuelles remarques formulées, envoyé au SPF Economie, qui est chargé de définir le prix maximum applicable par la firme pour ce produit remboursable. Ce SPF a 90 jours pour statuer et se base sur le dossier de demande, qui doit avoir été introduit en même temps que celui soumis au secrétariat de la CRM. La firme doit envoyer au secrétariat de la CRM le prix autorisé endéans ce délai, sinon la procédure est suspendue jusqu'à sa réception. Le rapport d'évaluation scientifique doit être approuvé par la CRM dans les 60 premiers jours. Dès que la firme reçoit ce rapport, elle a 20 jours pour le commenter et répondre aux éventuelles questions posées par la CRM. La firme est également en droit de suspendre la procédure à ce moment, afin de bénéficier d'un délai plus long pour formuler sa réaction. Ce rapport scientifique porte sur les connaissances de l'indication enregistrée et visée par le remboursement, telles que les données épidémiologiques ou encore les alternatives thérapeutiques existantes et propose une première évaluation de l'impact budgétaire engendré par un éventuel remboursement du médicament.

Au jour 120, une proposition provisoire sur l'inscription du produit au remboursement doit être formulée par la CRM et envoyée à la firme. Cette proposition provisoire constitue le premier avis de la CRM sur le remboursement. Si cette proposition est positive, les conditions de remboursement doivent y être parfaitement décrites. Ces conditions concernent le lieu de délivrance (officine publique et/ou hospitalière) ; la base de remboursement, qui est le montant sur lequel est calculé l'intervention de la sécurité sociale ; la catégorie et le groupe de remboursement, qui décrivent le pourcentage de la base de remboursement pris en charge par la sécurité sociale ; et les modalités, ou chapitre dans lequel le produit sera inscrit. Le chapitre I concerne les spécialités dont le remboursement n'est soumis à aucun contrôle, mais induit tacitement l'obligation de prescrire la spécialité dans ses indications enregistrées, le chapitre II reprend les spécialités soumises au contrôle dit à *posteriori*, c'est-à-dire que le médecin-conseil peut contrôler ultérieurement le médecin demandant le remboursement après l'octroi de ce dernier au patient, et le chapitre IV contient les spécialités soumises au contrôle dit à *priori*, c'est-à-dire que le médecin-conseil accorde ou non le remboursement à son affilié sur base du dossier de demande soumis par le médecin demandeur.

(10) Visée à l'article 29bis de la loi coordonnée, dénommée ci-après CRM ; pour les procédures voir l'article 35bis, §9 de la loi et l'article 37 de l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

(11) A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, *M.B.* du 29 décembre 2001, p.45 585.

La firme a 10 jours pour réagir sur la proposition provisoire et faire éventuellement une contre-proposition de remboursement. Comme pour l'étape précédente, elle a le droit de suspendre la procédure afin de prolonger son délai de réaction.

Au jour 150, la CRM doit avoir statué définitivement sur une proposition, à laquelle le Ministre peut déroger pour des raisons sociales et/ou budgétaires. Si la proposition définitive est positive, elle devra en plus des modalités de remboursement contenir les critères de révision qui devront être fournis par la firme endéans le délai défini par la CRM. Ces données seront à la base d'une nouvelle procédure appelée procédure de révision individuelle et décrite à la section 1 du chapitre III de l'arrêté royal du 21 décembre 2001. Si aucune proposition n'est émise par la CRM, c'est le Ministre des Affaires sociales qui décidera sur la requête de la firme. La proposition définitive est envoyée à la firme et au Ministre afin qu'il prenne la décision finale. Toute volonté d'inscrire le produit au remboursement émanant de la CRM et/ou du Ministre devra être soumise à l'avis de l'Inspecteur des finances et à l'approbation du Ministre du budget.

Avant le jour 180, le Ministre des Affaires sociales notifie sa décision motivée au demandeur et mentionne, si la décision porte sur une inscription au remboursement, la classe de plus-value, pour les médicaments orphelins, elle stipulera seulement qu'il s'agit d'un médicament orphelin, les conditions de remboursement, la base de remboursement, la catégorie de remboursement et le groupe de remboursement ainsi que le délai et les éléments à évaluer pour la révision individuelle.

Pour les médicaments orphelins, qui sont des spécialités pharmaceutiques visant des maladies encore fort méconnues et présentant un prix souvent élevé, il a été décidé en 2004 de permettre la mise en place pour ce type de médicaments, des Collèges de médecins qui aideront le médecin-conseil dans sa prise de décision concernant l'octroi du remboursement d'un tel produit à son affilié. L'arrêté royal relatif au remboursement des médicaments orphelins date du 8 juillet 2004⁽¹²⁾ et décrit la composition, les tâches et le fonctionnement des Collèges de médecins pour des médicaments orphelins. Le secrétariat de ces Collèges est assuré par des personnes de l'INAMI qui sont attachées à l'unité de gestion des spécialités pharmaceutiques du Service des soins de santé.

Toutefois, un Collège ne sera instauré que si les modalités de remboursement du médicament orphelin le mentionnent, autrement dit si la CRM juge d'une part, que le remboursement du produit orphelin concerné nécessite un remboursement soumis à l'approbation préalable du médecin-conseil, et d'autre part, que ce dernier peut demander un avis sur toute demande de remboursement auprès d'un Collège de médecins.

Conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 le Collège doit être formé d'un président, nommé par le Roi, de 4 médecins experts dans la pathologie visée et de 4 représentants des organismes assureurs. Les noms des 4 médecins experts seront proposés au Ministre par la CRM et ceux des représentants des mutualités le seront par le Collège intermutualiste national. Le Ministre des Affaires sociales désigne les membres du Collège sur base des ces propositions et l'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel relatif à cette désignation coïncide généralement avec celle de l'arrêté royal contenant les modalités de remboursement du nouveau médicament orphelin. Vu que l'instauration d'un collège dépend des conditions de remboursement du médicament orphelin concerné, ce Collège lui est propre et il y a donc un Collège par médicament orphelin remboursable, mais pour des médicaments orphelins visant la même pathologie, comme c'est

(12) A.R. du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

notamment le cas avec le REPLAGAL et le FABRAZYME tous deux utilisés dans la maladie de Fabry ; ou visant le même domaine, comme pour le XAGRID et le TRISENOX, qui présentent des indications différentes mais sont tous deux des spécialités utilisées pour des maladies relevant de l'hématologie, la composition de différents Collèges peut alors être identique. Ce principe d'avoir les mêmes personnes, surtout les médecins experts, ou du moins une partie, siégeant dans différents Collèges permet d'assurer une reproductibilité dans le fonctionnement des Collèges.

Pour les spécialités SOMAVERT, utilisée dans l'acromégalie, et GLIVEC, utilisée dans certaines formes de cancers, leurs modalités de remboursement, parues avant l'été 2004, ne mentionnent aucun Collège.

En septembre 2004, 4 Collèges ont été désignés. Il s'agit des Collèges de médecins pour les médicaments orphelins ALDURAZYME, FABRAZYME, REPLAGAL et TRACLEER. Le Collège pour le ZAVESCA a été instauré en septembre 2005, ceux pour le XAGRID et le TRISENOX, qui ont la même composition, en novembre 2005. Le Collège de médecins pour l'ORFADIN a été désigné en juillet 2006 et celui du CARBAGLU en septembre 2006.

Le tableau ci-dessous reprend tous les Collèges existants en date du mois d'octobre 2006, l'indication pour laquelle le médicament est remboursé ainsi que le domaine général de la maladie visée.

Tableau 2 : Liste des spécialités pharmaceutiques remboursables pour lesquelles un Collège de médecins a été instauré

Spécialités	Indication	Domaine
ALDURAZYME (09/2004)	Mucopolysaccharidose Type I	Maladies métaboliques
CARBAGLU (09/2006)	Hyperammoniémie secondaire à un déficit en N-acétylglutamate synthétase	
FABRAZYME (09/2004)	Maladie de Fabry	
REPLAGAL (09/2004)		
ORFADIN (07/2006)	Tyrosinémie héréditaire type I	
ZAVESCA (09/2005)	Maladie de Gaucher type I	
TRACLEER (09/2004)	Hypertension artérielle pulmonaire	Cardiologie – Pneumologie
XAGRID (11/2005)	Thrombocytose essentielle	Hématologie
TRISENOX (11/2005)	Léucémie promyélocytaire aiguë	

Tâches du Collège

Les missions du Collège sont les suivantes :

- émission d'avis pour les médecins-conseils sur les demandes de remboursement introduites par les médecins demandeurs pour leur patient ;
- réponses à des questions ponctuelles émises par la CRM ou le Fonds Spécial de Solidarité (FSS) ;
- rédaction d'un rapport annuel d'activités ;
- proposition d'éventuelles modifications des modalités de remboursement en vigueur ;
- proposition des données à récolter.

Les trois premières sont décrites à l'article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 et les deux dernières sont reprises dans un des paragraphes des modalités de remboursement de médicaments orphelins instaurant un Collège.

1. Emission d'avis pour les médecins conseils sur les demandes de remboursement introduites par les médecins demandeurs pour leur patient

Le remboursement des médicaments orphelins présentant un Collège est soumis à l'approbation préalable du médecin-conseil. Le Collège a notamment pour mission d'aider le médecin-conseil dans sa prise de décision sur l'octroi d'un remboursement, pour un patient suite à la demande du médecin spécialiste pour le médicament orphelin concerné, mais il ne rend qu'un avis car le pouvoir décisionnel reste entre les mains du médecin-conseil.

Les demandes introduites auprès des différents organismes assureurs par les médecins demandeurs sont anonymisées puis envoyées au secrétariat des Collèges. Le secrétariat encode cette demande et demande au médecin expert d'avaliser la recevabilité du dossier en attestant de la présence des différents documents qui doivent être contenus dans ce dossier de demande. Ces éléments sont définis d'une part, dans les modalités de remboursement du médicament et d'autre part, par l'article 7 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004. Les éventuels éléments manquants sont demandés à l'organisme assureur concerné. Dès que le dossier est jugé complet, ce dernier peut être soumis aux membres du Collège afin qu'ils émettent un avis.

Il y a deux procédures de vote, l'émission d'avis se fait soit en réunion plénière, soit par voie électronique. Selon l'article 5 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004, le Collège émet son avis sur les demandes de remboursement par voie orale ou, dans les cas d'extrême urgence, par délibération écrite. C'est sur base de cette dernière phrase, que le secrétariat a mis sur pied un système de vote électronique. Vu l'entrée aléatoire des demandes d'avis des organismes assureurs auprès des différents Collèges sur les demandes de remboursement qui sont introduites chez eux, et la difficulté de réunir au pied levé tous les membres d'un Collège, ce système de vote par e-mail a été élaboré afin d'émettre un avis le plus rapidement possible sur une demande de remboursement. Si le Collège ne peut pas rendre un avis unanime ou à la simple majorité⁽¹³⁾ par voie électronique ou qu'un membre demande la discussion sur un (des) dossier(s), une réunion plénière est organisée dans les plus brefs délais. Chaque membre peut décider de rendre un avis, positif ou négatif, ou de demander la discussion pour le dossier, sauf s'il est le médecin demandeur, dans tel cas, il devra s'abstenir de voter. Tous les commentaires émis seront repris, en cas d'avis positif, comme des recommandations au médecin-conseil, comme par exemple formuler une demande au médecin demandeur de fournir certains éléments, et, en cas d'avis négatif, comme des arguments soutenant cet avis. Dans certains cas, le dossier peut être suspendu si les membres estiment ne pas avoir tous les éléments nécessaires pour émettre un avis définitif. A ce moment,

(13) En vertu de l'article 5 de l'A.R. du 8 juillet 2004, en cas de partage, le Président participe au vote et à voix prépondérante.

la demande de fourniture des éléments qualifiés de nécessaires à l'émission d'un avis est envoyée à l'organisme assureur concerné, qui est dès lors chargé de se procurer ces documents auprès du médecin demandeur et de les faire ensuite parvenir au secrétariat du Collège. Dès la réception des compléments d'information demandés par le Collège, ceux-ci sont envoyés aux membres et le dossier est soumis à un deuxième tour de vote.

2. Rédaction du rapport annuel d'activités

Un rapport annuel d'activités doit être rédigé pour chaque Collège. La rédaction d'un tel document est basée sur les informations issues des différentes demandes de remboursement qui ont été soumises pour avis au Collège, durant l'année concernée. Ce rapport est également confidentiel.

La banque de données, créée pour suivre toutes ces demandes, permet ainsi de faire un certain nombre de statistiques tant sur les informations administratives que sur les données médicales disponibles dans le formulaire de demande et le dossier joint à cette demande de remboursement.

Les premières données présentées sont le nombre de dossiers introduits, le nombre de patients concernés et les avis rendus. La deuxième fournie de statistiques concerne des données plus administratives. Les données les plus importantes, notamment pour soutenir une éventuelle modification du remboursement, sont les informations tirées du formulaire de demande et du dossier médical. Une première ébauche est présentée aux membres du Collège concerné, qui sont ainsi en mesure de proposer ou de demander des statistiques supplémentaires.

Le volet budgétaire est également abordé dans ce rapport, mais étant donné que d'une part, le médecin-conseil n'est pas légalement⁽¹⁴⁾ obligé de demander l'avis du Collège pour rendre sa décision sur une demande de remboursement pour un médicament orphelin, et que d'autre part, la décision, lui incombant, peut diverger de l'avis rendu par le Collège, le nombre de patients répertoriés pour ce Collège peut être différent au nombre réel de patients ayant obtenu le remboursement. Par conséquent, pour éventuellement compléter l'impact budgétaire engendré par le remboursement du médicament orphelin concerné, les organismes assureurs ou encore le service Pharmanet, qui renseigne sur les dépenses de l'INAMI, pourront être sollicités. Toutefois, ce problème rencontré lors des premières années d'existence des Collèges est en passe de se résoudre suite d'une part, à l'obligation que le médecin-conseil a de signaler toute décision prise concernant le remboursement d'un médicament orphelin remboursable, qu'il y ait eu une demande d'avis au Collège ou non⁽¹⁵⁾, et d'autre part, suite au *consensus* selon lequel les organismes assureurs ont décidé que toute demande de remboursement pour ce type de médicament devait obligatoirement passer par le Collège.

3. Propositions de modifications des modalités de remboursement en vigueur

Le Collège peut, sur base des dossiers soumis à son avis, proposer de modifier les modalités de remboursement en vigueur. Il peut bien entendu proposer de restreindre les conditions existantes ou de les étendre. Un éventuel changement du remboursement peut être proposé lors de l'élaboration du rapport annuel qui contient les différentes données nécessaires à soutenir une telle proposition. Si le rapport, contenant une modification des modalités, est approuvé par la

(14) Article 8, § 2 de l'A.R. du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

(15) Article 9 de l'A.R. du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

CRM, une procédure de modification des modalités est lancée à l'initiative de la CRM, selon l'article 38 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité. Le délai et les étapes de cette procédure sont similaires à celle de la procédure d'inscription au remboursement pour un médicament orphelin, décrite plus haut. Ces propositions de modifications pourront également être formulées lors de l'éventuelle révision individuelle de la spécialité. Cette procédure est entamée dès la réception des données fournies sur base des critères de révision que la CRM avait édictés lors de son avis positif sur la demande d'inscription au remboursement du produit.

4. Propositions des données à récolter

Cette tâche n'est pas décrite dans l'arrêté royal du 8 juillet 2004 mais est reprise dans un des alinéas/sous-paragraphes des différentes modalités de remboursement des médicaments orphelins remboursables (après juillet 2004) :

...

xx) Afin de permettre à la Commission de remboursement des médicaments d'exécuter les missions définies à l'article 29bis et 35bis de la Loi, notamment en ce qui concerne une modification ultérieure de l'inscription de la spécialité pharmaceutique, le remboursement de la spécialité mentionnée au point yy) est accordé pour autant que des données codées, relatives à l'évolution et au devenir des bénéficiaires recevant ce remboursement, puissent être enregistrées et puissent faire l'objet d'une évaluation. Les modalités relatives à la nature des données, à l'enregistrement, à la collecte et à l'évaluation sont fixées par le Ministre sur la proposition de la Commission de remboursement des médicaments.

...

Ce sont les Collèges qui proposeront à la CRM les données à récolter en se basant sur l'expérience acquise au cours des années de leur existence.

5. Réponses à des questions ponctuelles émanant de la CRM ou du FSS

Les Collèges, formés en partie par des médecins experts, peuvent être sollicités soit par la CRM soit par le FSS⁽¹⁶⁾ pour répondre à certaines questions spécifiques aux maladies rares. Les Collèges sont surtout sollicités pour des produits qui sont en cours de remboursement auprès de la CRM ou qui sont encore remboursés par le FSS. D'ailleurs, ce dernier constitue souvent le seul moyen de rembourser les médicaments orphelins qui n'étaient pas ou ne sont pas encore remboursés, puisque le Collège des médecins directeurs peut accorder des interventions dans le coût des prestations de santé exceptionnelles non remboursées mais dont les conditions devant être remplies pour obtenir cette intervention sont reprises à l'article 25 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, fixant les conditions d'interventions du FSS.

(16) Articles 25 et suiv. de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; à noter que l'article 25ter, § 1^{er} précise *in fine* que " dans le cadre du Fonds spécial de solidarité, il ne peut être dérogé aux décisions du Collège des médecins pour les médicaments orphelins visés à l'article 2 de l'A.R. du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins ".

La principale tâche des Collèges est l'émission d'avis sur les demandes de remboursement pour des patients. Toutefois, vu la composition des Collèges, ces derniers constituent également une grande source d'informations pour ce domaine scientifique encore méconnu et/ou complexe que constituent les maladies rares et les médicaments orphelins et peuvent donc être sollicités pour répondre à certaines questions émanant de la CRM ou du FSS. Quant à la rédaction des différents rapports annuels, ceux-ci permettent de former une sorte d'historique documenté sur les conséquences médicales et budgétaires, de l'administration de tels produits.

III. ASPECT BUDGETAIRE DES MEDICAMENTS ORPHELINS

Les médicaments orphelins sont onéreux et leur inscription au remboursement génère donc des budgets importants pour la sécurité sociale.

Le coût élevé de ces spécialités pharmaceutiques peut être compréhensible vu la faible rentabilité du marché visé pour l'industrie du médicament. Il faut néanmoins rappeler les nombreux avantages financiers qui sont apportés par l'Europe à ces firmes tant au niveau des procédures administratives qu'au niveau du développement clinique. Pourtant, il existe aussi une grande hétérogénéité de prix pratiqués dans les différents Etats membres. Ces écarts, qui peuvent aller du simple au double d'un pays à un autre, résultent surtout du fait que la fixation des prix est fonction des réglementations nationales et non de la législation européenne en matière de prix pour les médicaments. Ces variations posent la question de la transparence des prix pratiqués par les firmes pharmaceutiques et soulignent la disparité des systèmes de remboursement des Etats membres.

L'étude du budget généré par le remboursement d'un médicament orphelin est effectuée lors de la procédure CRM décrite plus haut, et prend en considération différents éléments liés au médicament et à l'indication pour laquelle il est enregistré. Le calcul de cet impact budgétaire s'appuiera notamment sur :

- les données épidémiologiques (permettant d'estimer le nombre de patients belges susceptibles de se voir administrer le médicament) ;
- la posologie (nombre et fréquence d'administration du médicament) ;
- les alternatives thérapeutiques existantes (notamment leur disponibilité, compliance, coût) ;
- la base de remboursement du produit ;
- la catégorie de remboursement (tous les médicaments déjà remboursables en tant que médicaments orphelins présentent une catégorie A, autrement dit l'entièreté du prix est à la charge de l'INAMI, ce tant qu'il n'y a pas de générique).

Afin de connaître les réelles conséquences budgétaires de l'inscription au remboursement du médicament orphelin considéré, tant pour la Sécurité sociale que pour le patient, une comparaison avec les alternatives existantes, remboursables ou non, est donc réalisée. Les préparations magistrales peuvent parfois servir de comparateurs dans l'élaboration de l'impact budgétaire. Des comparaisons avec les outils thérapeutiques alternatifs permettent d'établir l'effet positif ou négatif tant pour la Sécurité sociale que pour le patient qu'engendrera l'inscription au remboursement du médicament concerné. Ainsi l'inscription au remboursement de certains produits peut présenter un avantage pour la Sécurité sociale en générant une économie par rapport aux dépenses générées par les alternatives existantes. Par contre, pour d'autres médicaments, cette inscription au remboursement engendrerait des dépenses supplémentaires non acceptables si aucun avantage sur le plan de la valeur thérapeutique⁽¹⁷⁾ n'est apporté ou démontré.

Le tableau ci-après reprend les impacts budgétaires estimés pour tous les médicaments désignés comme orphelins inscrits au remboursement⁽¹⁸⁾. Ces estimations sont intrinsèques à la spécialité même. Le type de conditionnement, les références des modalités de remboursement ainsi que la base de remboursement des conditionnements, via le prix ex-usine, sont aussi décrits. Le nombre de patients estimés en Belgique est également mentionné tout comme le nombre de patients répertoriés (ou pour lesquels une/des demande(s) d'avis a (ont) été introduite(s)), en date du mois de septembre 2006, dans les différents Collèges depuis leur création. Les spécialités pharmaceutiques GLIVEC et SOMAVERT sont reprises en dernier lieu étant donné qu'elles n'ont pas de Collège de médecins pour des médicaments orphelins mais possèdent la désignation de médicaments orphelins.

(17) Selon l'article 1er, 21° de l'A.R. du 21 décembre 2001, " la valeur thérapeutique d'une spécialité est définie comme étant : la somme de l'évaluation de toutes les propriétés pertinentes pour le traitement d'une spécialité et pour laquelle sont pris en considération l'efficacité, l'utilité, les effets indésirables, l'applicabilité et le confort, caractéristiques, qui, ensemble, est déterminante pour la place de la spécialité dans la thérapie par rapport à d'autres possibilités de traitement disponibles ; cette valeur thérapeutique se situe aux niveaux de la morbidité, de la mortalité ou de la qualité de vie. Une spécialité possède une plus-value thérapeutique lorsque le traitement à l'aide de la spécialité en question donne lieu à une valeur thérapeutique supérieure à celle d'un traitement standard reconnu ".

(18) Données disponibles sur le site de l'INAMI : www.inami.fgov.be : rubrique médicaments - recherche sous le nom de la spécialité ; entrer sur les spécifications du médicament puis sur décision ministérielle.

Tableau 3 : Récapitulatif des budgets estimés par les médicaments orphelins remboursables

Spécialité (Firme)	Conditionnement	Conditions de remboursement (Chapitre et §)	Base de remboursement arrondie (Prix ex - usine - Eur) / conditionnement (indiquée dans la décision ministérielle)	Nombre estimé de patients traitables pouvant bénéficier du remboursement en Belgique	Nombre de patients répertoriés au niveau des Collèges depuis leur création (01.10.2006)	Coût /Patient/ An (Estimation -Eur)	Budget annuel INAMI (Estimation - Eur)
ALDURAZYME (Genzyme)	Fl. Inj. 5ml – 100 U/ml	Chapitre IV, § 3120000	650	12	6	+/- 300 000	+/- 3 500 000
FABRAZYME (Genzyme)	Fl. 35 mg	Chapitre IV, § 2970000	3 800	50 -75 (50%)	6	+/- 200 000	Max. +/- 7 500 000
REPLAGAL (TKT 5S)	Fl. 1ml - 1mg/ml Fl. 3,5 ml	Chapitre IV, § 2980000	500 2 000		30	+/- 200 000	
TRACLEER (Actelion)	56 comp.x 62,5 mg 56 comp.x 125 mg	Chapitre IV, § 2990000	2 900	120 (60 nouveaux cas/an)	184	+/- 39 000	+/- 4 700 000
ZAVESCA (Actelion)	84 caps. x 100	Chapitre IV, § 3430000	6 800	3	1	+/- 94 000	+/- 300 000
XAGRID (Shire)	100 caps. x 0,5 mg	Chapitre IV, § 3450000	530	180 – 200	131	+/- 7 500	+/- 1 500 000
TRISENOX (Cell Therap.UK)	10 amp. x 1 mg/ml	Chapitre IV, § 3480000	3 900	6 – 16	0	+/- 25 000	+/- 275 000
ORFADIN (Orphan Europe Benelux)	60 caps. x 2 mg 60 caps. x 5 mg 60 caps. x 10 mg	Chapitre IV, § 3660000	820 1 640 3 000	11	3	Max +/- 100 000	Max. +/- 1 200 000
CARBAGLU (Orphan Europe)	5 tabl. x 200 mg 60 tabl. x 200 mg	Chapitre IV, § 38000100 38000200	350 4 210	Test diagnostic 15 à 20 par an	0	+/- 300	Max +/- 6 200
				Traitement 1 tous les 5 ans	0	+/- 14 000 à 1 100 000	+/- 14 000 à 1 100 000
SOMAVERT (Pfizer)	30 vials x 10 mg 30 vials x 20 mg 30 vials x 30 mg	Chapitre IV, § 3030000	2 250 3 375 4 500	30 (15 nouveaux cas/an)	-	+/- 40 000	+/- 1 155 000
GLIVEC (Pfizer)	100 x 120 mg 30 x 400 mg	Chapitre IV, § 2370000	2 470	Leucémie myéloïde chronique 150 (13 nouveaux cas/an)	-	+/- 48 000	+/- 7 300 000 (année 3)
		Chapitre IV, § 2590000		Tumeurs malignes gastro-intestinales 60 (40 nouveaux cas par an)	-		+/- 2 850 000 (année 3)

Sachant que le budget global alloué en 2005 aux spécialités pharmaceutiques est de quelques 3 milliards d'EUR⁽¹⁹⁾, la simple addition des budgets, repris dans le tableau 3 ci-dessus, des médicaments orphelins remboursables en 2005 représente près de 1% de ce budget total. A la vue de ces chiffres, il paraît évident qu'afin d'encadrer non seulement le budget mais également l'administration du médicament dans l'indication pour laquelle il présente une valeur thérapeutique certaine, la CRM tend à édicter des modalités qui imposent que ce type de médicament soit prescrit par un médecin spécialiste dans le domaine visé et que son remboursement soit limité aux conditionnements délivrés en milieu hospitalier. A ces conditions récurrentes, s'ajoutent également le devoir du médecin prescripteur, et donc demandeur, d'apporter les éléments attestant le diagnostic mais également les bilans médicaux effectués lors du traitement pour suivre l'efficacité de ce dernier.

La création des Collèges au mois d'août 2004 avait pour but d'étayer les connaissances des médecins-conseils en matière de maladies rares mais également de suivre le bon usage de ces médicaments ainsi que leur budget estimé. L'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins leur a donné les moyens, via une proposition de modification des modalités de remboursement, de remédier à tout dérapage budgétaire éventuel en restreignant les conditions d'accès.

IV. CONCLUSION

Les quelques 7000 maladies rares touchent plus de 25 millions de personnes, et ce rien qu'en Europe. Malheureusement, ces maladies sont encore bien méconnues et ne bénéficient que de très peu de traitements. Ayant pris conscience de cette problématique pour ces patients, l'Europe, ainsi que certains de ses Etats membres, a lancé un vaste programme visant à favoriser la recherche scientifique et le développement des moyens thérapeutiques pour ces pathologies très invalidantes.

Actuellement 260 produits ont été désignés comme médicaments orphelins et 22 d'entre eux ont été enregistrés en tant que tels en Europe. En Belgique, 11 médicaments orphelins sont remboursés. 9 d'entre eux se sont vus instaurer un Collège des médecins pour les médicaments orphelins. Si les différents acteurs du monde de la Sécurité sociale belge désirent continuer à associer un Collège pour chaque médicament orphelin remboursable, le nombre de Collèges devrait atteindre la soixantaine dans les années à venir.

La nécessité des Collèges de médecins pour les médicaments orphelins s'est démontrée à plusieurs reprises. En effet, ces Collèges permettent de s'assurer, via les rapports annuels, du maintien de l'important budget alloué, d'adapter éventuellement les modalités de remboursement en fonction de l'expérience acquise par le traitement des différents dossiers de demande d'accès au remboursement, mais permettent également aux médecins-conseils d'acquérir une meilleure connaissance de ces pathologies complexes en demandant l'avis scientifique des membres des Collèges sur les dossiers de demandes de remboursement soumis.

Céline HERMANS

Attaché

Service des soins de santé

Unité de gestion des spécialités pharmaceutiques

(19) Communiqué de presse du Conseil des ministres - Prestations en matière de spécialités pharmaceutiques ; <http://presscenter.org>.

Evolution de la législation

EVOLUTION DE LA LEGISLATION RELATIVE A L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

2e trimestre 2006

I. ASPECTS INSTITUTIONNELS ET ADMINISTRATIFS

Commission de remboursement des médicaments

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des médicaments a été publié au Moniteur belge⁽¹⁾ le 18 mai 2006.

Ce règlement règle entre autres les aspects suivants:

- l'adresse du siège de la commission;
- le fonctionnement de la commission, entre autres la convocation des réunions, les convocations écrites, l'ordre du jour, la procédure de discussion des dossiers individuels et le vote;
- le bureau qui règle les relations entre les membres de la commission, les experts internes et le secrétariat;
- la confidentialité et la discrétion liées aux travaux de la commission, l'indépendance et l'intégrité scientifique des membres et les conflits d'intérêts;
- l'audition des demandeurs.

Elections médicales

L'INAMI a fixé la liste des électeurs pour les élections médicales le 26 mai 2006⁽²⁾.

(1) A.M. du 2 mai 2006 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des médicaments, M.B. du 18 mai 2006, p. 25431.

(2) A.R. du 11 mai 2006 fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour les élections médicales en 2006 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, M.B. du 22 mai 2006 (Ed. 2), p. 26160.

II. ASSURANCE SOINS DE SANTE

A. Les assurés

Maximum à facturer

Le bénéficiaire qui a sa résidence principale dans une communauté religieuse forme un ménage à lui seul pour l'application du maximum à facturer. Un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2002 d'exécution du " Maximum à facturer " précise ce qu'il faut entendre par communauté religieuse⁽³⁾.

Travailleurs indépendants

L'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi coordonnée est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses⁽⁴⁾ a été modifié par trois nouveaux arrêtés royaux.

- A. En vertu de l'arrêté royal du 10 juin 2006⁽⁵⁾, l'avantage des petits risques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé est étendu à deux groupes de bénéficiaires du régime indépendant:
- les bénéficiaires qui exercent pour la première fois une activité indépendante à titre principal ;
 - les bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées.
- B. En outre, le groupe des travailleurs indépendants qui pendant quatre trimestres au maximum bénéficient de l'assurance sociale en cas de faillite est redéfini pour tenir compte de ceux qui sont dans l'impossibilité de faire face à leurs dettes exigibles ou à échoir ⁽⁶⁾.
- C. Enfin, certains médicaments orphelins sont ajoutés à la liste des prestations remboursées aux indépendants par l'assurance soins de santé obligatoire⁽⁷⁾.

Conventions internationales

Dans le cadre de l'exécution des Règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 (relatifs à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés ainsi qu'aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté), le Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et du Sport ont conclu un nouvel accord qui remplace l'ancien datant du 24 décembre 1980⁽⁸⁾.

(3) A.R. du 3 mai 2006 modifiant l'A.R. du 15 juillet 2002 portant exécution du Chapitre IIIbis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 23 mai 2006, p. 26213.

(4) Publié au M.B. du 31 décembre 1997, p. 35444.

(5) A.R. du 10 juin 2006 modifiant l'A.R. du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, M.B. du 16 juin 2006, p. 30640.

(6) A.R. du 10 juin 2006 modifiant l'A.R. du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, M.B. du 23 juin 2006, p. 32032.

(7) A.R. du 10 juin 2006 modifiant l'A.R. du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, M.B. du 29 juin 2006, p. 32811.

(8) Accord du 13 mars 2006 entre le Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé, M.B. du 31 mai 2006 (Ed. 2), p. 28300.

Cet accord fixe les modalités d'exécution de ces règlements et en particulier des dérogations aux dispositions financières concernant l'assurance soins de santé pour :

- des travailleurs salariés qui résident ou séjournent en Belgique, auxquels le régime légal néerlandais est applicable et qui demandent des prestations en Belgique suite à un accident du travail;
- des membres de la famille habitant aux Pays-Bas de travailleurs salariés et indépendants habitant en Belgique;
- des bénéficiaires d'une pension ou d'une rente habitant aux Pays-Bas ou des prestations octroyées aux membres de leur famille.

Une Commission technique des soins de santé est par ailleurs créée. Elle est composée de huit membres : quatre pour les Pays-Bas (un représentant du ministre compétent, un représentant de l'organe de liaison, un représentant de l'organisme de résidence et un représentant des assureurs en matière de soins) et quatre pour la Belgique (un représentant du ministre compétent, un représentant de l'organe de liaison et deux représentants des O.A.).

L'accord entre en vigueur le 1er juillet 2006, abrogeant automatiquement l'ancien accord.

Patients souffrant de la maladie cœliaque

L'arrêté royal du 8 novembre 1998 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour certains produits de soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave, visés à l'article 34, 14° de la loi coordonnée, notamment pour certains produits d'alimentation particulière, a été modifié⁽⁹⁾.

- Les articles existants ont été regroupés dans un chapitre I: " Produits d'alimentation particulière utilisés dans les maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares ".
- Un chapitre II regroupe de nouvelles dispositions, relatives aux: "Produits d'alimentation particulière utilisés dans la maladie cœliaque ", qui fixent les conditions de l'intervention pour l'alimentation spécifique nécessaire au traitement de cette maladie.

B. Les dispensateurs de soins

Attestations de soins donnés

Les modèles des attestations de soins donnés ont été modifiés⁽¹⁰⁾:

- Un signe lisible (datamatrix) est inscrit sur chaque attestation.
- Il est précisé que par " numéro d'inscription ", il faut entendre le code N.I.S.S. du bénéficiaire.

(9) A.R. du 1er mai 2006 modifiant l'A.R. du 8 novembre 1998 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour certains produits de soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave, visés à l'article 34, 14°, de la loi obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment pour certains produits d'alimentation particulière, M.B. du 16 mai 2006 (Ed. 3), p. 25214.

(10) Règlement du 8 mai 2006 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 30 juin 2006 (Ed. 2), p. 32974.

Médecins

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour la prestation " évaluation gériatrique pluridisciplinaire avec rapport du médecin spécialiste en gériatrie " est fixée à 25 % pour le bénéficiaire sans droit à l'intervention majorée et à 10 % pour le bénéficiaire avec intervention majorée⁽¹¹⁾.

L'article 138 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée concernant l'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle a été modifié⁽¹²⁾.

La compétence décisionnelle est transférée du Collège des médecins directeurs au médecin-conseil, en ce qui concerne l'intervention dans le coût de certaines prestations de rééducation fonctionnelle, ce qui accélérera le traitement des demandes, le circuit décisionnel étant raccourci. Il s'agit du remboursement de l'évaluation multidisciplinaire dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité (art. 28, § 8) et des prestations prévues dans les conventions de rééducation locomotrice et neurologique.

Gériatrie

Une nouvelle prestation a été insérée dans les consultations au cabinet du médecin : " Evaluation gériatrique pluridisciplinaire avec rapport par le médecin spécialiste en gériatrie "(13).

Les modifications suivantes ont été apportées dans l'article 25, § 1^{er} de la nomenclature " surveillance du bénéficiaire hospitalisé " :

- Honoraires pour l'examen par le médecin spécialiste en gériatrie (anciennement: en médecine interne);
- Les prestations et règles d'application suivantes ont été insérées:
 - "gériatrie de liaison" : Honoraires pour l'examen par le médecin spécialiste en gériatrie, effectué chez un bénéficiaire admis dans un service autre que gériatrique, âgé de plus de 75 ans, sur prescription du médecin spécialiste autre que gériatre, qui exerce la surveillance.

De nombreux patients ayant un profil gériatrique sont en effet admis dans d'autres services aigus ou aux urgences. Un avis gériatrique peut avoir une incidence positive sur les soins et le traitement quotidiens et raccourcir par conséquent la durée totale de l'hospitalisation en évitant des complications.

- "examen gériatrique de sortie": Honoraires pour l'examen gériatrique de sortie par le médecin spécialiste en gériatrie, chez le bénéficiaire à partir de 75 ans hospitalisé dans un service de gériatrie.

Le rapport de sortie doit être rédigé par le gériatre et doit mentionner les directives médicales, pharmacologiques, infirmières et paramédicales (kiné, ergo, diététicien) et psychosociales.

(11) A.R. du 1er mai 2006 modifiant l'A.R. du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 9 mai 2006 (Ed. 2), p. 23898.

(12) A.R. du 3 mai 2006 modifiant l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 23 mai 2006, p. 26211.

(13) A.R. du 1er mai 2006 modifiant les dispositions des articles 2, A, et 25, §§ 1er et 2, a), de l'annexe à l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 9 mai 2006 (Ed. 2), p. 23900.

Les règles d'applications énoncées dans le § 2 du même article ont été adaptées conformément à ces modifications.

Pédopsychiatrie

Le développement d'une nomenclature spécifique pour le traitement psychiatrique d'enfants et d'adolescents âgés de moins de 18 ans est prévu⁽¹⁴⁾.

Deux nouvelles prestations, prévoyant une durée de consultation plus longue que pour les adultes, sont créées :

- Traitement psychothérapeutique d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes.

La prestation peut en outre être utilisée pour d'éventuels contacts dans le cadre d'une hétéroanamnèse et d'instructions pour des tiers (médecin, école, centre d'accueil,...).

- Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport.

Cette prestation couvre également un ou plusieurs entretiens consultatifs avec le/les responsable(s) de l'éducation et de la surveillance. La prestation peut au maximum être portée en compte 5 fois par évaluation complète. La répétition éventuelle de l'évaluation requiert une nouvelle prescription du médecin traitant.

L'intervention personnelle des bénéficiaires est fixée à 25 % pour les bénéficiaires ordinaires, 10 % pour les bénéficiaires de l'intervention majorée⁽¹⁵⁾.

Kinésithérapeutes

Pour les prestations qui sont de la compétence des kinésithérapeutes, l'intervention personnelle de l'assuré dans les honoraires des kinésithérapeutes est diminuée pour les 18 premières séances en cas d'affections " courantes " ⁽¹⁶⁾.

Il s'agit d'une mesure prévoyant la réduction des tickets modérateurs afin de rendre la kinésithérapie plus accessible.

L'arrêté royal du 23 janvier 2004 a créé pour les kinésithérapeutes qui ont adhéré à la convention nationale conclue entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs un régime d'avantages sociaux en vue de la constitution d'une rente ou d'une pension en cas de retraite, de décès ou d'invalidité. Il s'agit d'une cotisation annuelle versée par le Service des soins de santé. Le montant prévu pour 2005 par arrêté royal a été fixé à 800 EUR⁽¹⁷⁾.

(14) A.R. du 10 juin 2006 modifiant les dispositions des articles 2 et 25, §§ 1er et 2, d), de l'annexe à l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19 juin 2006 (Ed. 2), p. 31058.

(15) A.R. du 10 juin 2006 modifiant l'A.R. du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 19 juin 2006 (Ed. 2), p. 31057.

(16) A.R. du 1er avril 2006 modifiant l'A.R. du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 28 avril 2006 (Ed. 2), p. 22324.

(17) A.R. du 1er mai 2006 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2005 par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, visée à l'A.R. du 23 janvier 2004 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 18 mai 2006, p. 25429.

C. Les prestations

1. Les médecins

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé

La valeur relative des prestations suivantes a été augmentée dans l'article 25, § 1^{er} de la nomenclature:

- pédiatrie en milieu hospitalier : " surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service E " (idem pour la surveillance par un médecin spécialiste accrédité)⁽¹⁸⁾.
- service Sp-chronique: " surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie, Sp-locomoteur ou Sp-chronique quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus (du sixième jour jusqu'à la fin du sixième mois, par jour)⁽¹⁹⁾."

2. Praticiens de l'art dentaire

Des règles interprétatives relatives aux articles 5 et 6 de la nomenclature " soins dentaires, prestations et règles d'applications " ont été publiées au Moniteur belge le 12 mai 2006⁽²⁰⁾.

3. Kinésithérapeutes

L'article 7 de la nomenclature des prestations de santé a été modifié⁽²¹⁾ :

- des dispositions ont été insérées concernant les modalités de renouvellement de traitements de situations pathologiques dans la " liste chronique F " au terme de leur durée de validité ;
- la durée de validité des constatations médicales justifiant un traitement dans la " liste aiguë F " est limitée à maximum 6 mois avant le début du traitement ;
- le formulaire de notification a été adapté dans ce sens⁽²²⁾.

(18) A.R. du 1^{er} mai 2006 modifiant les dispositions de l'article 25, § 1^{er} de l'annexe à l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière de soins de santé et d'indemnités, M.B. du 9 mai 2006 (Ed. 2), p. 23902.

(19) A.R. du 1^{er} mai 2006 modifiant les dispositions de l'article 25, § 1^{er} de l'annexe à l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière de soins de santé et d'indemnités, M.B. du 9 mai 2006 (Ed. 2), p. 23903.

(20) Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 12 mai 2006, p. 24660.

(21) A.R. du 24 mai 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30 juin 2006 (Ed. 2), p. 32990.

(22) Règlement du 18 juillet 2005 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 30 juin 2006 (Ed. 2), p. 32969.

4. Fournisseurs d'implants

Ophthalmologie

Par arrêté royal du 19 avril 2006 et sur proposition de la Commission de conventions fournisseurs d'implants - organismes assureurs, l'article 35*bis* de la nomenclature a été modifié⁽²³⁾. Cette modification permet d'éviter que des produits qui correspondent au libellé d'une prestation mais qui n'ont pas encore prouvé leur efficacité clinique ne soient encore portés en compte sous le numéro de cette prestation.

Neurochirurgie

L'article 35 de la nomenclature a été modifié afin d'étendre les indications de la prestation relative à l'implantation d'une pompe à Baclofen⁽²⁴⁾.

Oto-rhino-laryngologie

En ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie, les modifications suivantes ont été apportées dans l'article 35 de la nomenclature⁽²⁵⁾ :

- dédoublement des prestations relatives aux implants cochléaires : deux prestations sont désormais prévues, une pour les premières implantations, l'autre pour les remplacements, afin de permettre un meilleur suivi budgétaire ;
- dédoublement des prestations relatives à la réparation et au remplacement des processeurs vocaux ;
- une définition plus détaillée des critères d'intervention (indications, proposition de programme de rééducation) de l'assurance obligatoire dans les coûts d'un implant cochléaire ;
- une définition plus précise des centres selon le stade du traitement (pose d'indication, implantation, adaptation et suivi) ;
- une procédure exceptionnelle de demande urgente d'intervention de l'assurance avant implantation est prévue en cas de constatation d'une fibrose démontrable de la cochlée après méningite, comme précurseur d'une ossification, ou d'autres affections exceptionnelles à motiver ;
- le délai de renouvellement de l'intervention de l'assurance dans le coût d'un implant cochléaire est de 10 ans au lieu de 5 ans. Une procédure exceptionnelle de remplacement prématuré demeure possible ;
- l'intervention de l'assurance pour réparation et remplacement du processeur vocal est de la compétence du médecin-conseil ;
- les centres d'implantation s'engagent à présenter leurs résultats sur demande du Collège des médecins-directeurs.

(23) A.R. du 19 avril 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 juin 2006, p. 30247 et erratum publié au M.B. du 22 juin 2006 (Ed. 2), p. 31912.

(24) A.R. du 3 mai 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 juin 2006, p. 30249.

(25) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 27 avril 2006, p. 22111.

Urologie et néphrologie

Dans l'article 28, § 1er de la nomenclature, la prestation " Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression " figurant sous l'intitulé " Urologie et néphrologie " a été supprimée. Le paragraphe 3*bis* du même article a également été supprimé⁽²⁶⁾.

Une modification a été apportée dans l'article 35, § 1er, catégorie 2 (concernant la valeur relative de la prestation) et le § 9 a été remplacé intégralement⁽²⁷⁾.

La prestation " Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression " a été insérée dans les §§ 16 et 17.

Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Dans l'article 35, de nouvelles prestations concernant les stimulateurs implantés pour le traitement de l'incontinence fécale sont insérées sous " F. Chirurgie abdominale et pathologie digestive "(28).

- De nouvelles prestations ont été insérées dans le § 1er, catégories 1 et 2.
- Un nouveau paragraphe a été inséré : § 10*ter*.
- Une nouvelle prestation a été insérée respectivement dans le § 16 et le § 17.

Dans l'article 28, § 1er de la nomenclature, sous l'intitulé " F. Chirurgie abdominale et pathologie digestive ", la prestation " Cathéter transendoscopique à ballon type Fogarty pour extraction de calculs biliaires " a été abrogée⁽²⁹⁾ suite à son transfert dans l'article 35*bis*.

Chirurgie thoracique et cardiologie

Dans l'article 35, § 11 " Règles d'application concernant les stimulateurs cardiaques implantables, leurs électrodes et accessoires implantables ", l'alinéa 2 du titre 2 (concernant les stimulateurs cardiaques) a été supprimé⁽³⁰⁾.

(26) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28 avril 2006 (Ed. 2), p. 22319.

(27) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28 avril 2006 (Ed. 2), p. 22319.

(28) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28 avril 2006 (Ed. 2), p. 22321.

(29) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 avril 2006, p. 20637.

(30) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 avril 2006, p. 20637.

Au § 1^{er}, sous l'intitulé " G. Chirurgie thoracique et cardiologie ", le libellé d'une prestation a été modifié pour la catégorie 1a et 2a. La dernière catégorie a également fait l'objet d'un ajout⁽³¹⁾.

Sous le même intitulé, les prestations des catégories 1b, § 5 catégorie 1b et § 7 catégorie 1b ont été supprimées⁽³²⁾.

L'article 35*bis* de la nomenclature a également été modifié, adaptant les prestations relatives aux électrodes de stimulateurs cardiaques ainsi que les valeurs U de ces prestations⁽³³⁾.

Chirurgie vasculaire

Dans l'article 35*bis*⁽³⁴⁾:

- Quatre nouvelles prestations ont été insérées afin d'étendre l'intervention de l'assurance obligatoire aux interventions faisant usage de matériel pour le prélèvement de la grande veine saphène;
- Des prestations sont transférées de l'intitulé "G. Chirurgie thoracique et cardiologie" vers l'intitulé " H. Chirurgie vasculaire " afin d'améliorer la cohérence de l'article.

Gynécologie

Par arrêté royal du 19 avril 2006 et sur proposition de la commission de conventions fournisseurs d'implants - organismes assureurs, l'article 35*bis* de la nomenclature a été modifié⁽³⁵⁾ pour éviter que des produits qui correspondent au libellé d'une prestation mais qui n'ont pas encore prouvé leur efficacité clinique ne soient encore portés en compte sous le numéro de cette prestation.

(31) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 avril 2006, p. 20639.

(32) A.R. du 16 mars 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 avril 2006, p. 20640.

(33) A.R. du 2 juin 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 juin 2006, p. 30252 et erratum publié dans le M.B. du 21 juin 2006, p. 31451.

(34) A.R. du 3 mai 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 juin 2006, p. 30250.

(35) A.R. du 19 avril 2006 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14 juin 2006, p. 30247 et erratum publié au M.B. du 22 juin 2006 (Ed. 2), p. 31912

5. Hôpitaux généraux aigus

Trois des arrêtés royaux qui règlent la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance pour les spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées à l'hôpital ont été publiés⁽³⁶⁾.

Principe

La forfaitarisation de l'intervention pour les médicaments délivrés à l'hôpital prévoit que, par admission et en fonction de la pathologie traitée, un forfait sera alloué aux hôpitaux généraux aigus pour les spécialités pharmaceutiques remboursables qui sont administrées à des bénéficiaires hospitalisés, ce qui permet de mieux gérer les coûts en matière de dépenses hospitalières. En plus de ce forfait, l'hôpital est en droit de facturer 25% de la base de remboursement de chaque spécialité administrée à l'organisme assureur du bénéficiaire, et ce, quelle que soit la catégorie de remboursement de ladite spécialité.

Toutes les spécialités pharmaceutiques ne sont cependant pas concernées par ce nouveau système : celles dont le code ATC⁽³⁷⁾ est repris sur une liste d'exclusion continuent d'être facturées à l'unité, suivant les règles normales de facturation dans les hôpitaux.

Calcul

La forfaitarisation des médicaments concerne, d'une part, uniquement les hôpitaux généraux aigus, à l'exclusion des hôpitaux chroniques et des hôpitaux psychiatriques, et, d'autre part, uniquement les spécialités administrées à des bénéficiaires hospitalisés. L'hospitalisation de jour n'est donc pas concernée par la forfaitarisation. Toutes les spécialités pharmaceutiques remboursables qui rentrent dans ce cadre sont forfaitarisées, sauf si leur code ATC est repris sur une liste (annexe IV de l'A.R. du 21.12.2001).

Le calcul des forfaits alloués aux hôpitaux s'effectue sur la base des données R.C.M.-SHA⁽³⁸⁾. Sur la base de ces données, une moyenne des dépenses en médicaments forfaitarisés est calculée par groupe diagnostique (APR-DRG) et par niveau de sévérité de la pathologie. Sur base de la moyenne nationale ainsi obtenue et du case-mix de l'hôpital, l'enveloppe individuelle est déterminée par hôpital. Une attention particulière a été apportée au problème des séjours dont la durée dépasse une certaine limite (" outliers "). Le montant de l'enveloppe individuelle est liquidé sous forme de forfait par admission.

(36) A.R. du 16 mai 2006 portant exécution de l'article 37, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la détermination du forfait alloué aux hôpitaux pour les spécialités pharmaceutiques remboursables, M.B. du 29 mai 2006, pp. 26932-26935 ; A.R. du 16 mai 2006 modifiant l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, en ce qui concerne la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux, M.B. du 30 mai 2006, pp. 27083-27086 ; A.R. du 30 mai 2006 modifiant l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, en ce qui concerne l'ajout d'une annexe IV à cet arrêté, M.B. du 31 mai 2006 (Ed. 3), pp. 28596-28602.

(37) Ce code détermine la place d'une spécialité au sein de la classification élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, qui se fonde sur les effets anatomiques, thérapeutiques et chimiques d'une spécialité sur le corps humain.

(38) Résumé clinique minimum et séjour hospitalier anonyme.

Au plus tard un mois avant le début de l'exercice, l'INAMI communique le montant du forfait par admission aux hôpitaux et aux organismes assureurs ainsi que les données sur la base desquelles le calcul a eu lieu.

Contestations

L'hôpital peut contester le montant du forfait auprès du Comité de l'assurance dans un délai de 30 jours.

Le Comité de l'assurance doit se prononcer à ce sujet dans les trois mois qui suivent. Entre-temps, le montant du forfait communiqué reste dû. L'éventuelle modification du forfait contesté n'aura pas d'incidence sur les forfaits attribués aux autres hôpitaux.

Incidence administrative

- Le forfait actuel pour les " antibiotiques " est abrogé.
- La facture individuelle de la note d'hospitalisation a dû être adaptée pour que le forfait par hospitalisation puisse être facturé dans la rubrique " coûts pharmaceutiques "(39).

Groupe de travail permanent

Un groupe de travail permanent pour la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux est institué au sein de la Commission de remboursement des médicaments(40).

Ce groupe de travail est chargé de donner des avis sur les spécialités qui doivent être admises ou exclues dans la liste des spécialités pharmaceutiques prises en compte pour le forfait. Les exclusions éventuelles se font par code ATC, de façon à ce que toutes les spécialités sensées avoir le même effet anatomique, thérapeutique et chimique sur le corps humain, soient exclues.

Le groupe de travail est composé comme suit:

Membres ayant droit de vote:

- deux membres disposant d'un mandat académique dans des Universités belges et qui justifient d'une connaissance spécialisée en pharmacologie;
- trois pharmaciens hospitaliers;
- trois médecins hospitaliers;
- huit représentants des organismes assureurs.

Un membre ayant voix consultative:

- un représentant de l'industrie du médicament.

(39) Règlement du 26 juin 2006 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 30 juin 2006 (Ed. 2), p. 32974.

(40) Article 122*nonies* de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

6. Secteur pharmaceutique

Liste des spécialités pharmaceutiques

La liste des spécialités pharmaceutiques a été modifiée par différents arrêtés ministériels⁽⁴¹⁾.

L'arrêté ministériel du 24 mai 2006 a republié la liste des spécialités pharmaceutiques (chapitres I, II, III et IV de l'annexe I) pour lesquelles l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est prévue⁽⁴²⁾.

Aliments diététiques à des fins médicales

Sur proposition de la commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, la liste des spécialités pour lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales a été modifiée⁽⁴³⁾.

Kiwi

A la suite de dérapages budgétaires constatés dans le secteur des médicaments, certaines mesures d'économies ont, en 2005, été inscrites dans la réglementation afin de freiner l'augmentation des dépenses et de rétablir une norme de croissance normale. Parmi ces mesures figuraient l'instauration de la base légale pour la procédure de révision par groupe opérée, uniquement ou en partie, en raison de considérations budgétaires⁽⁴⁴⁾.

(41) A.M. du 3 avril 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 19 avril 2006, p. 20975; A.M. du 25 avril 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 10 mai 2006, p. 24025; A.M. du 24 mai 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 31 mai 2006 (Ed. 2), p. 28303; A.M. du 13 juin 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 20 juin 2006 (Ed. 2), pp. 31137, 31178, 31205; et, enfin, A.M. du 15 juin 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 20 juin 2006 (Ed. 3), pp. 31320, 31331.

(42) A.M. du 24 mai 2006 republiant la liste, les chapitres Ier, II, III et IV de l'annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques assimilés, M.B. du 31 mai 2006, p. 27208 et A.M. du 21 juin 2006 modifiant l'arrêté ministériel du 24 mai 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 30 juin 2006 (Ed. 2), p. 32992.

(43) A.R. du 1er mai 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales, M.B. du 24 mai 2006, p. 26364.

(44) A.R. du 17 mai 2006 modifiant l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 26 mai 2006 (Ed. 2), p. 26721.

La procédure prévoit différentes étapes:

1. La procédure est entamée sur proposition du Ministre ou de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et concerne uniquement des spécialités hors brevet qui ont le même principe actif et qui sont utilisées pour une indication identique ou analogue.

2. Les firmes pharmaceutiques concernées sont informées de la procédure et reçoivent une table de concordance sur laquelle elles doivent inscrire leur(s) proposition(s) de diminution de prix et de base de remboursement.

Cette table de concordance est établie par principe actif et détermine, pour chaque forme d'administration et chaque dosage, quels conditionnements sont concernés. Au sein des conditionnements concernés, une distinction est faite entre les conditionnements adéquats pour un traitement aigu et les conditionnements adéquats pour un traitement chronique, compte tenu des pratiques médicales en vigueur. La table de concordance mentionne également la DDD en vigueur⁽⁴⁵⁾ et les différentes données qui sont nécessaires pour déterminer le montant des économies proposées, de façon à ce que le mode de calcul soit totalement transparent pour les firmes.

3. Les propositions doivent être formulées dans un délai de 90 jours. Le prix proposé ne peut pas être supérieur à la base de remboursement proposée.

Les demandeurs doivent également envoyer une déclaration attestant qu'ils sont en mesure d'augmenter leur capacité de livraison, et ceci, afin d'éviter que le " gagnant " potentiel ne soit pas en mesure de faire face à une demande accrue, ce qui pénaliserait les patients.

4. Si son dossier est recevable, le demandeur en est informé. Sinon, il a 30 jours pour se mettre en ordre. Passé ce délai, les dossiers sont envoyés à la CRM, qui dispose à partir de ce moment-là de 150 jours pour formuler une proposition. Cette proposition peut se présenter sous deux formes:

- soit on classe les spécialités concernées dans différentes catégories de remboursement;
- soit on diminue la base de remboursement de toutes les spécialités au niveau de la base de remboursement la moins chère.

5. Si le Ministre n'a pas opté dès le début pour une de ces deux hypothèses, la CRM analyse les deux et motive les raisons pour lesquelles elle accorde sa préférence à l'une plutôt qu'à l'autre.

Les demandeurs ont un droit de réaction, notamment s'ils constatent des erreurs dans les calculs effectués, mais ils n'ont pas la possibilité de proposer une nouvelle diminution de la base de remboursement.

Le Ministre peut déroger à la proposition de la CRM moyennant une décision motivée.

6. Pour les admissions ultérieures de spécialités qui auraient été concernées par la décision, on détermine les conditions de remboursement par analogie avec celles qui sont d'application pour la spécialité de référence.

(45) Defined Daily Dose - Dose quotidienne définie.

Préparations magistrales

L'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés a été modifié:

- l'arrêté royal du 1er mai 2006 a inscrit, sur proposition de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, des excipients supplémentaires dans la liste jointe à l'arrêté royal précité⁽⁴⁶⁾.

Par ailleurs, les articles 3 et 3bis du chapitre II de l'arrêté royal du 7 mai 1991 concernant l'intervention personnelle de bénéficiaires non hospitalisés dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés ont été modifiés pour faire référence à l'arrêté royal précité⁽⁴⁷⁾.

Traitement expérimental du cancer du sein

L'arrêté royal du 9 juin 2006 fixe les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure avec les centres spécialisés des conventions par lesquelles une intervention est allouée pour le traitement adjuvant expérimental du cancer du sein au moyen de la spécialité pharmaceutique Herceptin⁽⁴⁸⁾.

Des études cliniques démontrent que Herceptin, utilisé dans le traitement d'un groupe déterminé de patients atteints du cancer du sein, a un impact important sur l'absence de récurrence et la survie. Cependant, aussi longtemps que cette indication n'est pas enregistrée, elle ne peut pas être prise en considération pour une admission au remboursement par le biais d'une procédure devant la Commission de remboursement des médicaments. Or, la procédure d'enregistrement n'a été lancée qu'en février 2006 ; elle devra ensuite être suivie d'une procédure d'admission de 180 jours avant qu'il puisse y avoir remboursement par le biais de la procédure classique.

Afin de garantir entre-temps aux patients l'accès à cette thérapie, et en vue de déterminer quelles modalités de remboursement seraient les plus adéquates, un arrêté royal a été pris, qui permet un remboursement à titre expérimental. Il cessera de produire ses effets le 1^{er} juin 2007.

(46) A.R. du 1er mai 2006 modifiant la liste jointe à l'A.R. du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés, M.B. du 29 mai 2006, p. 26931.

(47) A.R. du 3 mai 2006 modifiant l'A.R. du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30 mai 2006, p. 27082.

(48) A.R. du 9 juin 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 2°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le traitement adjuvant expérimental du cancer du sein au moyen de la spécialité pharmaceutique Herceptin, M.B. du 9 juin 2006 (Ed. 2), p. 29733.

III. ASSURANCE INDEMNITES

Modification des notions de " chômage contrôlé " et d'" assurance continuée "

L'arrêté royal du 4 juillet 2004 avait adapté la réglementation relative au chômage vis-à-vis des chômeurs complets qui recherchent activement du travail⁽⁴⁹⁾. Pour bénéficier d'allocations, le chômeur complet doit rechercher activement du travail et fournir les efforts requis en la matière.

Si l'intéressé(e) n'a pas fourni suffisamment d'efforts, soit le montant de ses allocations de chômage peut être réduit pendant une période déterminée, soit le droit aux allocations de chômage peut lui être refusé pendant une durée limitée.

Si l'intéressé(e) n'a pas suffisamment fourni d'efforts jusqu'au terme de toute la procédure d'encadrement par les services de chômage, il/elle peut être définitivement exclu(e) du droit aux allocations de chômage (l'intéressé(e) devra à nouveau accomplir un stage d'attente pour pouvoir prétendre aux allocations de chômage).

L'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996⁽⁵⁰⁾ définit ce qu'il faut entendre par " chômage contrôlé ". Cette disposition a été adaptée pour tenir compte des modifications dans la réglementation relative au chômage : la courte période au cours de laquelle le droit aux allocations de chômage est refusé à l'intéressé(e) est considérée comme une période de chômage contrôlé (dans certains cas, l'assimilation est limitée à trois mois, temps néanmoins suffisant pour permettre à l'intéressé(e) de se remettre en règle vis-à-vis du chômage).

Les jours au cours desquels l'intéressé(e) reçoit des allocations de chômage réduites ne posent aucun problème (ces jours sont à considérer comme des jours de chômage contrôlé).

Si l'intéressé(e) est définitivement exclu(e) du droit aux allocations de chômage, il/elle perd sa qualité de chômeur/chômeuse. Dans ce cas, l'intéressé(e) peut entrer en assurance continuée pendant maximum un an : l'article 247 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996⁽⁵¹⁾ a été modifié dans ce sens.

Pendant la période d'assurance continuée, l'intéressé(e) ne peut néanmoins percevoir d'allocations. Toutefois, si immédiatement après cette période :

- il/elle est en incapacité de travail, il/elle pourra percevoir des indemnités,
- ou
- il/elle est à nouveau sans emploi ou commence à travailler, il/elle ne devra pas accomplir un nouveau stage d'attente dans le cadre de l'assurance indemnités.

(49) A.R. du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, M.B. du 31 décembre 1991.

(50) A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 31 juillet 1996.

(51) A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 31 juillet 1996.

Décisions médicales dans le cadre de l'incapacité de travail

Pour pouvoir être reconnu incapable de travailler, un assuré doit déclarer son incapacité de travail auprès du médecin-conseil de la mutualité en lui transmettant le formulaire d'incapacité de travail (l'intéressé doit également remplir cette formalité pour déclarer une "rechute" en incapacité de travail). Le médecin-conseil doit désormais notifier sa décision à l'intéressé au plus tard le cinquième jour civil qui suit le jour de la réception du certificat médical ou du formulaire d'incapacité de travail au lieu du troisième jour (en cas de rechute, il dispose d'un délai de sept jours au lieu de cinq)⁽⁵²⁾. Les délais ont donc été prorogés de deux jours⁽⁵³⁾.

Travailleur ayant personne à charge

Un titulaire incapable de travailler peut prétendre à des indemnités en tant que titulaire ayant personne à charge si le revenu mensuel de la personne à charge, par exemple l'épouse ou le conjoint, n'excède pas un certain plafond ; s'il s'agit d'un revenu de remplacement, le plafond est de 729,19 EUR par mois. Jusqu'au 31 décembre 2005, un titulaire travailleur indépendant invalide qui avait définitivement cessé son activité d'indépendant pouvait ainsi être personne à charge d'un autre titulaire incapable de travailler parce que le montant mensuel de ses indemnités était inférieur au plafond ($26,30 \text{ EUR} \times 26 = 683,80 \text{ EUR} < 729,19 \text{ EUR}$.)

L'arrêté royal du 23 décembre 2005⁽⁵⁴⁾ a (notamment) augmenté le montant journalier de l'indemnité d'invalidité de 26,30 EUR à 28,28 EUR si bien que le montant mensuel excédait le plafond ($28,28 \text{ EUR} \times 26 = 735,28 \text{ EUR} > 729,19 \text{ EUR}$). Par cette " légère " augmentation, l'autre titulaire perdait sa qualité de titulaire ayant personne à charge, ce qui entraînait généralement une perte de revenus importante. Afin de neutraliser l'effet de cette augmentation du montant journalier, l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été complété par un § 5 : si les revenus de la personne à charge excèdent le montant maximum, *uniquement en raison* de l'augmentation du montant des indemnités d'invalidité par l'arrêté royal du 23 décembre 2005, le titulaire maintient sa qualité de titulaire ayant personne à charge du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008⁽⁵⁵⁾.

(52) Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 26 novembre 1997, p. 31208.

(53) Règlement du 15 février 2006 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 22 juin 2006 (Ed. 2), p. 31911.

(54) A.R. du 23 décembre 2005 modifiant, en ce qui concerne le montant des indemnités d'invalidité, l'A.R. du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 30 décembre 2005 (Ed. 2), p. 57425.

(55) A.R. du 19 mai 2006 modifiant l'article 225 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 27 juin 2006, p. 32399.

Jurisprudence

COUR D'ARBITRAGE, arrêt n° 101/2006 du 21 juin 2006

Présidents : MM. ARTS et MELCHIOR

Code judiciaire, articles 700 et 861 – Introduction de l'action par requête dans une hypothèse non visée par l'article 704 du Code judiciaire

Les articles 700 et 861 du Code judiciaire interprétés en ce sens que les personnes qui introduisent une action en justice par une requête dans un cas où la loi n'autorise pas expressément ce mode introductif d'instance, voient leur action frappée d'irrecevabilité, ne violent pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

(n° de rôle 3701)

...

B.1. La Cour est interrogée par le juge *a quo* sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, des articles 700 et 861 du Code judiciaire interprétés en ce sens que les personnes qui introduisent une action en justice par requête dans un cas où la loi n'autorise pas expressément ce mode introductif d'instance, voient leur action frappée d'irrecevabilité même lorsque l'irrégularité n'a causé aucun préjudice à la partie défenderesse, alors que les personnes qui introduisent leur action au moyen d'une citation entachée d'un vice de forme ne voient leur action déclarée irrecevable que si l'irrégularité compromet les intérêts de la partie qui l'invoque.

La Cour est également interrogée sur la compatibilité, avec les dispositions constitutionnelles précitées, de l'article 700 du Code judiciaire, interprété en ce sens que les personnes qui introduisent une action en justice par requête dans un cas où la loi n'autorise pas expressément ce mode introductif d'instance, voient leur action frappée d'irrecevabilité sans qu'elles puissent réintroduire leur action dans un nouveau délai, alors que les personnes qui introduisent une action au moyen d'un acte introductif d'instance déclaré nul pour violation de la loi sur l'emploi des langues bénéficient, en application de l'article 40, alinéa 3, de la loi du 15 juin 1935, d'un nouveau délai pour réintroduire leur action.

B.2. L'article 700 du Code judiciaire dispose :

« Les demandes principales sont portées devant le juge au moyen d'une citation, sans préjudice des règles particulières applicables aux comparutions volontaires et aux procédures sur requête ».

L'article 861 du même Code prévoit :

« Le juge ne peut déclarer nul un acte de procédure que si l'omission ou l'irrégularité dénoncée nuit aux intérêts de la partie qui invoque l'exception ».

L'article 40, alinéa 3, de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire énonce :

« [...] »

Les actes déclarés nuls pour contravention à la présente loi interrompent la prescription ainsi que les délais de procédure impartis à peine de déchéance.

[...] »

Quant à l'exception

B.3.1. D'après le Conseil des ministres, la première question préjudicielle revient à interroger la Cour sur l'étendue du champ d'application de la théorie des nullités telle qu'elle résulte des termes de l'article 860 du Code judiciaire, alors qu'elle ne vise que les articles 700 et 861 du Code judiciaire. La question serait donc sans objet.

B.3.2. L'article 860, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire prévoit :

« Quelle que soit la formalité omise ou irrégulièrement accomplie, aucun acte de procédure ne peut être déclaré nul si la nullité n'est pas formellement prononcée par la loi ».

Contrairement à ce qu'affirme le Conseil des ministres, il n'est nullement requis de la Cour qu'elle se prononce sur le champ d'application de la sanction de nullité consacrée par l'article 860 du Code judiciaire. Il ressort en effet clairement des termes de la première question préjudicielle que la Cour est interrogée sur la différence de traitement entre deux catégories de justiciables, qui résulte de l'application automatique de la sanction d'irrecevabilité de l'action, en l'absence de tout préjudice dans le chef de la partie défenderesse, lorsqu'elle est introduite par requête en dehors des cas prévus par la loi, tandis que le préjudice doit être établi dans le chef de celui qui prétend à l'irrecevabilité de l'action lorsque la citation est entachée d'un vice de forme.

B.3.3. L'exception est rejetée.

Quant au fond

B.4. Par un arrêt du 27 mai 1994, la Cour de cassation a considéré :

« qu'en vertu de l'article 700 du Code judiciaire, la demande principale est portée devant le juge au moyen d'une citation sans préjudice des règles particulières applicables aux comparutions volontaires et aux procédures sur requête ;

que les articles 860 et 861 du même code ne sont pas applicables à la violation de cette disposition, qui relève de l'organisation judiciaire ; » (*Pas. I*, 1994, p. 519, confirmé par un arrêt du 30 oct. 1997, *Pas. I*, 1997, p. 1102).

Il résulte de l'article 700 du Code judiciaire ainsi interprété que, lorsqu'un justiciable introduit une action en justice par requête contradictoire dans un cas où la loi ne prévoit pas expressément ce mode introductif d'instance, l'action doit être déclarée irrecevable, même lorsque l'irrégularité n'a causé aucun préjudice à la partie défenderesse.

En revanche, l'existence d'un tel préjudice doit être établie lorsqu'une citation est entachée d'un vice de forme (art. 861 du C. jud.).

B.5. L'action qui met en œuvre une procédure contradictoire est, en règle générale, introduite au moyen d'une citation par exploit d'huissier de justice. Il ne peut être fait usage de la requête que si la loi le permet ou le prescrit.

B.6.1. La différence de traitement entre les deux catégories de justiciables visées par la question préjudicielle repose sur un critère objectif : la nature de la règle dont la méconnaissance entraîne l'irrecevabilité de l'action. En effet, l'article 700 du Code judiciaire consacre une règle de fond relevant de l'organisation judiciaire, et l'article 861 du Code judiciaire s'applique aux seules irrégularités formelles.

La Cour doit toutefois encore examiner si, en ayant pour effet d'entraîner l'irrecevabilité de l'action lorsqu'elle est introduite par requête dans un cas où la loi ne le prévoit pas expressément, même lorsque l'irrégularité n'a causé aucun préjudice à la partie défenderesse, l'article 700 du Code judiciaire est raisonnablement justifié par rapport à l'objectif poursuivi par le législateur.

B.6.2. Lors de l'adoption du Code judiciaire en 1967, le législateur a érigé en règle générale la citation par exploit d'huissier de justice comme moyen de mise en œuvre d'une procédure contradictoire. La requête visée à l'article 704 du Code judiciaire a toutefois été insérée dans le projet de Code judiciaire comme mode d'introduction de l'action devant les juridictions du travail à la demande du Ministre de l'Emploi et du Travail (*Doc. Parl.*, Sénat, 1964-1965, n° 170, p. 123), dans le cadre de la « déformalisation » du droit procédural social, en vue d'économiser les frais d'huissier de justice, de conserver un mode d'introduction souple, couramment utilisé devant les juridictions administratives, et d'éviter la procédure d'assistance judiciaire.

Plusieurs modifications législatives sont ensuite intervenues respectivement par les lois du 30 juin 1971, du 22 décembre 1977 et du 23 novembre 1998, en vue d'étendre le champ d'application de l'article 704 du Code judiciaire à d'autres contestations relevant de la compétence du tribunal du travail.

L'article 4 de la loi du 13 décembre 2005 « portant des dispositions diverses relatives aux délais, à la requête contradictoire et à la procédure en règlement collectif de dettes » (*M.B.*, 21.12.2005) a modifié comme suit l'article 704 du Code judiciaire :

« § 1^{er}. Devant le tribunal du travail les demandes principales peuvent être introduites par une requête contradictoire, conformément aux articles 1034*bis* à 1034*sexies*, sans préjudice des règles particulières applicables aux comparutions volontaires, aux procédures sur requête unilatérale, et aux procédures spécialement régies par des dispositions légales qui n'ont pas été explicitement abrogées.

§ 2. Dans les matières énumérées aux articles 508/16, 580, 2°, 3°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° et 11°, 581, 2°, 582, 1° et 2° et 583, les demandes sont introduites par une requête écrite, déposée ou adressée, sous pli recommandé, au greffe du tribunal du travail ; les parties sont convoquées par le greffe à comparaître à l'audience fixée par le juge. La convocation précise l'objet de la demande.

Les dispositions du § 1^{er} et de la quatrième partie, livre II, titre *Vbis*, y compris les articles 1034*bis* à 1034*sexies*, ne sont pas applicables.

§ 3. Dans les matières énumérées à l'article 578, l'employeur peut être cité ou convoqué par requête contradictoire à la mine, à l'usine, à l'atelier, au magasin, au bureau et, en général, à l'endroit affecté à l'exploitation de l'entreprise, à l'exercice de la profession par le travailleur ou à l'activité de la société, de l'association ou du groupement.

La citation ou le pli judiciaire peuvent en ce cas être remis à un préposé de l'employeur ou à un de ses employés.

§ 4. Dans les matières énumérées au présent article, l'opposition peut également être introduite, selon les cas, dans les formes visées aux §§ 1^{er} ou 2 ».

En vertu de l'article 34 de la même loi, l'article 4 précité entre en vigueur à la date fixée par arrêté royal et au plus tard le 1^{er} septembre 2007.

B.7. Il se déduit de cette dernière modification législative que, pour les litiges qui relèvent de la compétence des tribunaux du travail, le législateur a voulu permettre, au plus tard dès le 1^{er} septembre 2007, la requête comme acte introductif d'instance.

La Cour constate toutefois aussi que le législateur n'a pas modifié l'article 700 du Code judiciaire.

Tant que cette option politique nouvelle n'est pas entrée en vigueur, il convient de considérer que la règle générale de la citation, contenue dans l'article 700 du Code judiciaire, reste d'application. Cette règle générale relève de l'organisation judiciaire conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation mentionnée en B.4.

B.8. La première question préjudicielle appelle une réponse négative.

B.9. Par la seconde question préjudicielle, le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, de l'article 700 du Code judiciaire, interprété en ce sens que les personnes qui introduisent une action en justice par requête dans un cas où la loi n'autorise pas expressément ce mode introductif d'instance, voient leur action frappée d'irrecevabilité sans qu'elles puissent réintroduire leur action dans un nouveau délai, alors que les personnes qui introduisent une action au moyen d'un acte introductif d'instance déclaré nul pour violation de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire bénéficient, en application de l'article 40, alinéa 3, de la loi du 15 juin 1935, d'un nouveau délai pour réintroduire leur action.

B.10. Lorsqu'il règle l'emploi des langues en matière judiciaire, le législateur doit concilier la liberté individuelle qu'a le justiciable d'utiliser la langue de son choix et le bon fonctionnement de l'administration de la justice. Ce faisant, le législateur doit en outre tenir compte de la diversité linguistique consacrée par l'article 4 de la Constitution qui établit quatre régions linguistiques, dont une est bilingue. Il peut dès lors subordonner la liberté individuelle du justiciable au bon fonctionnement de l'administration de la justice.

B.11. Il est raisonnablement justifié de réserver la possibilité visée à l'article 40, alinéa 3, de la loi du 15 juin 1935 aux infractions à cette loi et de ne pas l'étendre à cette catégorie de personnes qui introduisent une action au moyen d'une requête dans un cas où la loi ne permet pas expressément ce mode introductif d'instance.

B.12. La seconde question préjudicielle appelle une réponse négative.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

dit pour droit :

Les articles 700 et 861 du Code judiciaire, interprétés en ce sens que les personnes qui introduisent une action en justice par une requête dans un cas où la loi n'autorise pas expressément ce mode introductif d'instance, voient leur action frappée d'irrecevabilité, ne violent pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

...

COUR DE CASSATION, 3 avril 2006

Président : M. BOES – Avocat général : M. WERQUIN

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 136, § 2 – Droit de subrogation de l'organisme assureur – Ordre public

L'article 136, § 2, de la loi du 14 juillet 1994 est d'ordre public.

Le tribunal ne peut pas rejeter la demande de l'organisme assureur sur base d'une expertise médicale amiable signée par la victime et l'assureur du tiers responsable, sans constater l'accord marqué par l'organisme assureur sur cette convention.

L'action de l'organisme assureur est e.a. limitée au montant maximum de l'indemnité de la réparation dont le tiers responsable du dommage est redevable à la victime en droit commun en réparation de la perte ou la réduction de sa capacité de gain.

Le juge doit donc comparer des montants, pas des jours ni des pourcentages.

Organisme assureur c./ F.

(R.G. C.05.0114.N)

...

II. CASSATIEMIDDELEN

De eiser voert in zijn verzoekschrift twee middelen aan.

Geschonden wettelijke bepalingen

Eerste middel

Geschonden wettelijke bepalingen

- artikel 136, § 2, inzonderheid vierde en vijfde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994;
- voor zoveel als nodig, de artikelen 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek.

Aangevochten beslissing

In de bestreden beslissing verklaart de rechtbank van eerste aanleg, recht sprekend over de vordering van eiser, het hoger beroep van eiser ontvankelijk doch ongegrond. De rechtbank bevestigt het vonnis van de politierechter van 15 mei 2003 en veroordeelt eiser tot de “beroepskosten” onder meer op grond van de volgende motieven :

“Tussen de heer M.L. en de verzekeringsmaatschappij (...), heden (verweerster), werd een overeenkomst voor een minnelijke medische expertise ondertekend op 31 oktober 1997, waarna dokter R. op 11 februari 1999 zijn verslag opstelde, waarbij tijdelijke werkonbekwaamheden volgens een degressieve schaal bepaald werden met een consolidatiedatum op 1 juli 1998, een blijvende invaliditeit van 6 pct. en een esthetische schade van 3 op de schaal van 1 tot 7. Hierbij besloot Dokter R. dat :

'de kinesitherapie behandelingen na 1 juli 1998 verrechtvaardigd zijn door de arthrose (de heer L. is geboren op 31 december 1933) voortbestaand aan het ongeval en dus niet meer voor de sekuelen van het ongeval van 6 mei 1997'

Kinesitherapiebehandelingen na consolidatiedatum :

(Eiser) ging verder met het terugbetalen van kiné-behandelingen, maar (verweerster) stelt terecht dat zo de heer L. mogelijks recht had op terugbetaling van deze kiné-behandelingen op grond van zijn gewone ziekte-invaliditeitsverzekering bij (eiser), (eiser) geen recht heeft op het terugvorderen van deze uitbetalingen na consolidatiedatum nu deze niet meer in oorzakelijk verband staan met het ongeval met verzekerde van (verweerster).

(Eiser) is immers in de rechten getreden van haar aangeslotene en (...) kan niet meer vorderen dan de heer L. in gemeen recht had kunnen vorderen vanwege de verzekeraar, waarbij het voorleggen van bewijs van schade, en causaal verband met het ongeval verder van toepassing blijft ook ingeval de vordering ingesteld wordt tegen de verzekeraar van het motorvoertuig dat een ongeval had met de zwakke weggebruiker.

In de mate dat het slachtoffer en (verweerster) de minnelijke medische expertise aanvaardden kan (eiser), die bovendien de gelegenheid gehad heeft deze expertise te volgen door haar raadgevend geneesheer dokter B., van de verzekeraar niet meer vorderen dan hetgeen het slachtoffer zelf in gemeen recht had kunnen vragen. Er is geen aanleiding tot terugbetaling voor de kiné-behandelingen na consolidatiedatum, ook al bekritisieren nu een aantal raadgevende geneesheren van (eiser) het besluit van dit minnelijk medisch verslag”.

Grievens

1. Artikel 136, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, hieronder afgekort als Ziektewet, bepaalt dat, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden, prestaties worden toegekend in afwachting dat de schade effectief wordt vergoed krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht.

Op grond van artikel 136, § 2, vierde lid, van de Ziektewet, treedt de verzekeringsinstelling rechtens in de plaats van de rechthebbende. Die indeplaatsstelling geldt, tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties, voor het geheel van de sommen die krachtens een Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht verschuldigd zijn en die de in het eerste lid bedoelde schade geheel of gedeeltelijk vergoeden.

Krachtens het vijfde lid van dezelfde paragraaf 2 van datzelfde artikel, kan de overeenkomst die tot stand is gekomen tussen de rechthebbende en degene die schadeloosstelling verschuldigd is, niet tegen de verzekeringsinstelling worden aangevoerd zonder haar instemming. Die bepaling belet dat diegene die schadeloosstelling verschuldigd is, ook al is hij te goeder trouw, tegen de verzekeringsinstelling van het slachtoffer de overeenkomst aanvoert die hij met de bij die verzekeringsinstelling aangeslotene heeft aangegaan en verhindert aldus dat de rechten van de verzekeraar van de geneeskundige verzorging worden bepaald op grond van de rechten die aan de getroffene naar gemeen recht worden toegekend op basis van een verslag van deskundigen die in der minne zijn aangewezen bij een overeenkomst tussen de getroffene en de verzekeraar van de aansprakelijke derde.

2. De rechtbank van eerste aanleg stelt vast dat de heer M.L. – de aangeslotene van eiser en verweerster – een overeenkomst sloten voor een minnelijke medische expertise, waarna dokter R. op 11 februari 1999 een verslag opstelde waarbij hij besloot dat *“de kinesitherapie behandelingen na 1 juli 1998 verrechtvaardigd zijn door de arthrose (de heer L. is geboren op 31 december 1933) voorbestaand aan het ongeval van (6 mei 1997) en dus niet meer voor de sekwellen van het ongeval van 6 mei 1997”*.

De rechtbank overweegt voorts dat, zo de heer M.L. mogelijk recht had op terugbetaling van de kinesitherapiebehandelingen *“op grond van zijn gewone ziekte-invaliditeitsverzekering bij (eiser) (eiser) geen recht heeft op het terugvorderen van deze uitbetalingen na consolidatiedatum nu deze niet meer in oorzakelijk verband staan met het ongeval met verzekerde van (verweerster)”*.

Door op die vaststellingen en met die overwegingen te beslissen dat eiser de betalingen die hij deed wegens kinesitherapiebehandelingen na consolidatiedatum, niet kan terugvorderen van verweerster aangezien die niet meer in oorzakelijk verband staan met het ongeval waarin de verzekerde van verweerster was betrokken, oordeelt de rechtbank impliciet maar zeker dat de bevindingen vastgelegd in het minnelijk medisch expertiseverslag van 11 februari 1999 tegen eiser kunnen worden aangevoerd, onder meer en in het bijzonder wat betreft de beperking van het vorderingsrecht van eiser tot wat de heer L. in gemeen recht had kunnen vorderen van verweerster en het causaal verband tussen de kinesitherapiebehandelingen in de kosten waarvan eiser tegemoetkwam en het ongeval.

Ook met de overweging dat :

“In de mate dat het slachtoffer en (verweerster) de minnelijke medische expertise aanvaardden kan (eiser), die bovendien de gelegenheid gehad heeft deze expertise te volgen door haar raadgevend geneesheer dokter B., van de verzekeraar niet meer vorderen dan hetgeen het slachtoffer zelf in gemeen recht had kunnen vragen. Er is geen aanleiding tot terugbetaling voor de kiné-behandelingen na consolidatiedatum, ook al bekritisieren nu een aantal raadgevende geneesheren van (eiser) het besluit van dit minnelijk medisch verslag”, aanvaardt de rechtbank impliciet maar zeker dat het minnelijk medisch expertiseverslag tegen eiser kan worden aangevoerd.

Nochtans stelt de rechtbank niet de instemming van eiser vast met de minnelijke medische expertise, noch met (de vermeldingen, bevindingen en conclusies van) het minnelijk medisch expertiseverslag. Noch uit de vaststellingen van het bestreden vonnis, noch uit enig ander stuk waarop het hof vermag acht te slaan, blijkt de wettelijke vereiste instemming van eiser opdat de overeenkomst gesloten tussen de heer M.L. en verweerster tegen eiser zou kunnen worden aangevoerd.

De rechtbank beslist dan ook onder verwijzing naar het besluit van het minnelijk medisch expertiseverslag van dokter R. niet wettig dat er geen aanleiding is tot terugbetaling van de kinesitherapiebehandelingen na de consolidatiedatum (schending van art. 136, § 2, vijfde lid, van de Ziektewet).

Aangezien de rechtbank, om de vordering van eiser af te wijzen, zich baseert op (een besluit van dokter R. in) het hierboven bedoelde minnelijk medisch verslag, aldus implicerend dat dat verslag en zijn inhoud tegen de verzekerde van eiser kunnen worden aangevoerd, en op die grond oordeelt dat eiser, die de gelegenheid gehad heeft de expertise te laten volgen door zijn raadgevend geneesheer, van verweerster niet meer kan vorderen dan hetgeen het slachtoffer zelf in gemeen recht had kunnen vragen, verantwoordt de rechtbank zijn beslissing niet naar recht (schending van art. 136, § 2, inzonderheid vierde en vijfde lid, van de Ziektewet, en van de art. 1382 en 1383 van het B.W.).

Conclusie :

De rechtbank van eerste aanleg zegt niet wettig dat eiser geen recht heeft op terugvordering van zijn betalingen wegens kinesitherapiebehandelingen na de consolidatiedatum, wijst bijgevolg het hoger beroep van eiser niet wettig af als ongegrond en bevestigt niet wettig het vonnis van de politierechter van 15 mei 2003 (schending van art. 136, § 2, inzonderheid vierde en vijfde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.7.1994 en van de art. 1382 en 1383 van het B.W.).

Tweede middel

Geschonden wettelijke bepalingen

- artikel 136, § 2, inzonderheid vierde en vijfde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 – voor zoveel als nodig, de artikelen 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek.

Aangevochten beslissingen

In de bestreden beslissing verklaart de rechtbank van eerste aanleg, recht sprekend over de vordering van eiser, het hoger beroep van eiser ontvankelijk doch ongegrond. De rechtbank bevestigt het vonnis van de politierechter van 15 mei 2003 en veroordeelt eiser tot de *“beroepskosten”*

onder meer op grond van de volgende motieven :

“Tussen de heer M.L. en de verzekeringsmaatschappij (...), heden (verweerster), werd een overeenkomst voor een minnelijke medische expertise ondertekend op 31 oktober 1997, waarna dokter R. op 11 februari 1999 zijn verslag opstelde, waarbij tijdelijke werkonbekwaamheden volgens een degressieve schaal bepaald werden met een consolidatiedatum op 1 juli 1998, een blijvende invaliditeit van 6 pct. en een esthetische schade van 3 op de schaal van 1 tot 7 (...).

Vergoedingen wegens werkongeschiktheid:

(Eiser) stelt dat de heer L. langdurig werkloos was op het ogenblik van het ongeval(en) recht heeft op de terugbetaling van het volledig bedrag van de uitkeringen, verwijzend in haar besluiten naar rechtspraak (...). Er wordt verwezen naar artikel 142.1 van een werkloosheidsbesluit op grond waarvan (eiser) stelt dat een persoon die gerechtigd is op werkloosheidsuitkeringen en werkonbekwaam wordt, niet meer volledig ter beschikking is van de arbeidsmarkt en geen recht heeft op werkloosheidsuitkeringen, reden waarom zij de degressieve werkongeschiktheidspercentages zoals bepaald in het minnelijk medische verslag niet toepaste op de dagvergoedingen maar 100 pct. van de dagvergoedingen die zij aldus betaald heeft aan de heer L., terugvordert.

Bij nazicht blijkt dat in het geciteerd arrest (van het hof) van 11 oktober 1999 (...) dat zo op grond van artikel 136, § 2, van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 er inderdaad verder dagvergoedingen betaald dienen te worden aan een werkloze, de mutualiteit geenszins het recht heeft vanwege de verzekeraar van de aansprakelijke derde (...) het volledige bedrag van de dagvergoedingen te vorderen nu haar vordering beperkt is ten belope van hetgeen het slachtoffer in gemeen recht had kunnen vragen (...). De verdere betaling van dagvergoedingen aan 100 pct. gebeurt op grond van een bijzondere ZIV-wetgeving waarbij het oorzakelijk verband verbroken werd. De vordering wordt bovendien niet gevorderd op grond van een eigen schade in hoofde van (eiser), (die) deze betalingen op grond van deze wettelijke bepalingen uitvoerde en mogelijks recht heeft op terugbetalingen vanwege het RIZIV of een andere overheidsinstelling ten belope van hetgeen de terugbetaling in gemeen recht overtreft.

Derhalve heeft (verweerster) in haar brief van 6 april 1999 (100 pct. gedurende 75 dagen, 50 pct. gedurende 26 dagen, 25 pct. gedurende 26 dagen en 15 pct. gedurende 16 dagen toegepast op dagvergoedingen van 1 452 BEF voor de eerste drie periodes en op 1 481 BEF voor de laatste periode) haar vergoedingen juist berekend.

Het bestreden vonnis wordt bevestigd”.

Grieven

1.1. Artikel 136, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, hieronder afgekort als Ziektewet, bepaalt dat, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden, prestaties worden toegekend in afwachting dat de schade effectief wordt vergoed krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht.

Luidens artikel 136, § 2, vierde lid, van de Ziektewet, treedt de verzekeringsinstelling rechtens in de plaats van de rechthebbende. Die indeplaatsstelling geldt, tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties, voor het geheel van de sommen die krachtens een Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht verschuldigd zijn en die de in het eerste lid bedoelde schade geheel of gedeeltelijk vergoeden.

Het recht waarover de verzekeringsinstelling krachtens genoemd artikel 136 van de Ziektewet beschikt, is dus beperkt, enerzijds tot het bedrag van de door de verzekeringsinstelling aan de benadeelde verleende prestaties, anderzijds tot het maximumbedrag van de schadeloosstelling waartoe de derde die de schade heeft veroorzaakt, jegens het slachtoffer gehouden is inzake vergoeding wegens het verlies of de vermindering van het vermogen om, door het verrichten van arbeid, inkomsten te verwerven.

Teneinde de gegrondheid van een vordering van een verzekeringsinstelling als indeplaatsgestelde in de rechten van een rechthebbende in het kader van de Ziektewet te onderzoeken, dient de rechter dan ook enerzijds het bedrag vast te stellen van de door de verzekeringsinstelling aan het slachtoffer verleende prestaties, anderzijds het bedrag te bepalen waarop het slachtoffer krachtens het gemeen recht aanspraak zou kunnen maken hebben wegens vergoeding van het verlies of de vermindering van het vermogen om, door het verrichten van arbeid, inkomsten te verwerven, en dient hij vervolgens na te gaan of het bedrag van de door de verzekeringsinstelling verleende prestaties het laatstbedoelde bedrag overtreft.

1.2. De arbeidsongeschiktheidsuitkering waarop een werkloze recht heeft wanneer hij zijn aanspraak op werkloosheidsuitkeringen verliest wegens arbeidsongeschiktheid, dekt niet het verlies van de werkloosheidsuitkeringen, maar wel de schade die bestaat in het verlies of de vermindering van het vermogen om, door het verrichten van arbeid, inkomsten te verwerven die tot het levensonderhoud kunnen bijdragen.

2. De rechtbank van eerste aanleg stelt vast dat tussen de heer M.L. en verweerster een overeenkomst voor minnelijke expertise werd ondertekend, waarna dokter R. zijn verslag opstelde waarbij *“tijdelijke werkonbekwaamheden volgens een degressieve schaal bepaald werden met een consolidatiedatum op 1 juli 1998”*.

Voorts overweegt de rechtbank dat eiser *“geenszins het recht heeft vanwege de verzekeraar van de aansprakelijke derde (of ten dezen de verzekeraar van het motorvoertuig die een ongeval had met een zwakke weggebruiker, ongeacht de fout of niet van de bestuurder van dit motorvoertuig) het volledige bedrag van de dagvergoedingen te vorderen nu haar vordering beperkt is tot hetgeen het slachtoffer in gemeen recht had kunnen vragen”*.

Op grond van die vaststellingen en overwegingen beslist de rechtbank van eerste aanleg dat verweerster *“derhalve in haar brief van 6 april 1999 (100 pct. gedurende 75 dagen, 50 pct. gedurende 26 dagen, 25 pct. gedurende 26 dagen en 15 pct. gedurende 16 dagen toegepast op dagvergoedingen van 1 452 BEF voor de eerste drie periodes en op 1 481 BEF voor de laatste periode) haar vergoedingen juist (heeft) berekend”*.

Nochtans stelt de rechtbank in het geheel niet vast dat de aldus berekende vergoedingen het bedrag vormen waarop de heer M.L. krachtens het gemeen recht aanspraak zou kunnen maken hebben wegens vergoeding van het verlies of de vermindering van het vermogen om, door het verrichten van arbeid, inkomsten te verwerven. De rechtbank verzuimt na te gaan op welk bedrag de heer M.L. aanspraak had kunnen maken indien eiser niet was tussengekomen.

Door het hoger beroep van eiser met betrekking tot dat onderdeel af te wijzen als ongegrond op de loutere gronden dat “*de verdere betaling van dagvergoedingen aan 100 pct. gebeur(de) op grond van een bijzondere ZIV-wetgeving*” – beslissing die overigens niet kan worden bekritiseerd door de rechter die uitspraak doet over de rechtsvordering tot indeplaatsstelling tegen de voor het ongeval aansprakelijke derde – “waarbij het oorzakelijk verband verbroken werd” en dat de vordering bovendien niet werd gesteld “op grond van een eigen schade in hoofde van de mutualiteit (die) deze betalingen op grond van deze wettelijke bepalingen uitvoerde en mogelijks recht heeft op terugbetalingen vanwege het RIZIV of een andere overheidsinstelling ten belope van hetgeen de terugbetaling in gemeenrecht overtreft”, zonder na te gaan op welk bedrag de heer M.L. krachtens het gemeenrecht aanspraak kon maken als vergoeding van het verlies of de vermindering van het vermogen om, door het verrichten van arbeid, inkomsten te verwerven, en aldus na te gaan of het bedrag dat eiser aan de heer M.L. uitkeerde, het laatstgenoemde bedrag overtreft, schendt de rechtbank van eerste aanleg artikel 136, § 2, vierde lid, van de Ziektewet en de artikelen 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek.

Bovendien schendt de rechtbank van eerste aanleg, door, na te hebben vastgesteld dat tussen de heer M.L. en verweerster “een overeenkomst voor minnelijke medische expertise (werd) ondertekend (...), waarna dokter R. (...) zijn verslag opstelde, waarbij tijdelijke werkonbekwaamheden volgens een degressieve schaal bepaald werden met een consolidatiedatum op 1 juli 1998”, en dat de verzekeringsinstelling “geenszins het recht heeft vanwege de verzekeraar van de aansprakelijke derde (of ten deze de verzekeraar van het motorvoertuig die een ongeval had met een zwakke weggebruiker, ongeacht de fout of niet van de bestuurder van dit motorvoertuig) het volledige bedrag van de dagvergoedingen te vorderen nu haar vordering beperkt is tot hetgeen het slachtoffer in gemeenrecht had kunnen vragen”, te oordelen dat verweerster “in haar brief van 6 april 1999 (100 pct. gedurende 75 dagen, 50 pct. gedurende 26 dagen, 25 pct. gedurende 26 dagen en 15 pct. gedurende 16 dagen toegepast op dagvergoedingen van 1.452 BEF voor de eerste drie periodes en op 1.481 BEF voor de laatste periode) haar vergoedingen juist berekend(e)”, artikel 136, § 2, vijfde lid, van de Ziektewet, aangezien hij daardoor impliciet maar zeker oordeelt dat de overeenkomst van minnelijke medische expertise die de heer M.L. en verweerster aangingen, kan worden aangevoerd tegen eiser, terwijl hij diens instemming daarmee niet vaststelt.

III. BESLISSING VAN HET HOF

Beoordeling

Eerste middel

De door de verweerster ingeroepen grond van niet-ontvankelijkheid van het middel : het middel is nieuw.

1. De bepalingen van artikel 136, § 2, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met betrekking tot het subrogatierecht van de verzekeringsinstelling beogen niet alleen het recht op geneeskundige verzorging, door artikel 23, derde lid, van de Grondwet gewaarborgd, te vrijwaren in afwachting dat de derde-aansprakelijke of diens verzekeraar de schade vergoedt, maar beogen ook dat die schade niet afgewenteld wordt op de gemeenschap en dat de uitgaven van het RIZIV beperkt worden.

Deze wetsbepaling raakt derhalve de openbare orde.

2. Dienvolgens is het middel dat het bestreden vonnis verwijt niet te hebben vastgesteld dat de eiser ingestemd heeft met de minnelijke expertise, zodat de op basis van die expertise tussen de verweerster en de heer M.L. gesloten overeenkomst tot schaderegeling niet aan de eiser kon worden tegengeworpen, niet nieuw.

3. De grond van niet-ontvankelijkheid moet worden verworpen.

Het middel zelf

4. Krachtens artikel 136, § 2, vierde lid, van de voormelde wet, treedt de verzekeringsinstelling rechtens in de plaats van de rechthebbende op de prestaties van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

5. Luidens artikel 136, § 2, vijfde lid, van die wet, kan de overeenkomst die tot stand gekomen is tussen de rechthebbende en degene die schadeloosstelling verschuldigd is, niet tegen de verzekeringsinstelling worden aangevoerd zonder haar instemming. Laatstgenoemde bepaling verhindert dat de rechten van verzekeraar van de geneeskundige verzorging worden bepaald op grond van de rechten die aan de getroffene naar gemeen recht worden toegekend op basis van een verslag van deskundigen welke in der minne zijn aangewezen bij een overeenkomst tussen de getroffene en de verzekeraar van de aansprakelijke derde.

6. Het bestreden vonnis beslist dat er geen aanleiding is tot terugbetaling voor de kinebehandelingen na consolidatiedatum, omwille van de minnelijke medische expertise aanvaard door het slachtoffer en de verweerster naar aanleiding van een overeenkomst voor een minnelijke medische expertise, ondertekend door het slachtoffer en de verweerster, en waaruit blijkt dat de kinesitherapiebehandelingen na de consolidatiedatum verrechtvaardigd zijn door arthrose, voorbestaand aan het ongeval en oordeelt, zonder vast te stellen dat de eiser met die overeenkomst heeft ingestemd, dat de eiser van de verweerster niet meer kan vorderen dan hetgeen het slachtoffer zelf in gemeen recht had kunnen vragen.

7. Het bestreden vonnis verantwoordt aldus haar beslissing niet naar recht.

8. Het middel is gegrond.

Tweede middel

9. De verweerster werpt op dat het middel niet ontvankelijk is omdat het nieuw is daar de eiser voor de feitenrechter niet betwistte dat het bedrag dat volgens de verweerster en de eerste rechter verschuldigd was, berekend met inachtneming van de degressieve arbeidsongeschiktheidspercentages, de in gemeen recht verschuldigde vergoeding betrof.

Uit de stukken waarop het Hof vermag acht te slaan, blijkt dat de eiser het volledig bedrag van de uitbetaalde vergoedingen ten belope van 3.068 EUR opvorderde en zodoende betwistte dat het bedrag dat verweerster voorhield verschuldigd te zijn, de in gemeen recht verschuldigde schade betrof.

Deze grond van niet-ontvankelijkheid mist feitelijke grondslag en dient derhalve te worden verworpen.

10. De verweerster werpt op dat het middel eveneens niet ontvankelijk is omdat het nieuw is daar de eiser voor de appelrechters niet aanvoerde dat het bedrag van 2 637,92 EUR, dat volgens de verweerster en de eerste rechter aan de eiser verschuldigd was voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, werd vastgesteld op basis van de overeenkomst tot minnelijke medische expertise die door de verweerster met de heer M.L. werd gesloten, en dat deze overeenkomst niet aan de eiser tegenstelbaar is omdat hij er zijn instemming niet mee heeft betuigd.

Zoals hierboven reeds is gesteld onder punt 1 is de bepaling van artikel 136, § 2, van de wet van 14 juli 1994 van openbare orde, zodat het bedoelde middel niet nieuw is.

Het middel zelf

11. De krachtens de voormelde wet van 14 juli 1994 verleende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen dekken de schade die bestaat in het verlies of de vermindering van het vermogen om door het verrichten van arbeid inkomsten te verwerven die tot het levensonderhoud kunnen bijdragen.

12. De verzekeringsinstelling die prestaties heeft verleend aan de persoon die schade geleden heeft waarvoor een derde aansprakelijk is, treedt in de plaats van die rechthebbende tot beloop van het geheel van die prestaties.

13. Die vordering kan evenwel slechts worden uitgeoefend tot beloop van de bedragen die krachtens het gemeen recht aan de getroffene verschuldigd zijn ter vergoeding van dezelfde schade.

14. Het recht waarover de verzekeringsinstelling krachtens artikel 136, § 2, van de voormelde wet tegen de aansprakelijke derde beschikt, is derhalve beperkt, enerzijds, tot het bedrag van de door de verzekeringsinstelling aan de benadeelde verleende prestatie, anderzijds, tot het maximumbedrag van de schadeloosstelling waartoe de derde, die de schade heeft veroorzaakt, in gemeen recht jegens het slachtoffer gehouden is inzake vergoeding wegens het verlies of de vermindering van het vermogen om door het verrichten van arbeid inkomsten te verwerven.

15. Het bestreden vonnis oordeelt dat de verweerster in haar brief van 6 april 1999 100 pct. gedurende 75 dagen, 50 pct. gedurende 26 dagen, 25 pct. gedurende 26 dagen en 15 pct. gedurende 16 dagen heeft toegepast op dagvergoedingen van 1.452 BEF voor de eerste drie periodes en op 1.481 BEF voor de laatste periode en derhalve haar vergoeding juist heeft berekend.

16. Nu deze beslissing niet zelf vaststelt dat de aldus berekende vergoedingen het bedrag vormen waarop de heer M.L. krachtens het gemeen recht aanspraak zou hebben kunnen maken wegens vergoeding van het verlies of de vermindering van het vermogen om door het verrichten van arbeid inkomsten te verwerven, schendt het vonnis de aangewezen wetsbepalingen.

17. Het middel is in zoverre gegrond.

Dictum

HET HOF,

Vernietigt het bestreden arrest.

...

COUR DE CASSATION, 30 juin 2006

Président : M. ECHEMENT – Avocat général délégué : M. de KOSTER

Code civil, article 2277bis – Prescription du paiement des prestations médicales

L'article 2277bis, qui prévoit que l'action des prestataires de soins pour les prestations, biens ou services médicaux qu'ils ont fournis, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis, s'applique sans qu'il y ait lieu de distinguer selon que les prestations sont remboursables par un organisme assureur ou non.

B.C. c./Association Hospitalière

(R.G. C.05.0117.F)

...

II. Le moyen de cassation

Le demandeur présente un moyen libellé dans les termes suivants :

Dispositions légales violées

Articles 2262bis, spécialement § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et 2277bis du Code civil.

Décisions et motifs critiqués

Le jugement déclare la demande principale recevable et fondée, par conséquent, condamne la demanderesse à payer à la défenderesse le montant de quatre-vingt-deux euros à titre principal et condamne la demanderesse en outre aux dépens taxés à cent trente euros et septante-huit centimes et fonde ces condamnations sur ce :

« que l'article 2262bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code civil mentionne que : 'toutes les actions personnelles sont prescrites par dix ans' ;

que l'article 2277bis du Code civil énonce que : 'l'action des prestataires de soins pour les prestations, biens et services médicaux qu'ils ont fournis, y compris l'action pour frais supplémentaires, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis ;

qu'il en va de même en ce qui concerne les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires qui ont été fournis ou facturés par l'établissement de soins ou par des tiers' ;

que ce texte a été introduit dans le Code civil par l'article 64 de la loi du 6 août 1993 publiée au Moniteur belge du 9 août 1993, de sorte qu'il est entré en vigueur le 19 août 1993 ;

que dans la recherche de son interprétation la plus épurée, il convient de faire référence aux travaux parlementaires qui ont précédé son adoption par le Parlement ;

que comme le fait valoir le conseil [de la défenderesse], l'article 2277bis du Code civil est le fruit d'un amendement introduit à l'occasion de la discussion du projet de loi portant des dispositions sociales et diverses, visant à modifier la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ainsi que la loi sur les hôpitaux (Exposé des motifs, Ch., sess. 1992-1993, 1040/1) ;

qu'il n'est pas inutile de transcrire ce qui fut discuté à l'occasion desdits travaux préparatoires et notamment les passages suivants :

'A la suite de l'arrêt de la Cour de cassation du 21 janvier 1993, la situation du patient est devenue très précaire en ce qui concerne les délais de prescription des honoraires médicaux perçus par l'hôpital.

La Cour a en effet jugé que le délai de prescription applicable était le délai de 30 ans prévu par le droit commun, et non le délai d'un an qui, à l'article 2272 du Code civil, est lié à la présomption de paiement et s'applique à la perception des honoraires par les médecins eux-mêmes.

Compte tenu du fait qu'en matière de soins de santé, le patient est confronté à des délais de prescription différents et ne sait plus à quoi s'en tenir, d'autant plus que l'interprétation de la réglementation que donnent les tribunaux compétents n'est pas toujours uniforme, nous estimons qu'il est plus que souhaitable de fixer une règle générale'. (Exposé des motifs-amendement n° 7 de M. Landuyt, Ch., sess. 1992-1993, 1040/3) ;

et plus loin :

'Le patient ne peut toutefois pas obtenir le remboursement de ces anciennes factures d'hôpitaux (le rapporteur vise ici la partie des factures ouvrant ce droit après expiration du délai de remboursement) auprès de sa mutualité.

En matière d'assurance maladie-invalidité (art. 106 de la loi du 9.8.1963) un délai de prescription de deux ans est en effet applicable pour le remboursement du prix de la chambre et des honoraires des prestataires de soins.

C'est la raison pour laquelle les amendements présentés tendent à porter le délai de prescription de l'action des prestataires de soins à deux ans...

L'uniformité des délais permet en effet d'accroître la sécurité juridique'. (Rapport au nom de la commission de la Justice par M. Landuyt, 1040/7) ;

qu'il y a lieu de souligner également les considérations parlementaires suivantes :

'afin de greffer autant que faire se peut la relation prestataire de soins – patient sur la relation prestataire de soins – organisme assureur et patient, nous estimons que le délai de prescription de deux ans en vigueur dans le cadre de l'AMI est le mieux adapté' ;

(idem, 1040/3)

'cette question concerne le refus de remboursement par la mutualité, qui est à son tour tenue par un délai de prescription de deux ans'.

(*ibidem*, 1040/7/92-93<5>.4.) :

'Il conviendrait d'examiner en profondeur tous les aspects liés à la modification légale proposée' ;

qu'à la lecture des travaux préparatoires, il est donc incontestable que la volonté du législateur était de garantir aux patients le droit au remboursement des factures d'hospitalisation pour la partie de celles-ci qui devait être prise en charge par les mutualités ;

que comme le soulignent magistralement les professeurs P.Wéry et H. Vuye dans leur examen doctrinal paru au J.T. dès 1995 sous le titre : 'La prescription de l'action des prestataires de soins : l'article 2277bis du Code civil' ;

'tout juriste scrupuleux ne peut que désapprouver le fait que le législateur recoure à une loi-programme pour modifier le Code civil et le Code de commerce ;

Que faut-il entendre par prestataire de soins ? Le législateur n'a pas pris la peine de définir ces termes et la question ne fut même pas abordée lors des travaux préparatoires.

En matière de transport et de services ambulanciers, à peine de déboucher sur une absurdité, l'interprète est contraint de toutefois faire violence au texte de la loi !

Curieusement, le législateur n'a pas crut devoir définir les mots 'prestations, biens et services médicaux' ce qui eut pour conséquence que : 'La question fut posée, lors des débats parlementaires, de savoir si l'article 2277bis ne concernait que les créances faisant l'objet d'un remboursement dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités' et à ce sujet : 'le représentant du Ministre de la Justice opina laconiquement par l'affirmative' (H. Vuye et P. Wéry « La prescription de l'action des prestataires de soins » : l'art. 2277bis du C. civ., J.T., 1995, pp. 93 à 102).

*que bien que ces auteurs ne considèrent pas la solution comme étant très pratique, ils l'envisagent malgré tout comme interprétation possible avec pour conséquence que le critère selon lequel les actions en justice seraient soumises à un délai de prescription différent selon qu'elles concernent des prestations médicales remboursées par la mutuelle ou des prestations non remboursées par elle, risque de provoquer une certaine confusion étant donné que ni le juge ni le patient ne disposeraient des informations nécessaires à cet égard (H. Vuye et P. Wéry, *idem*, p. 98, n° 15) ;*

que nous estimons à ce propos qu'il devrait s'agir de la seule interprétation logique et éthique du texte de l'article 2277bis du Code civil à la lumière des travaux préparatoires et de cette étude doctrinale, d'une part, parce que le Ministre de la Justice a confirmé cette interprétation, d'autre part, parce qu'elle correspond à l'esprit de ce que les parlementaires qui l'ont discuté ont envisagé comme modification en tenant compte exclusivement du paramètre et de la comparaison avec l'intervention de la mutualité et, enfin parce que, conformément à l'interprétation stricte d'une règle dérogatoire, il n'y a pas lieu de l'appliquer à des créances de nature différente, à savoir en l'occurrence la partie des frais demeurant à charge du patient et qui par essence, s'agissant de sa contribution personnelle, ne lui donne aucun droit de remboursement auprès de sa mutualité ;

que pour être complet et comme le souligne [la défenderesse], il existe même un risque d'abus en ce sens que le patient de mauvaise foi bénéficiant de services d'urgence qui se voit muni d'une facture et d'un bon vert de remboursement de coût de l'ensemble des frais exposés pourrait se faire payer ledit remboursement de l'ensemble des frais visés par la mutualité sans jamais devoir déboursier la moindre intervention en invoquant pareille prescription de courte durée ;

que, partant, l'article 2277bis du Code civil doit s'interpréter en ce sens que son champ d'application ne concerne que des prestations médicales remboursées par la mutuelle, de sorte que les prestations médicales non remboursées par la mutuelle sont prescrites par 10 ans conformément au principe général confirmé à l'article 2262bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code civil ».

Griefs

L'article 2277bis du Code civil (art. 64 de la loi du 6.8.1993) dispose, en termes généraux, que « l'action des prestataires de soins pour les prestations, biens et services médicaux qu'ils ont fournis y compris l'action pour frais supplémentaires, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis. Il en va de même en ce qui concerne les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires qui ont été fournis ou facturés par l'établissement de soins ou par des tiers ».

Le jugement attaqué décide néanmoins que cet article « doit s'interpréter en ce sens que son champ d'application ne concerne que des prestations médicales remboursées par la mutuelle, de sorte que les prestations médicales non remboursées par la mutuelle sont prescrites par 10 ans conformément au principe général confirmé à l'article 2262bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code civil ».

Le jugement attaqué subordonne ainsi l'application dudit article 2277bis à une condition que cet article n'énonce pas, à savoir qu'il devrait s'agir de prestations médicales remboursées par la mutuelle.

Le jugement refuse dès lors illégalement d'appliquer l'article 2277bis à l'action originaire dirigée contre la demanderesse et par suite rejette illégalement le moyen de prescription invoqué par la demanderesse sur la base de cet article (violation de l'art. 2277bis du C. civ.).

Par voie de conséquence, le jugement attaqué viole l'article 2262bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code civil en le déclarant illégalement applicable à l'action originaire dirigée contre la demanderesse alors que c'était l'article 2277bis du même code qui était applicable à cette action.

III. La décision de la Cour

Aux termes de l'article 2277bis du Code civil, l'action des prestataires de soins pour les prestations, biens ou services médicaux qu'ils ont fournis, y compris l'action pour frais supplémentaires, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis et il en va de même en ce qui concerne les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires qui ont été fournis ou facturés par l'établissement de soins ou par des tiers.

Cette disposition est applicable à toute action en paiement de prestations, biens et services médicaux, sans qu'il y ait lieu de distinguer selon que ceux-ci sont remboursables par un organisme assureur ou non.

Les travaux préparatoires d'une loi ne peuvent être invoqués à l'encontre du texte légal clair et précis de celle-ci. Il n'y a pas lieu de distinguer là où la loi ne distingue pas.

Le jugement attaqué, qui décide que « l'article 2277bis du Code civil doit s'interpréter en ce sens que son champ d'application ne concerne que des prestations médicales remboursées par la mutuelle, de sorte que les prestations médicales non remboursées par la mutuelle sont prescrites par dix ans conformément au principe général confirmé à l'article 2262bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code civil », viole les dispositions légales visées au moyen.

Le moyen est fondé.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR

Casse le jugement attaqué en tant qu'il statue sur la demande principale et sur les dépens ;

...

COUR DU TRAVAIL DE GAND, section de Bruges, 18 mai 2006

Président : M. MESTDAGH – Substitut général : Mme VERHOFSTADT

Loi visant à instituer la Charte de l'assuré social, articles 2, 8°, 15 et 23 – Les droits de récupération par un organisme assureur ne sont pas rendus définitifs par la notification de la décision de récupération contre laquelle aucun recours n'a été introduit dans le délai – Décision non revêtue de la présomption de légalité

Code civil, article 2248 – Renonciation à la prescription

L'acte administratif, qui consiste pour un organisme assureur à communiquer au titulaire qu'il a indûment perçu des indemnités de maladie et à le prier de rembourser le montant indu ne confère pas à l'organisme assureur de titre exécutoire. Les organismes assureurs ne peuvent pas récupérer les indemnités indûment payées par l'intervention de l'Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines, sans devoir s'adresser au juge, quand l'intéressé reste en défaut de satisfaire à ce qui a été demandé. La récupération des indemnités de maladie par l'organisme assureur n'est donc pas effectuée suite à une décision revêtue de la présomption de légalité.

Une notification par une institution de sécurité sociale qui ne produit pas d'effets juridiques directs et qui n'a pas de force exécutoire, n'est pas un acte administratif tel que visé aux articles 1 et 2 de la loi relative à la motivation formelle des actes administratifs et n'est par conséquent pas non plus une décision telle que visée à l'article 2, 8°, de la loi visant à instituer la Charte de l'assuré social. Etant donné que la notification n'est pas une décision telle que visée à l'article 2, 8°, de la loi visant à instituer la Charte de l'assuré social, elle n'est pas davantage une décision de répétition telle que visée à l'article 15 de la loi visant à instituer la Charte de l'assuré social, qui, en vertu de l'article 23 de cette même loi, est définitive en cas de non-introduction d'un recours dans un délai de trois mois. Cela signifie que les droits de récupération n'ont pas été fixés définitivement par la notification de l'organisme assureur, de sorte que la Cour du travail peut statuer sur toutes les facettes de la répétition.

Aucune renonciation à la prescription acquise ne peut être déduite du simple fait de signer une reconnaissance de dettes, acte qui, conformément à l'article 2248 du Code civil, interrompt uniquement la prescription.

Organisme assureur c./ D.G. et INAMI

(R.G. 05/122)

...

2. Het voorwerp van de betwisting

De eerste geïntimeerde werd arbeidsongeschikt erkend vanaf 5 augustus 1992 en werd door de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) van het RIZIV verder arbeidsongeschikt erkend tot 31 mei 2010. Op 7 september 1992 besliste de adviserend geneesheer van appellant dat de arbeidsongeschiktheid van eerste geïntimeerde het gevolg is van het arbeidsongeval dat hem was overkomen op 11 december 1985, zodat de ziekte-uitkeringen overeenkomstig artikel 136, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (ZIV-Wet 1994), dienen verminderd te worden met de arbeidsongevallenrente.

Bij een controlebezoek afgelegd van 27 tot 30 augustus 2001 stelde de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV vast dat de appellant had nagelaten om de ziekte-uitkeringen te verminderen met de dagbedragen van het arbeidsongeval voor de ongeschiktheidsgraad van 12 % (rente arbeidsongeval) en 20 % (aanpassingsbijslag) volgens de beschikbare bijdragebons, waardoor aan eerste geïntimeerde een bedrag van 14.863,65 EUR (599.997 frank) ten onrechte werd uitbetaald over de periode van 1 januari 1995 tot 31 augustus 2001.

Bij aangetekende brief van 17 oktober 2001 deelde appellant aan eerste geïntimeerde mede dat hij een bedrag van 14.863,65 EUR ten onrechte had ontvangen over de periode van 1 januari 1995 tot 31 augustus 2001 en dat appellant wettelijk verplicht was om de ten onrechte betaalde uitkeringen terug te vorderen. Bij aangetekende brief van 14 augustus 2002 deelde appellant aan eerste geïntimeerde mede dat hij bovendien nog een bedrag van 160,86 EUR ten onrechte had ontvangen over de periode van 1 januari 1995 tot 31 mei 2002. In beide aangetekende brieven werd vermeld dat appellant de beslissing tot terugvordering kon aanvechten voor de bevoegde arbeidsrechtbank en wel binnen de drie maanden na de kennisgeving.

Bij brief van 3 september 2002 bracht appellant aan eerste geïntimeerde ter kennis dat zijn aanvraag tot gehele of gedeeltelijke vrijstelling van terugvordering door het RIZIV werd afgewezen en dat appellant vanaf 1 september 2002 in toepassing van artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek zou overgaan tot inhouding van 10 % op de hem uitgekeerde ziektevergoedingen.

Bij verzoekschrift, neergelegd ter griffie van de Arbeidsrechtbank te Veurne op 30 oktober 2002, verklaart eerste geïntimeerde beroep aan te tekenen tegen de beslissingen van appellant d.d. 17 oktober 2001, 14 augustus 2002 en 3 september 2002 en tegen de beslissing van tweede geïntimeerde waarbij het verzoek tot gehele of gedeeltelijke vrijstelling van terugvordering werd afgewezen. Hij vordert de bestreden beslissingen tot terugvordering over de periode van 1 januari 1995 tot 31 mei 2002, de beslissing van 3 september 2002 tot ambtshalve inhoudingen, alsook de beslissing tot weigering van het verzoek tot kwijtschelding, te vernietigen

en hem te herstellen in al zijn rechten; minstens te zeggen voor recht dat de terugvordering, rekening houdende met de tweejarige verjaringstermijn, dient herleid te worden; in uiterst ondergeschikte orde vraagt eerste geïntimeerde de ambtshalve inhoudingen minstens te halveren.

Bij conclusie, neergelegd ter griffie van de Arbeidsrechtbank te Veurne op 16 januari 2004, heeft appellant een tegeneis ingesteld, strekkende tot de veroordeling van eerste geïntimeerde tot terugbetaling van een saldo van 14 269,55 EUR.

Bij vonnis van de tweede kamer van de Arbeidsrechtbank te Veurne d.d. 14 april 2005 werden de vordering van eerste geïntimeerde en de tegenvordering van appellant ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond verklaard. De beslissingen van appellant d.d. 14 augustus 2002 en 3 september 2002 werden vernietigd. Er werd gezegd voor recht dat de terugvordering van de ten onrechte betaalde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen over de periode 1 januari 1995 tot en met 23 augustus 1998 verjaard is. Eerste geïntimeerde werd veroordeeld tot terugbetaling aan appellant van de ten onrechte ontvangen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor de periode van 24 augustus 1998 tot 31 mei 2002. Verder werd gezegd voor recht dat de inhoudingen bij toepassing van artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek moeten beperkt worden tot 5 % van de aan eerste geïntimeerde uitgekeerde ziektevergoedingen. Het meer gevorderde werd als ongegrond verworpen. Appellant en tweede geïntimeerde werden veroordeeld tot de kosten van het geding.

...

4. Beoordeling

...

4.2. Appellant stelt ten onrechte dat zijn beslissing d.d. 17 oktober 2001 definitief is geworden aangezien eerste geïntimeerde ertegen geen verhaal heeft ingesteld binnen de termijn van 3 maanden voorzien bij artikel 23 van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde (Wet Handvest Sociaal Verzekerde).

Volgens artikel 2, 8°, van de Wet Handvest Sociaal Verzekerde wordt voor de uitvoering en de toepassing van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten onder "beslissing" verstaan : de eenzijdige rechtshandeling met individuele strekking die uitgaat van een instelling van sociale zekerheid en die beoogt rechtsgevolgen te hebben voor één of meer verzekerden. Deze definitie van "beslissing" is gelijklopend aan de definitie die in artikel 1 van de Wet Motivering Bestuurshandelingen wordt gegeven van het begrip "bestuurshandeling".

Een handeling die uitgaat van een administratieve overheid is slechts onderworpen aan de Wet Motivering Bestuurshandelingen indien het gaat om een rechtshandeling, d.w.z. een doelbewuste handeling waarbij een wijziging in een rechtsregel of een rechtstoestand wordt betracht of wordt belet, die op eenzijdige wijze tot stand komt en die uitvoerbaar is (J. VANDE LANOTTE & E. CEREXHE, *De motiveringsplicht van bestuurshandelingen*, Die Keure, 1992, blz. 23-24; I. OPDEBEEK & A. COOLSAET, *Formele motivering van bestuurshandelingen*, Die Keure, 1999, nr. 59, blz. 50-51). Het moet bijgevolg gaan om een beslissing die directe rechtsgevolgen teweegbrengt en een uitvoerbare kracht heeft, waarbij het bestuur zich kan beroepen op het voorrecht van de directe tenuitvoerlegging en zich niet eerst tot de rechter hoeft te wenden alvorens zijn beslissing te kunnen uitvoeren (J. VANDE LANOTTE & E. CEREXHE, o.c., blz. 24), een beslissing die dus is bekleed met het vermoeden van wettigheid of het zogenaamde "privilège du préalable". Handelingen die aan een beslissing voorafgaan, zoals louter voorbereidende handelingen, ingebrekestellingen, verwittigingen en aanmaningen, zijn niet onderworpen aan de Wet

Motivering Bestuurshandelingen. Dit is evenmin het geval voor feitelijke vaststellingen en voor het verstrekken van inlichtingen, meningen of intenties (I. OPDEBEEK & A. COOLSAET, o.c. nrs. 62, 66 en 68).

Een kennisgeving door een socialezekerheidsinstelling die geen directe rechtsgevolgen teweegbrengt en geen uitvoerbare kracht heeft is geen bestuurshandeling als bedoeld in de artikelen 1 en 2 van de Wet Motivering Bestuurshandelingen (Cass., 18 december 2000, *J.T.T.*, 2001, 181; Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 8 juli 1999, onuitg., inzake NV R. t./ R.S.Z., A.R. nr. 97/230; Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 4 november 1999 onuitg., inzake BVBA C. t./R.S.Z., A.R. nr. 98/243) en is bijgevolg ook geen beslissing zoals bedoeld in artikel 2, 8°, van de Wet Handvest Sociaal Verzekerde.

De zogenaamde beslissing tot terugvordering van 17 oktober 2001 is geen rechtshandeling die uitvoerbare kracht heeft. De administratieve handeling waarbij een verzekeringsinstelling aan de gerechtigde mededeelt dat hij ten onrechte ziekte-uitkeringen heeft ontvangen en waarbij de betrokkene wordt verzocht om het onverschuldigd ontvangen bedrag terug te betalen verleent aan de verzekeringsinstelling geen uitvoerbare titel. Anders dan bijvoorbeeld de RVA kunnen de verzekeringsinstellingen de onverschuldigd betaalde uitkeringen niet invorderen door het toedoen van de Administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991, zonder zich tot de rechter te moeten wenden, wanneer de gerechtigde in gebreke blijft te voldoen aan het gevraagde. De verzekeringsinstelling dient zich integendeel tot de rechter te wenden om een uitvoerbare titel te bekomen, hetgeen appellant overigens juist heeft gedaan bij middel van de tegeneis die hij op 16 januari 2004 heeft ingesteld.

De kennisgeving van de zogenaamde beslissing tot terugvordering van 17 oktober 2001 heeft in feite slechts de draagwijdte van een ingebrekestelling waarmee de verjaring, voorzien in artikel 174, eerste lid, 5°, van de ZIV-Wet 1994, overeenkomstig artikel 174, vierde lid van de ZIV-Wet 1994 wordt gestuit. Het feit dat de verzekeringsinstelling na verloop van drie maanden ambtshalve een inhouding kan doen op latere prestaties ten belope van 10 % van iedere latere prestatie, voor zover de in artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek omschreven situatie zich voordoet en de voorwaarden van artikel 1410, § 5, van het Gerechtelijk Wetboek vervuld zijn, houdt niet in dat de kennisgeving van de terugvordering niet louter een ingebrekestelling vormt maar een beslissing zou uitmaken die bekleed is met het vermoeden van wettigheid (Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 20 maart 2003, onuitg., inzake V.I. t./J.D., A.R. nr. 2001/385; Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 4 maart 2004, onuitg., inzake R.B. t./V.I., A.R. nr. 2003/096; Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 16 december 2004, onuitg., inzake V.I. t./R.D., A.R. nr. 2003/016).

De terugvordering van ziekte-uitkeringen door het ziekenfonds gebeurt dus niet bij beslissing die bekleed is met het vermoeden van wettigheid. Dit is historisch te verklaren door het feit dat de ziekenfondsen geen openbare instellingen zijn maar private meewerkende instellingen. In de kinderbijslagregeling doet zich hetzelfde voor met betrekking tot de toekenning, weigering en terugvordering van prestaties door de kinderbijslagfondsen (Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 19 juni 2003, onuitg., inzake RKW t./A.D. en VZW S.V.M. & S., A.R. nr. 2002/084; Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 2 september 2004, onuitg., inzake RKW t./R.D. en R.V., A.R. nr. 2002/037).

De kennisgeving van appellant d.d. 17 oktober 2001 kan bijgevolg niet beschouwd worden als de kennisgeving van een beslissing, zoals bedoeld bij artikel 2, 8°, van de Wet Handvest Sociaal Verzekerde, maar heeft slechts de draagwijdte van een inlichting omtrent het standpunt en de intenties van appellant, enerzijds, en van een ingebrekestelling, anderzijds.

Vermits de kennisgeving van appellant d.d. 17 oktober 2001 geen beslissing is zoals bedoeld bij artikel 2, 8°, van de Wet Handvest Sociaal Verzekerde is het ook geen beslissing tot terugvordering, zoals bedoeld bij artikel 15 van de Wet Handvest Sociaal Verzekerde, die krachtens artikel 23 van die wet definitief zou geworden zijn door het uitblijven van een beroep binnen de termijn van drie maanden. Dit betekent dat de rechten op terugvordering niet voorgoed werden vastgelegd door de brief van appellant d.d. 17 oktober 2001, zodat het Arbeidshof in dezen alle facetten van de terugvordering kan beoordelen (Arbh. Gent, afd. Brugge, 8 april 2003, *R.A.B.G.*, 2004, 903, noot B. LIETAERT, 909; Arbh. Gent, afd. Brugge, 6de kamer, 16 december 2004, onuitg., inzake V.I. t./ T.L., A.R. nr. 2004/231).

4.3. Eerste geïntimeerde heeft nooit betwist dat hij de prestaties die appellant terugvordert ten onrechte heeft ontvangen. Het blijkt inderdaad genoegzaam uit de gegevens van het dossier dat eerste geïntimeerde voor de periode vanaf 1 januari 1995 tot en met 30 april 2002 in totaal 15.024,51 EUR heeft ontvangen doordat appellant had nagelaten om de arbeidsongevallenvergoeding in toepassing van artikel 136, § 2, van de Z.I.V.-Wet 1994 in mindering te brengen op het dagbedrag van de ziekte-uitkering.

Overeenkomstig artikel 164, eerste lid, eerste volzin, van de Z.I.V.-Wet 1994 is hij die, ten gevolge van een vergissing of bedrog, ten onrechte prestaties heeft ontvangen van de uitkeringsverzekering, verplicht de waarde ervan te vergoeden aan de verzekeringsinstelling die ze heeft verleend. Deze bepaling bevestigt slechts het burgerrechtelijk beginsel, bepaald in de artikelen 1376 en 1377 van het Burgerlijk Wetboek, dat hij die bij vergissing of met zijn weten iets ontvangen heeft dat hem niet verschuldigd was, verplicht is het terug te geven aan degene van wie hij het ontvangen heeft zonder dat het verschuldigd was.

Terugvordering van het onverschuldigd betaalde, waaronder ook terugvordering van de waarde der prestaties die ten onrechte ten laste van de uitkeringsverzekering werden verleend, is slechts aan twee voorwaarden onderworpen, enerzijds een betaling, en anderzijds het onverschuldigd karakter hiervan, m.a.w. het ontbreken van een oorzaak (Cass. 1 december 1989, *Arr. Cass.*, 1989-90, 595). Het is zelfs zonder belang dat de onverschuldigde betaling het gevolg zijn van een onverschoonbare dwaling in hoofde van de verzekeringsinstelling (Cass. 1 december 1989, *Arr. Cass.*, 1989-90, 455).

Het feit dat eerste geïntimeerde de ten onrechte genoten uitkeringen te goeder trouw had verkregen, zoals hij inriep in het verzoek aan de leidend ambtenaar van het RIZIV om kwijtschelding te verlenen, doet dan ook geen afbreuk aan de verplichting om de onverschuldigd uitbetaalde prestaties terug te betalen.

4.4. Overeenkomstig artikel 174, eerste lid, 5°, van de ZIV-Wet 1994 verjaart de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn uitbetaald. Een ter post aangetekend schrijven volstaat om deze verjaring te stuiten en deze stuiting kan worden hernieuwd (art. 174, vierde lid, van de ZIV-Wet 1994).

Artikel 174 van de ZIV-Wet 1994 voert een verjaringsstelsel in waarop, behoudens uitdrukkelijke afwijking, het gemene recht van toepassing is (Cass. 30 juni 1997, *J.T.T.*, 1997, 437). Behoudens de bijzondere wijzen van stuiting en schorsing van de verjaring die uitdrukkelijk zijn voorzien in artikel 174 van de ZIV-Wet 1994 zijn de gemeenrechtelijke regelen van toepassing. Hierdoor geldt ook de regel dat men vooraf geen afstand kan doen van de verjaring maar dat men wel afstand kan doen van een verkregen verjaring (art. 2220 van het B.W.), evenals de regel dat de erkenning van het recht van hem tegen wie de verjaring loopt, door de schuldenaar of de bezitter gedaan, de verjaring stuit (art. 2248 van het B.W.).

Afstand van verjaring kan overeenkomstig artikel 2221 van het Burgerlijk Wetboek zowel uitdrukkelijk als stilzwijgend geschieden. De stilzwijgende afstand wordt afgeleid uit een daad die doet veronderstellen dat men zijn verkregen recht heeft laten varen. De verzaking aan een recht moet echter strikt worden geïnterpreteerd en kan enkel worden afgeleid uit feiten die voor geen andere interpretatie vatbaar zijn (Cass. 26 februari 1987, *J.T.T.*, 1987, 343).

Uit het enkele feit dat eerste geïntimeerde een schuldbekentenis heeft ondertekend op 25 oktober 2001, handeling die overeenkomstig artikel 2248 van het Burgerlijk Wetboek de verjaring louter stuit, kan nog geen afstand van de verkregen verjaring worden afgeleid, te meer eerste geïntimeerde de schuldbekentenis heeft ondertekend om de kwijtschelding van de terugvordering te kunnen bekomen. De eerste rechter was bijgevolg geheel terecht van oordeel dat het ondertekenen van een schuldbekentenis op 25 oktober 2001 niet impliceert dat eerste geïntimeerde afstand deed van de reeds verkregen verjaring.

Appellant kan evenmin worden gevolgd waar hij stelt dat eerste geïntimeerde het recht om de verjaring in te roepen heeft verwerkt.

Volgens de Nederlandse theorie van de rechtsverwerking gaat een subjectief recht teniet, of kan het althans niet meer worden aangevoerd, wanneer de houder van dat recht, zonder vrijwillig uitdrukkelijk of stilzwijgend ervan afstand te doen, een houding aanneemt die objectief onverenigbaar is met dat recht, waardoor hij aldus het gewettigd vertrouwen van de schuldenaar en van derden misleidt. Er bestaat evenwel geen algemeen rechtsbeginsel met die draagwijdte (Cass. 17 mei 1990, *R.W.*, 1990-91, 1085; Cass. 6 december 1991, *Arr. Cass.* 1991-92, 315; Cass. 20 februari 1992, *Arr. Cass.* 1991-92, 583; *Arbh. Gent*, afd. Brugge, 16 maart 1992, *J.T.T.*, 1993, 29; *Arbh. Antwerpen*, 19 maart 1995, *J.T.T.*, 1996, 149).

Ook in graad van hoger beroep ligt er geen bewijs voor dat de brieven van 29 januari 1997 en 20 augustus 1998 daadwerkelijk aangetekend werden verzonden zodat met de eerste rechter moet worden aangenomen dat de verjaring van de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties pas voor het eerst werd gestuit op 24 augustus 2000.

De vordering van appellant is bijgevolg verjaard voor wat betreft de periode vóór 1 augustus 1998, en niet 24 augustus 1998 zoals door de eerste rechter werd aangenomen. De verjaring begint immers pas te lopen na het einde van de maand waarin de prestaties werden uitbetaald zodat voor alle prestaties die in augustus 1998 werden uitbetaald de verjaring pas zou intreden op 1 september 2000.

Over de periode van 1 tot en met 23 augustus 1998 heeft eerste geïntimeerde $20 \times (1\,162 - 874) = 5\,760$ frank of 142,79 EUR ten onrechte ontvangen, zodat hij in totaal 7 210,41 EUR effectief dient terug te betalen. Rekening houdende met de verrichte inhoudingen blijft hij nog een saldo van 4 552,49 EUR verschuldigd.

De tegenvordering van appellant is bijgevolg slechts gegrond ten belope van een bedrag van 4 552,49 EUR.

4.5. Overeenkomstig artikel 1410, § 4, zesde lid, van het Gerechtelijk Wetboek wordt de ambtshalve terugvordering ten belope van 10 % van iedere latere prestatie die aan de debiteur van het onverschuldigde bedrag wordt uitgekeerd naargelang het geval geschorst of beperkt indien de debiteur het bewijs levert dat het inkomen, zoals berekend volgens de principes vastgelegd in de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum (Bestaansminimumwet), lager ligt of komt te liggen ingevolge de ambtshalve terugvordering, dan het bedrag van het bestaansminimum naargelang de onderscheiden categorieën vastgelegd in dezelfde wet.

Uit de eigen verklaring van eerste geïntimeerde blijkt dat hij in december 2004 na inhouding een vervangingsinkomen had van 892,64 EUR (stuk 7 eerste geïntimeerde). In 2004 bedroeg het leefloon voor een alleenstaande 613,33 EUR per maand zodat vaststaat dat de voorwaarde om de ambtshalve terugvordering te kunnen beperken in dezen niet is vervuld.

OP DIE GRONDEN,

HET ARBEIDSHOF,

...

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond:

Vernietigt het vonnis van de tweede kamer van de Arbeidsrechtbank te Veurne d.d. 14 april 2005, behoudens in zoverre het appellant en de tweede geïntimeerde tot de kosten van het geding veroordeelt en deze kosten begroot;

En, voor zover het bestreden vonnis werd tenietgedaan, opnieuw wijzende,

Verklaart de oorspronkelijke vordering van eerste geïntimeerde en de tegenvordering van appellant beiden ontvankelijk en in de navolgende mate gedeeltelijk gegrond.

Zegt voor recht dat de terugvordering van de ten onrechte betaalde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen over de periode van 1 januari 1995 tot en met 31 juli 1998 verjaard is.

Veroordeelt eerste geïntimeerde tot terugbetaling aan appellant van een bedrag van 4.552,49 EUR (vierduizend vijfhonderd tweeënvijftig euro en negenenveertig cent), onder aftrek van de inhoudingen die appellant verder heeft verricht sinds 28 december 2005.

Wijst het meergevorderde af als ongegrond.

...

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES, 29 juin 2006

Code civil, article 2 – Application de la loi dans le temps – Non rétroactivité

Le principe général de droit de la non rétroactivité des arrêtés réglementaires s'accommode de l'application immédiate de la disposition réglementaire nouvelle non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur mais aussi aux effets futurs des situations nées sous le régime de la loi ancienne qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés. Les situations juridiquement révolues sous l'empire de la loi ancienne échappent complètement à la loi nouvelle.

Organisme assureur c./INAMI

(R.G. 43608)

...

II. Objet de l'appel

Il sied de rappeler que l'O.A. a inscrit le 17 août 1993, Madame D. en qualité de ménagère, personne à charge de Madame S. avec effet rétroactif au 1^{er} juin 1991.

L'O.A. estime avoir fait une correcte application de l'article 169, alinéa 5 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 tel que modifié par l'arrêté royal du 16 septembre 1992.

L'INAMI a toutefois considéré que c'était à tort que l'O.A. avait procédé à cette inscription avec effet rétroactif au 1^{er} juin 1991. Il a pris une décision en ce sens (constatation notifiée le 12.4.1994 sous le numéro 701.689).

L'O.A. a contesté cet acte administratif par citation du 13 mai 1994.

Saisi de cette contestation, le premier juge a constaté d'emblée qu'il n'était plus contesté que Madame D. était en ordre pour le remboursement des prestations de santé « gros risques ».

Le premier juge a toutefois considéré que Madame D. ne pouvait être inscrite comme ménagère, personne à charge de Madame S. qu'à partir du 1^{er} octobre 1992, date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 16 septembre 1992, modifiant l'article 169, alinéa 5 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963, si la preuve qu'elle forme un seul et même ménage avec celle-ci est fournie.

Il a estimé qu'il ne pouvait être question de suivre l'interprétation de l'O.A. qui soutient qu'elle peut faire débiter l'inscription à la date du 1^{er} juin 1991.

Le premier juge a précisé à ce propos que même si la situation prise en compte existait à partir de cette date, ce qui n'était pas établi, cette situation ne pouvait justifier une inscription rétroactive qu'au plus tôt à l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 16 septembre 1992, soit le 1^{er} octobre 1992.

Le premier juge a donc aux termes de son jugement rendu le 23 novembre 2001, débouté l'O.A. de son action.

En termes de requête d'appel, l'O.A. n'élève aucun grief contre le jugement déféré en ce que celui-ci constate qu'il n'est plus contesté que Madame D. était en ordre pour le remboursement des prestations de santé « gros risques ».

En ce qui concerne l'inscription de Madame D. comme personne à charge de Madame S. pour les petits risques avec effet rétroactif au 1^{er} juin 1991, l'O.A. expose dans sa requête d'appel qu'elle n'entend pas contester la définition que l'INAMI donne de l'application immédiate de la loi nouvelle à savoir que la loi nouvelle peut s'appliquer aux effets futurs de situations nées sous l'empire de la loi ancienne, mais qu'elle ne peut pas régir des situations nées et définitivement accomplies avant son entrée en vigueur. Elle entend toutefois démontrer que l'INAMI se méprend sur la portée qu'il y a lieu de donner aux situations nées et définitivement accomplies avant l'entrée en vigueur de la loi nouvelle.

L'O.A. soutient qu'il y a lieu de vérifier en l'espèce si la situation qui a donné lieu à l'application de l'article 169, alinéa 5 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 dans le cas de Mme D. et ce, avec effet rétroactif au 1^{er} juin 1991 était définitivement révolue avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 16 septembre 1992, soit le 1^{er} octobre 1992.

L'O.A. précise que la situation dont il est question est en réalité, l'acquisition de la qualité de personne à charge de Madame S. par Madame D., situation qui perdure depuis octobre 1972 sans la moindre interruption.

L'O.A. sollicite partant la Cour d'annuler la décision administrative querellée, de dire pour droit que c'est à juste titre qu'elle a inscrit Madame D. à charge de Madame S., et qu'elle n'est par conséquent pas tenue de régulariser la situation de Madame D. à ce sujet ni de rechercher à récupérer les prestations de santé dans le régime des petits risques.

III. En droit

Il convient de rappeler que l'article 2 du Code civil, aux termes duquel la loi ne dispose que pour l'avenir et n'a point d'effet rétroactif, consacre un principe général de droit auquel seule la loi peut déroger pourvu qu'elle exprime sur ce point clairement sa volonté (voyez Cass, 15 avr. 1991, *Bull.* et *Pas.*, 1991, I, n° 425 et références citées en notes 1 et 2, p. 731).

En ce qui concerne les arrêtés réglementaires, la non rétroactivité s'analyse en un principe général de droit qui ne peut souffrir aucune dérogation (Cass. 22 janv. 1996, R.G. S.9511.F, en cause de la Ville de Liège c./BROEN).

Il faut cependant encore cerner la portée du principe rappelé ci-avant, lequel s'accommode de l'application immédiate de la loi nouvelle – ou de la disposition réglementaire nouvelle – non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur mais aussi aux effets futurs des situations nées sous le régime de la loi ancienne qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, *pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés.*

En l'espèce, au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle disposition, le droit de Madame D. apparaît irrévocablement fixé en ce que son inscription n'ayant pas été demandée précisément avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, son droit aux prestations n'était pas ouvert, l'article 172 qui lui était applicable disposant que le droit aux prestations ne s'ouvrait au plus tôt que le jour où l'inscription était sollicitée.

La situation *juridique* de l'intéressée était donc définitivement révolue au moment de l'abrogation de l'ancienne réglementation, et ce même si sa situation de fait a pu demeurer identique.

Comme l'a pertinemment précisé DEPAGE, « Les situations *juridiquement révolues* sous l'empire de la loi ancienne échappent donc complètement à la loi nouvelle » (DEPAGE, Livre Ier, Titre IV – Théorie générale des lois).

La Cour entend préciser que raisonner autrement et suivre la thèse de l'O.A. amènerait au constat de ce qu'à supposer que l'inscription de Madame D. ait pu rétroagir au 1^{er} juin 1991, cette dernière se serait trouvée dans une situation plus favorable que celle d'autres assurés se trouvant dans une situation de fait identique mais ayant sollicité leur inscription juste avant l'abrogation de la loi ancienne.

Il convient enfin de relever, pour autant que de besoin, - *quod non* eu égard à ce qui précède – que l'O.A. ne fournit aucune explication en ce qui concerne la seconde condition qui eût dû être remplie, pour permettre l'inscription de Madame D. dans le régime des petits risques pendant la période litigieuse, à savoir le fait qu'elle formait un seul et même ménage avec Madame S., alors que le premier juge a clairement considéré que les éléments produits afférents à cette condition n'étaient pas suffisants et que l'INAMI entend également les considérer insuffisants soutenant qu'une attestation de l'agent de quartier était nécessaire.

L'O.A. se contente d'alléguer en conclusions que Madame D. habitait sous le même toit que Madame S. et s'occupait du ménage de celle-ci sans préciser en quoi les documents déjà produits devant le premier juge répondent, en ce qui concerne la preuve du fait allégué, au prescrit de la réglementation.

Il résulte de l'ensemble des motifs développés ci-avant que l'appel n'est pas fondé.

Le jugement déféré doit par conséquent être confirmé.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

...

Reçoit l'appel,

Le déclare non fondé,

...

CONSEIL D'ETAT, section d'administration, arrêt n° 160.994 du 5 juillet 2006

Présidente : Mme WILLOT-THOMAS – Auditeur : M. AMELYNCK

Loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs

La décision par laquelle l'autorité compétente admet une spécialité pharmaceutique au remboursement et en fixe les conditions ne constitue pas un acte administratif unilatéral soumis à l'obligation de motivation formelle.

S.A. N.P. c./Etat belge

...

Considérant que la requérante prend un moyen, le deuxième de la requête, « de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ainsi que de la violation des formalités substantielles ou prévues à peine de nullité » ; qu'elle soutient que l'acte attaqué n'indique pas les considérations de fait et de droit qui lui ont servi de fondement, alors que, en ce qu'il vise nommément la spécialité dénommée N., il s'agit d'un acte juridique unilatéral de portée individuelle qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard de la requérante et que, dès lors, il devait être formellement motivé ; qu'elle affirme encore que les seuls motifs exprimés ne visent qu'à tenter de justifier l'urgence, en vue d'imposer à la section de la législation un avis dans un délai ne dépassant pas trois jours ;

Considérant que la partie adverse répond, à titre principal, que l'acte attaqué n'entre pas dans le champ d'application de la loi du 29 juillet 1991, précitée, qu'il ne s'agit pas d'un acte de portée individuelle, mais que, par sa permanence et son degré de généralité, il présente un caractère réglementaire, qu'il n'épuisera pas ses effets par son application à un cas concret et qu'il concerne tous les citoyens qui pourront demander l'intervention de l'assurance maladie-invalidité en vue d'obtenir le remboursement ;

Considérant que la requérante réplique qu'un même acte administratif peut être de portée individuelle en certaines de ses dispositions et de portée réglementaire en certaines autres et que la disposition attaquée est bien de portée individuelle ;

Considérant que, dans son dernier mémoire, la partie adverse rappelle que, de l'avis de la section de législation, si l'établissement de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables " peut avoir une portée individuelle, non réglementaire, pour ce qui concerne ses effets à l'égard de firmes pharmaceutiques bien déterminées dont le produit figure éventuellement sur la liste, il est indéniable, néanmoins, que l'établissement de la liste revêt, en soi, un caractère réglementaire, ne fût ce qu'en raison des conséquences qui en découlent d'une manière générale pour les bénéficiaires sur le plan du régime de remboursement " (Doc. parl., Ch., sess. 2000-2001, n° 1322/001, pp. 155 et 156) ;

Considérant que la décision par laquelle l'autorité compétente admet une spécialité pharmaceutique au remboursement et en fixe les conditions n'intéresse pas seulement la firme pharmaceutique qui en assure la fabrication, mais encore et surtout l'ensemble des personnes qui pourraient avoir recours à cette spécialité ; qu'il serait inexact de qualifier une telle décision d'acte administratif unilatéral de portée individuelle émanant d'une autorité administrative et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs administrés ou d'une autre autorité administrative ; que, partant, une telle décision ne relève pas du champ d'application de la loi du 29 juillet 1991, précitée ; que le moyen manque en droit ;

...

*

* *

NOTE

1. Sur le plan strictement juridique, cet arrêt est important car le Conseil d'Etat se prononce clairement sur la question de la nature (réglementaire ou individuelle) de l'acte administratif admettant ou modifiant le remboursement d'une spécialité pharmaceutique.

Lors des divers recours portés devant le Conseil d'Etat, les firmes pharmaceutiques invoquaient tantôt le moyen pris du défaut de motivation formelle (la loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle applicable aux actes juridiques unilatéraux de portée individuelle) tantôt le moyen lié à la problématique de la (non) consultation de la section de législation du Conseil d'Etat (l'art. 3 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat prévoit que ladite section est uniquement compétente pour rendre des avis relativement aux projets d'actes de nature réglementaire).

Notons que certaines firmes n'hésitaient pas à invoquer les deux moyens, l'un intervenant subsidiairement à l'autre, même si ce procédé pouvait paraître contradictoire de prime abord.

2. Il n'est pas sans intérêt, ici, de souligner qu'en France, la doctrine et la jurisprudence avaient abordé le sujet auparavant.

Ainsi, Danièle CRISTOL et Jérôme PEIGNE avaient souligné que « les arrêtés portant inscription ou portant radiation sur la liste des médicaments remboursables, comme ceux fixant les taux de prise en charge, sont susceptibles d'être contestés par la voie du recours pour excès de pouvoir, étant entendu que ces arrêtés ont la nature d'actes *réglementaires* » (D. CRISTOL et J. PEIGNE, Le nouveau régime de la maîtrise des dépenses pharmaceutiques, Droit social, mai 2000, n°5, p. 538).

Dans un arrêt du 24 juin 1987, le Conseil d'Etat français avait déjà jugé, à propos d'un arrêté du 17 juin 1985 procédant à la radiation de la liste des médicaments remboursables et à la modification de taux de remboursement, qu'il s'agissait d'un arrêté de nature *réglementaire* ne devant pas être soumis aux dispositions de la loi française n°79.587 du 11 juillet 1979 concernant la motivation des décisions administratives individuelles.

Paul-André BRIFFEUIL
Attaché juriste
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
13 septembre 2006

Questions et réponses parlementaires

QUESTION n° 3-3218 posée le 18 août 2005 à Monsieur le Ministre des Affaires sociales par Monsieur le Sénateur VANDENBERGHE

(Bulletin n° 3-54, Sénat, session ordinaire 2005-2006, p. 4 764)

Secteur de la logopédie - traitement du bégaiement - mesures prises en concertation avec les organisations professionnelles de logopèdes - pas de mesures d'économie linéaires.

Le gouvernement a décidé une diminution drastique de budget relatif au traitement du bégaiement. Aussi, depuis le 1er août, les bégues doivent-ils se contenter d'une heure de thérapie au lieu de deux heures et demie(*). Pourtant, des études ont démontré qu'une heure est vraiment insuffisante.

Selon la *Vereniging voor Vlaamse Logopedisten (VVL)*, les mesures d'économie touchent non seulement les bégues mais aussi des personnes souffrant de troubles de l'apprentissage comme la dyslexie et la dyscalculie. Désormais, tous ces groupes n'ont plus droit qu'à 104 séances de trente minutes par an.

J'aimerais que l'honorable Ministre réponde aux questions suivantes.

1. Combien de personnes souffrant de bégaiement ou de troubles de l'apprentissage sont-elles traitées en Belgique par des logopèdes ?

2. L'honorable Ministre ne craint-il pas que ses mesures d'économies priveront les personnes atteintes de bégaiement ou de troubles de l'apprentissage d'un traitement adéquat ?

Réponse :

1. En ce qui concerne le traitement logopédique des troubles d'apprentissage, 1 621 277 séances individuelles de traitement individuel de 30 minutes et 228 583 séances individuelles de 60 minutes ont été comptabilisées au cours de l'année 2004.

Pour le bégaiement, 65 824 séances individuelles de traitement individuel de 30 minutes et 11 728 séances individuelles de 60 minutes ont été comptabilisées au cours de cette année.

2. Il ressort du rapport établi début 2005 par les services de l'INAMI à la demande du gouvernement que, pour le secteur de la logopédie, les estimations techniques adaptées pour 2004 ont été dépassées.

Afin d'éviter que l'objectif budgétaire 2005 pour la logopédie ne soit également dépassé et pour ne pas mettre la viabilité du système de sécurité sociale en danger, il était absolument indispensable que des mesures soient prises.

(*) A.R. des 26 et 27 juillet 2005 (respectivement régimes général et travailleurs indépendants), M.B. 29 juillet 2005.

Les mesures prises dans le secteur de la logopédie ne sont pas des mesures d'économie linéaires mais s'adressent à la cause du dépassement des estimations techniques, à savoir un accroissement des séances individuelles de traitement de 60 minutes qui n'est pas compensé par une diminution équivalente des séances individuelles de traitement de 30 minutes.

Ces mesures d'économie ont été prises en concertation avec les organisations professionnelles de logopèdes.

Je suis convaincu que ces mesures ne compromettent pas l'efficacité des traitements logopédiques des troubles de l'apprentissage et du bégaiement.

Parmi les nouvelles initiatives intégrées dans le budget 2006 pour le secteur de la logopédie, 1,068 millions d'EUR supplémentaire sera réservé exclusivement au traitement du bégaiement.

L'objectif est de supprimer la limite d'âge pour le bégaiement (*) (actuellement fixée à 5 ans).

En effet, des études scientifiques montrent qu'un traitement logopédique du bégaiement initié à un très jeune âge, est le plus efficient.

QUESTION n° 3-3665 posée le 28 octobre 2005 à Monsieur le Ministre des Affaires sociales par Madame la Sénatrice VAN DE CASTEELE

(Bulletin n° 3-53, Sénat, session ordinaire 2005-2006, p. 4 658)

Maximum à facturer - données statistiques pour 2003 et 2004 concernant les bénéficiaires au sein des familles et les sommes remboursées.

Le gouvernement a annoncé qu'il allait s'atteler à une intégration accélérée du maximum à facturer fiscal (MAF) dans le MAF social et à un abaissement du seuil de revenus pour les catégories supérieures.

En soi, c'est une excellente mesure. On peut toutefois se demander si cela n'entraînera pas pour le MAF un dérapage sur le plan des dépenses et s'il n'y a pas d'effets secondaires indésirables, comme le risque accru de double remboursement du ticket modérateur.

C'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer les effets du maximum à facturer pour les différents groupes cibles.

(*) lire : l'âge minimum pour l'intervention dans le traitement du bégaiement.

1. Combien de familles et d'ayants droit ont-ils pu prétendre en 2003 et 2004 au maximum à facturer social ou au maximum à facturer pour les petits revenus ?
2. Pour quel montant les organismes assureurs ont-ils effectué des remboursements en 2003 et 2004 ?
3. Quels sont ces montants, ventilés par province et par région ?
4. A combien de familles l'administration fiscale a-t-elle octroyé des remboursements dans le cadre de la franchise fiscale pour les exercices d'imposition 2003 et 2004 ?
5. Quels sont ces montants par région ?
6. L'honorable Ministre peut-il déjà éventuellement citer des chiffres partiels pour 2005 ?
7. Quelles mesures ont-elles été ou seront-elles encore prises pour éviter les doubles paiements et l'accessibilité, y compris financière, à l'assurance maladie est-elle ainsi mieux garantie ?

En réponse à ma demande d'explications n° 3-158 du 11 mars 2004 à ce sujet (Annales du Sénat, 2003-2004, n° 3-46, p. 5) l'honorable Ministre a signalé qu'en exécution de l'article 3 de la loi du 5 juin 2002 relative au MAF, il prendrait les mesures nécessaires pour que les mutuelles puissent indiquer, à la demande du CPAS, de l'INIG (lire : Institut des vétérans - Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre), de la police et d'autres organismes publics, s'il y a remboursement sur la base du MAF.

Quelles démarches ont-elles déjà été accomplies à cet effet ?

Il est plus difficile de lutter contre le double emploi avec les assurances complémentaires. La transmission d'informations des mutuelles vers les organismes d'assurance maladie n'est pas une bonne option. Comment l'honorable Ministre résoudra-t-il cela ? Cette transmission d'informations peut-elle s'opérer par le biais d'un fichier central ?

Une obligation de déclaration par le patient, comme cela figure dans nos propositions de loi, des remboursements - effectués dans le cadre de l'assurance complémentaire - de tickets modérateurs prévus dans la réglementation du MAF ne pourrait-elle être une solution ?

Réponse (extrait) :

En réponse aux questions de l'honorable Membre, je peux apporter les précisions suivantes :

1. Le MAF social a bénéficié, à respectivement environ 195 000 et 204 000 familles en 2003 et 2004. Cela représente chaque fois plus de 400 000 bénéficiaires.

En ce qui concerne le MAF revenus, y compris le MAF enfants, il a bénéficié à quelque 214 000 familles, tant en 2003 qu'en 2004. Je vous communiquerai un tableau avec le détail de ces données.

2. Pour le MAF social, les montants remboursés en 2003 et 2004 s'élèvent respectivement à 62,9 et 75,6 millions d'EUR. Pour les autres MAF exécutés par les organismes assureurs, il s'agit respectivement de 91,3 et 105,1 millions d'EUR pour ces mêmes années 2003 et 2004.

3. La ventilation de ces montants par province ou par région n'est pas disponible.

4. et 5. En ce qui concerne le MAF fiscal, seules les données relatives à l'exercice fiscal 2003 et 2004 (revenus 2002 et 2003) sont disponibles. Celles de l'exercice 2005 sont actuellement traitées par l'administration fiscale. Il s'agit des données qui ont été traitées sur base du délai d'imposition. En ce qui concerne l'exercice d'imposition 2004, des versements ont été réalisés à 93 000 ménages de Flandre, à 70 227 ménages de Wallonie et à 15 605 ménages de Bruxelles (respectivement 52,1 %, 38,4 % et 9,5 % des montants). Les montants remboursés dans le cadre du MAF fiscal en 2003 et 2004 s'élèvent respectivement à 45,8 millions d'EUR et 42,9 millions d'EUR.

(...)

QUESTION n° 572 posée le 3 novembre 2005 à Monsieur le Ministre des Affaires sociales par Madame la Représentante AVONTROODT

(Bulletin n° 112, Chambre, session ordinaire 2005-2006, p. 21 304)

Médecine de première ligne - étude observationnelle américaine concernant la relation entre l'organisation des soins de santé dans un pays donné et les résultats du pays en question dans le domaine de la santé (MACINKO, STARFIELD et SHI, 2003) - classement de la Belgique.

Une étude menée par le professeur Barbara STARFIELD (Etats-Unis) concernant l'incidence de la médecine de première ligne sur la qualité et sur le coût de la santé publique a eu un grand retentissement cette année. D'après le professeur STARFIELD, les pays dont le système de soins de santé met l'accent sur une médecine de première ligne très développée, réalisent de meilleurs résultats en matière de coûts et de qualité des soins. Elle classe la Belgique parmi les pays où la médecine de première ligne est peu développée et affirme que ceux-ci réalisent de mauvais résultats, entre autres, en matière d'espérance de vie et, en ce qui concerne les enfants, sur le plan du poids à la naissance ainsi que de la mortalité néo- et postnatale et infantile. Elle préconise que le médecin généraliste joue un rôle de coordinateur des soins au patient et recommande l'inscription auprès d'un généraliste attitré.

Dans un rapport récemment publié, l'OCDE évoque aussi le rôle du médecin généraliste comme l'une des pistes pour maîtriser les dépenses de soins de santé. Ainsi, l'organisation propose de développer un système d'incitants pour promouvoir le rôle du médecin généraliste en tant que premier interlocuteur, par exemple en modulant le ticket modérateur en fonction du fait que le patient est ou non renvoyé par un généraliste.

1. Disposez-vous de données relatives aux indicateurs mentionnés ci-dessus et au rôle de la médecine générale ?

2. Quelle est votre position à propos de l'étude du professeur STARFIELD ?

Réponse :

J'ai l'honneur de donner la réponse suivante à la question de l'honorable Membre.

La relation entre les efforts déployés par une nation, ses citoyens, ses prestataires de soins et ses dirigeants en matière de santé publique et les résultats atteints dans le domaine de la santé, c'est-à-dire les " indicateurs de santé ", représente un domaine d'étude extrêmement vaste et intéressant, ainsi qu'un domaine politique digne d'intérêt. Ce domaine intéresse tout un chacun, les personnes bien portantes comme les malades, et des moyens humains et budgétaires importants y sont investis. Dans de nombreux cas, il s'agit d'une question de vie ou de mort et, encore plus souvent, de la qualité de cette vie. Résumer tous ces éléments en quelques chiffres est un exercice très périlleux. Vous faites allusion à des tentatives, certes tout à fait louables, mais elles n'en demeurent pas moins des tentatives, qui visent à appréhender et à comprendre cette réalité complexe. Ces tentatives, les chercheurs en sont également conscients, ont recours à ce que l'on appelle des indicateurs. Comme le terme l'indique, les indicateurs ont une fonction représentative : ils donnent des indications sur ce qui concerne, en l'occurrence, la santé publique en Belgique.

Il existe un grand nombre d'indicateurs. Pour répondre à votre première question, il est vrai que nous disposons des chiffres correspondant à ces indicateurs. Mais le temps nous manquerait pour en faire état in extenso, d'autant qu'ils sont disponibles au niveau international, entre autres, sur les sites web de l'OMS, de l'OCDE et d'autres organisations internationales. Si l'on considère concrètement les indicateurs auxquels vous faites allusion, on s'aperçoit que les chiffres internationaux montrent qu'abstraction faite du phénomène bien connu de la prématurité et du poids de naissance relativement faible qui y est associé, la Belgique ne s'en tire pas trop mal sur le plan des indicateurs de santé :

- En ce qui concerne l'espérance de vie, la Belgique se situe, en 1999, dans la moyenne européenne avec 78,1 années.
- En ce qui concerne le faible poids de naissance, il est vrai que le chiffre observé en Belgique (6,90 % inférieur à 2 500 gr en 1999) est largement inférieur à la moyenne européenne.
- En ce qui concerne la mortalité infantile, la Belgique (4,17 décès par 1 000 enfants nés vivants) se situe, en 1999, également dans la moyenne européenne avec 4,89 pour mille.

En réponse à votre deuxième question, il faut savoir que l'étude du professeur STARFIELD et de son équipe apporte des éléments assez récents et plutôt intéressants au débat, que ce soit sur le plan scientifique ou du point de vue de la politique à mener. Elle tente de faire ressortir le lien entre, d'une part, les caractéristiques de l'organisation des soins de santé dans un pays donné et, d'autre part, les résultats du pays en question dans le domaine de la santé. Si l'on se fonde sur sa méthodologie de recherche, on peut classer cette étude dans la catégorie des études d'observation. Il ne s'agit donc pas d'une étude expérimentale. Autrement dit, elle décrit une situation sans chercher à établir de lien de cause à effet. C'est ce que les chercheurs indiquent d'ailleurs explicitement dans leurs conclusions. Ils précisent eux-mêmes à propos des limites de l'étude (MACINKO, STARFIELD et SHI, 2003) que celle-ci " *does not provide specific policy advice* ", qu'elle ne traite pas davantage de la qualité des soins, ni de l'équité, pas plus que d'un modèle dynamique et qu'elle n'envisage pas tous les facteurs possibles.

Si l'on se penche d'un peu plus près sur l'étude, on constate qu'elle réduit les résultats de santé à la seule mortalité, et passe sous silence la flexibilité et les listes d'attente, la satisfaction du patient, etc. Du reste, il ne s'agit pas non plus d'une étude sur le rapport qualité prix. Si l'on considère par ailleurs le mode d'évaluation des soins de santé de première ligne d'un pays, on s'aperçoit qu'il vise principalement des éléments de la législation d'un pays donné. Les soins de première ligne d'un pays sont évalués à partir d'une liste de 10 questions. Il me paraît excessif de qualifier les soins de santé de première ligne de " faiblement développés " sur une telle base. Il me semblerait plus correct de parler de soins de santé " qui ne font pas l'objet d'une réglementation stricte ", compte tenu de la portée de certaines questions, telles que : La répartition (géographique) des soins de santé de première ligne est-elle réglementée ? Quel est le mode de financement des soins de santé de première ligne (le financement par les recettes fiscales étant considérées comme meilleur que celui par la sécurité sociale) ? Exige-t-on que les dossiers des patients soient organisés par famille (l'affirmative étant mieux notée que la négative) ? On s'aperçoit que pour certaines questions (en l'occurrence 3 sur 10), il est pour le moins discutable qu'il s'agisse de soins de santé de première ligne " de meilleure qualité ". En revanche, d'autres questions constituent de véritables indicateurs d'une qualité supérieure des soins de santé de première ligne. A titre d'exemple, on citera : Quel intervenant de première ligne est prépondérant (sachant que les médecins généralistes sont mieux notés que les spécialistes) ? Quelle est la contribution personnelle du patient ? Existe-t-il des exigences de suivi continu des patients ? Le médecin généraliste fait-il office de " filtre " ? Le transfert de données entre les différents échelons est-il encadré par certaines directives ? C'est dès lors sur ces questions que ma politique se concentre, c'est-à-dire en termes généraux : un système davantage axé sur la patientèle grâce à la création de zones de soins, le renforcement de l'interdisciplinarité, l'amélioration du transfert de données entre médecins généralistes et en direction des deuxième et troisième échelons, le renforcement de la continuité des soins, l'amélioration de la structuration et l'accroissement des moyens qui ne sont pas liés aux prestations à l'égard des patients individuels et sont rattachés aux services fournis à des groupes, par exemple par le financement des gardes (honoraires de disponibilité), l'organisation de la garde par l'intermédiaire des cercles de médecins généralistes, la collaboration avec d'autres intervenants du premier échelon tels que le personnel infirmier ou les kinésithérapeutes.

En conclusion, nous pouvons constater que la place attribuée à la Belgique dans le classement par STARFIELD et ses collègues est correcte par comparaison avec les autres pays, mais j'émetts de fortes réserves en ce qui concerne le système de classification appliqué et, par conséquent, je m'interroge sur l'interprétation qu'il convient de faire de l'obtention de cette place. Cette dernière reflète davantage le degré de réglementation du premier échelon que le degré de développement des soins de première ligne. A cet égard, on se posera en effet davantage les questions suivantes : les médecins généralistes sont-ils suffisamment nombreux ? leur collaboration, entre confrères et avec les autres intervenants du premier échelon, est-elle de qualité ? peut-on aisément joindre les généralistes ? le délai d'attente de la visite d'un généraliste est-il long ? la situation est-elle plus ou moins identique dans tous les villages de Belgique ? les coûts de chaque visite sont-ils élevés pour le patient ? tous les patients ont-ils un médecin traitant, les patients sont-ils satisfaits de leur médecin traitant, etc. De telles questions recevront plus facilement une réponse positive en Belgique que dans d'autres pays européens. Si de tels indicateurs, auxquels la Belgique attache une grande importance, avaient été intégrés dans le questionnaire de STARFIELD, la Belgique occuperait une place plus élevée dans le classement.

QUESTION n° 386 posée le 25 novembre 2005 à Monsieur le Ministre des Affaires sociales par la Madame la Représentante AVONTROODT

(Bulletin n° 113, Chambre, session ordinaire 2005-2006, p. 21 649)

Réforme du système néerlandais des soins de santé - loi relative à l'assurance soins de santé - conséquences - application des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71.

Le gouvernement néerlandais a mis en place un nouveau système de soins de santé. En vertu de ce nouveau régime, les citoyens résidant en Belgique et bénéficiant d'une allocation néerlandaise mais qui, pour le reste, ne dépendent pas du système néerlandais de sécurité sociale seront obligés, dès le 1er janvier 2006, de s'assurer aux Pays-Bas et partant, de verser les cotisations fixées par ce pays. Cette obligation s'applique non seulement aux Néerlandais qui résident en Belgique, mais également aux Néerlandais qui ont été naturalisés Belges.

1. Etes-vous au courant de ce problème ?
2. Vous êtes vous concerté à ce sujet avec votre homologue néerlandais ?

Réponse :

En ce qui concerne la première question, je puis confirmer que je suis au courant, mais je souhaiterais apporter quelques éclaircissements à ce sujet.

La situation que vous évoquez a trait à une personne qui perçoit actuellement une pension ou prestation néerlandaise et qui est assurée pour ses frais de maladie dans le cadre d'une assurance privée ou de droit public. En matière d'assurance maladie, ces personnes ne pouvaient pas invoquer les dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à la sécurité sociale des travailleurs migrants. En effet, en matière d'assurance maladie, le gouvernement néerlandais avait auparavant décidé de limiter l'application dudit règlement aux personnes qui sont assurées conformément à la loi néerlandaise sur les mutualités (= l'assurance maladie légale aux Pays-Bas).

La réforme du système de soins néerlandais supprime la distinction entre les personnes assurées dans le cadre de la loi sur les mutualités, d'une part, et les personnes assurées dans le cadre d'une assurance privée ou de droit public, d'autre part. L'introduction au 1er janvier 2006 de la loi relative à l'assurance soins de santé permettra à (quasi) chacun de bénéficier d'une même assurance de base. Etant donné que la " *Zorgverzekeringswet* " est une loi sur l'assurance sociale, les dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 sont applicables.

Cela signifie que si on habite dans un pays de l'Espace économique européen (les pays de l'Union européenne plus la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein) ou en Suisse, que l'on bénéficie d'une pension ou indemnité néerlandaise, et qu'il est constaté, conformément aux dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71, que les coûts des soins médicaux sont à charge des Pays-Bas, les cotisations qui doivent être payées à partir du 1er janvier 2006 sont celles fixées par les Pays-Bas. Les personnes résidant en Belgique peuvent s'inscrire auprès de l'organisme assureur belge de leur choix sur la base du formulaire E.1xx approprié, formulaire délivré par l'organisme néerlandais compétent, et bénéficier des soins de santé en Belgique pour le compte des Pays-Bas.

Je souhaiterais attirer votre attention sur le fait que, conformément aux dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71, aucune distinction ne peut être faite sur la base de la nationalité lors de la détermination de la législation applicable. Il importe donc peu que l'on ait la nationalité belge ou néerlandaise.

En ce qui concerne votre deuxième question, je vous informe que mon administration est en contact permanent avec l'administration néerlandaise, ainsi qu'avec les organismes assureurs belges, afin que la réforme du système néerlandais des soins de santé se déroule le plus aisément possible, tant pour les personnes que pour les organismes concernés.

QUESTION n° 391 posée le 1er décembre 2005 à Monsieur le Ministre des Affaires sociales par Monsieur le Représentant VANDEURZEN

(Bulletin n° 113, Chambre, session ordinaire 2005-2006, p. 21 650)

A.R. n° 143 du 30.12.1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de biologie clinique - dispositions des articles 4 et 4bis concernant la transparence de la structure des frais des laboratoires.

Récemment, j'ai interrogé le Ministre sur l'existence d'études relatives au remboursement afférent aux prestations effectuées par des laboratoires de biologie clinique d'une part et la structure réelle des coûts de ces laboratoires d'autre part.

Vous avez indiqué à l'époque que de telles études n'existent pas.

1. Existe-t-il des règles favorisant et garantissant la transparence financière des laboratoires de biologie clinique ?

2. Etes-vous compétent pour arrêter ces règles ?

3. Dans quelles mesures fixez-vous les modes d'exploitation autorisés pour l'exploitation de laboratoires de biologie clinique ?

4. Quelles mesures prenez-vous en général pour prévenir l'octroi d'avantages aux prescripteurs et pour renforcer les contrôles en la matière ?

Réponse :

J'ai l'honneur de donner la réponse suivante à la question de l'honorable Membre.

1. Dans les modifications de l'arrêté royal n° 143, article 4 et article 4bis des règles sont prévues pour rendre transparente la structure des frais de laboratoire de biologie clinique.

L'article 4 impose à tous les laboratoires une comptabilité séparée et les laboratoires non hospitaliers sont soumis aux mêmes règles que celles des hôpitaux.

Dans l'article *4bis*, qui entrera en vigueur au plus tard le 1er décembre 2006, des règles claires sont imposées pour l'emploi des honoraires et des forfaits que les patients ou tiers paient pour les prestations qui sont réalisées dans le laboratoire.

Les modalités d'exécution doivent être fixées dans une convention écrite. Cette convention devra également être soumise pour avis à la Commission de Biologie Clinique.

Des règles plus précises concernant la transparence seront déterminées par arrêté royal à la date précitée.

Cette nouvelle réglementation sera liée au paiement des honoraires et des forfaits via une perception centrale auprès du directeur du laboratoire, au lieu de la réglementation actuelle où le paiement est fait à l'exploitant du laboratoire. Cet accord découle de la modification de l'arrêté royal n° 143 par la loi du 24 mai 2005.

2. L'arrêté royal n° 143, notamment les articles 4 et *4bis* donne la possibilité d'imposer des règles supplémentaires pour favoriser et garantir la transparence financière.

Comme décrit ci-dessus, une réglementation sera élaborée à la suite de la mise en vigueur de l'article *4bis*.

3. Les formes d'exploitation autorisées pour les laboratoires de biologie clinique sont réglementées dans l'arrêté royal n° 143. Pour les laboratoires qui ne sont pas exploités par des hôpitaux, des centres de transfusion, des personnes morales de droit publique ou des universités, un arrêté d'exécution spécifique sera élaboré à court terme.

4. L'article 5 de l'arrêté royal n° 143, renforcé et affiné par la loi du 24 mai 2005, détermine clairement qu'aux prescripteurs ne peut être accordé directement ou indirectement quelques avantages que ce soit.

Les inspecteurs médecins et pharmaciens de l'INAMI ainsi qu'une catégorie spécifique du personnel du SPF santé publique et de l'Institut Scientifique de la santé publique sont habilités à constater des infractions à ces dispositions.

A la suite de modifications récentes de la loi, mes services examinent actuellement, les mesures concrètes encore possibles afin de détecter les infractions de façon efficace.

Données de base

TAUX DE COTISATIONS ONSS EN APPLICATION AU 1.7.2006

Régime général

REGIMES	OUVRIERS			EMPLOYES		
	En % de la rémunération + 8 % (pécule de vacances)		TOTAL en %	En % de la rémunération brute		TOTAL en %
	Part Personnelle	Part patronale		Part personnelle	Part patronale	
Pensions	7,50	8,86	16,36	7,50	8,86	16,36
AMI (Soins de santé)	3,55	3,80	7,35	3,55	3,80	7,35
AMI (Indemnités)	1,15	2,35	3,50	1,15	2,35	3,50
Allocations Familiales	-	7,00	7,00	-	7,00	7,00
Chômage	0,87	1,46	2,33	0,87	1,46	2,33
Vacances annuelles	-	6,00	6,00	-	-	-
Modérations Salariales	-	7,48	7,48	-	7,48	7,48
Maladies professionnelles	-	1,00	1,00	-	1,00	1,00
Accidents de travail	-	0,30	0,30	-	0,30	0,30
Congé – éducation payé	-	0,04	0,04	-	0,04	0,04
Accueil des enfants	-	0,05	0,05	-	0,05	0,05
TOTAL	13,07	38,34	51,41	13,07	32,34	45,41

Ce tableau donne un aperçu des cotisations de sécurité sociale pour le 3^e trimestre 2006.
Les pourcentages mentionnés peuvent fluctuer quelque peu suivant la catégorie de travailleurs.
Par conséquent, il convient de considérer ces taux à titre indicatif.

TARIFS ET REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE

Outre un corrigendum prenant effet le 1er avril 2006, nous publions ci-après un résumé de l'évolution la plus récente des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins, entrés en vigueur entre le 1er juin et le 1er septembre 2006.

Pour le détail, nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux tableaux consultables sur le site internet de l'INAMI (<http://www.inami.be> - menu déroulant "Organismes assureurs" - Taux des honoraires, des prix et des remboursements).

Médecins	Consultations et visites A partir du 1er juillet 2006	2006/219
	En application du point N0607/02 de l'Accord national médico-mutualiste 2006-2007 et de l'arrêté royal du 10 juin 2006 (M.B. 19.6.2006) modifiant les dispositions des articles 2 et 25, §§ 1 et 2 d), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations 109675, 109410, 596562 et 596584 sont introduites.	
Biologie clinique	A partir du 1er juillet 2006	
	En application du projet H 0607/02 de l'Accord national médico-mutualiste 2006-2007 du 20 décembre 2005, les honoraires et forfaits de biologie clinique sont indexés de façon linéaire de 2,26 %.	2006/217
Implants	a) A partir du 1er avril 2006 (Corrigendum de la circulaire 2006/111)	
Art. 28, § 1er nomenclature	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 10 février 2006 (M.B. 27.2.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984.	2006/206
	b) A partir du 1er juin 2006	
Art. 28, § 1er nomenclature	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. 14.4.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984.	2006/186
Art. 35 et 35bis nomenclature	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. 14 et 28.4.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984.	2006/187

Art. 35 et 35bis nomenclature	c) A partir du 1er juillet 2006	2006/220
	Modification des tarifs suite à la décision du Conseil général, à l'avenant U/2000quinquies et à l'arrêté royal du 2 juin 2006 (M.B. 14.6.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.	
Art. 35 et 35bis nomenclature	d) A partir du 1er août 2006	2006/250
	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 3 mai 2006 (M.B. 14.6.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.	
Kinésithérapeutes	a) A partir du 1er juin 2006	2006/184
	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 1er avril 2006 (M.B. 28.4.2006) modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations.	
	b) A partir du 1er septembre 2006	2006/252
	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 1er juillet 2006 (M.B. 14.7.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.	
Audiciens	A partir du 1er septembre 2006	2006/270
	Modification des tarifs suite à l'arrêté royal du 1er juillet 2006 (M.B. 28.7.2006) modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.	

Directives de l'INAMI

QUATRIEME AVENANT A LA CONVENTION NATIONALE (*) CONCLUE ENTRE LES FOURNISSEURS D'IMPLANTS ET LES O.A.

Dans le cadre de mesures d'économie prises en 2001, la valeur du facteur de multiplication U des prestations relatives aux électrodes de stimulateur cardiaque a été diminuée de 1,032826 EUR à 0,955364 EUR, et ce afin que cette mesure d'économie entre rapidement en vigueur.

Cependant, en 2005, le Conseil technique des implants a proposé de réaugmenter la valeur du facteur de multiplication U à 1,032826 EUR mais en conservant l'effet d'économie de 2001 par la diminution des valeurs relatives des prestations relatives aux électrodes de stimulateur cardiaque (voir A.R. du 2.6.2006, M.B. du 14.6.2006).

Afin de ramener la valeur du facteur de multiplication U à 1,032826 EUR, un avenant à la convention nationale U/2000 a été conclu par la Commission de convention fournisseurs d'implants-organismes assureurs lors de sa réunion du 19 avril 2006. Cet avenant suit en annexe et entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

Les modifications suivantes sont apportées :

- Chapitre 1 (art. 35) - Article 2 :
 - la valeur de la lettre-clé U est fixée à 1,032826 EUR *sans exception* ;
 - calcul du plafond de la marge de délivrance :
 - la règle est étendue aux accessoires des pompes implantables à débit constant implantés en même temps que la pompe ;
 - la liste des prestations relatives aux prothèses de hanche est complétée ;
 - la liste des prestations relatives aux prothèses d'épaule est ajoutée ;
 - la liste des prestations relatives aux tuteurs périphériques non vasculaires est ajoutée.
- Chapitre 2 (art. 28) - Article 2 :
 - calcul du plafond de la marge de délivrance : suppression de la liste des prestations relatives aux prothèses d'épaule ;
 - suppression du point b) de l'article 5, 8° : il n'y a en effet plus de prestations forfaitaires d'application dans l'article 28.

...

*

*

*

...

(*) Voir les textes de la Convention nationale, du premier avenant et du deuxième avenant publiés respectivement dans les B.I. n°s 1999/4, 2002/1-2 et 2004/1. Le troisième avenant n'a pas été publié dans le B.I.

Article premier. Au chapitre 1 de la convention nationale U/2000 entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, conclue le 3 décembre 1999, et modifiée par les avenants U/2000*bis*, U/2000*ter* et U/2000*quater*, conclus respectivement les 5 décembre 2001, 4 juillet 2003 et 11 février 2004, est apportée la modification suivante :

L'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

" **Art. 2.** La valeur du facteur de multiplication U à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé de l'article 35, § 1er, de la nomenclature, est fixée à 1,032826 EUR au 1^{er} juillet 2006.

La marge de délivrance⁽¹⁾ du pharmacien hospitalier pour les implants des catégories 1 et 2 s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital), TVA incluse, conformément au prix de l'implant admis par le Comité de l'assurance, tel que prévu aux listes des tarifs⁽²⁾, avec un plafond de 148,74 EUR.

La marge de délivrance du pharmacien hospitalier pour les implants des catégories 3, 4 et 5 s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital), TVA incluse, avec un plafond de 148,74 EUR.

Pour les prestations dont la valeur représente un montant forfaitaire de remboursement, la marge de délivrance s'élève à 10 % de la valeur, avec un plafond de 148,74 EUR.

Pour les électrodes des stimulateurs cardiaques, pour les électrodes et accessoires des neurostimulateurs et pour les accessoires des pompes programmables implantables et des pompes implantables à débit constant implantés en même temps que le stimulateur ou la pompe, le plafond de 148,74 EUR vaut pour l'ensemble des électrodes, accessoires et stimulateur ou pompe.

En ce qui concerne les prestations 687875-687886 et 686453-686464 relatives aux tuteurs coronaires et cathéters de dilatation coronaire et aux drug eluting stents coronaires, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des montants forfaitaires de ces deux prestations.

Le plafond de la marge de délivrance pour l'ensemble des prestations suivantes est calculé comme suit :

- Pour l'ensemble des prestations relatives aux prothèses articulaires, le plafond est fixé par articulation (à l'exception du ciment):
 - *prothèse de hanche* : 687816-687820, 687234-687245, 688516-688520, 688531-688542, 688553-688564, 688575-688586, 688590-688601, 688612-688623, 688634-688645, 688656-688660, 688671-688682, 688693-688704, 688715-688726, 688730-688741, 688752-688763, 688774-688785, 688796-688800, 688811-688822, 688833-688844, 688855-688866, 688870-688881, 688892-688903, 688914-688925, 688936-688940, 688951-688962, 688973-688984, 688995-689006, 689010-689021, 689032-689043, 689415-689426, 689430-689441, 689452-689463.

(1) Les dispositions concernant la marge de délivrance du pharmacien hospitalier sont fixées par l'arrêté ministériel du 18 février 1998 modifiant l'arrêté ministériel du 29 décembre 1989 relatif aux prix des médicaments remboursables et par l'arrêté ministériel du 18 février 1998 fixant les marges des implants.

(2) Sous le terme "listes des tarifs" il faut comprendre : les listes limitatives des produits de la catégorie 1 et les listes nominatives pour les autres implants.

- *prothèse d'épaule* : 695074-695085, 695096-695100, 695111-695122, 695133-695144, 695155-695166, 695170-695181, 695192-695203, 695214-695225, 695236-695240, 695251-695262, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424, 695435-695446, 695450-695461.
- Pour les prestations suivantes relatives aux tuteurs périphériques non vasculaires, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des tuteurs placés au cours d'une même intervention : 699311-699322, 699333-699344, 699355-699366, 699370-699381, 699392-699403, 699414-699425, 699436-699440, 699451-699462, 699252-699263, 699274-699285, 699296-699300."

Art. 2. Au chapitre 2 de la même convention nationale sont apportées les modifications suivantes :

1. L'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

" **Art. 2.** La valeur du facteur de multiplication Y à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé de l'article 28, § 1er, de la nomenclature, est fixée à 1,032826 EUR au 1^{er} juillet 2006, sauf pour le shunt pour hémodialyse où elle est de 0,919554 EUR.

La marge de délivrance du pharmacien hospitalier s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital), TVA incluse, du matériel tel que mentionné sur la facture d'achat de l'hôpital, avec un plafond de 148,74 EUR.

Le plafond de la marge de délivrance pour l'ensemble des prestations suivantes est calculé comme suit :

- Pour l'ensemble des prestations relatives aux prothèses articulaires, le plafond est fixé par articulation (à l'exception du ciment) :
 - prothèse de coude : 638772-638783;
 - prothèse de tarse et carpe : 638853-638864 et 638875-638886;
 - prothèse de doigt : 638956-638960;
 - prothèse du genou : 639015-639026, 639030-639041, 639052-639063 et 639074-639085;
 - colonne vertébrale : 637910-637921, 637932-637943, 637954-637965, 637976-637980, 637991-638002, 638013-638024, 638116-638120, 638131-638142, 638153-638164, 638175-638186 et 638234-638245.
- Pour l'ensemble des prestations relatives aux prothèses vasculaires, le plafond est calculé pour le total des prestations suivantes : 613550-613561 jusqu'à 613675-613686, 613712-613723 jusqu'à 613815-613826, 614316-614320 et 614331-614342."

2. A l'article 5, 8°, le point b) est supprimé.

Art. 3. Cet avenant entre en vigueur le 1er juillet 2006.

Fait à Bruxelles, le 19 avril 2006.

...

Circulaire O.A. n° 2006/231 - 3861/101 du 6 juillet 2006 (extrait).

Statistiques

Evolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1er semestre 2006

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2004

en milliers EUR

Libellé	2004.1	2004.2	2004.3	2004.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	220.168	452.815	665.564	894.127	
b) Imagerie médicale	204.509	421.655	624.705	855.127	
c) Consultations, visites et avis	319.855	614.422	895.038	1.209.174	
d) Prestations spéciales	238.440	492.976	724.047	976.072	
e) Chirurgie	196.521	406.364	597.473	802.311	
f) Gynécologie	16.366	34.303	51.322	69.248	
g) Surveillance	57.309	116.156	171.174	229.054	
h) Forfait accréditation médecins	2.418	4.898	8.626	10.615	
i) Forfait dossier médical	1.151	1.153	1.153	2.295	
j) Forfait télématique	11	4.509	4.622	4.627	
k) Contrôle de qualité Pasteur	0	0	1.637	1.637	
l) Forfait services de garde organisés	645	7.110	7.933	8.312	
Total médecins	1.257.393	2.556.361	3.753.294	5.062.599	5.013.045
2. a) Honoraires dentaires	130.825	262.415	381.993	514.880	505.007
b) Forfait accréditation	18	7.564	8.003	8.036	7.694
Total dentistes	130.843	269.979	389.996	522.916	512.701
3. Prestations pharmaceutiques	805.359	1.607.918	2.426.299	3.248.070	2.876.066
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	171.087	347.264	514.459	699.998	689.643
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6.062	6.062	12.775	12.775	12.087
6. Soins par kinésithérapeutes	103.767	202.478	294.710	394.019	414.517
7. Soins par bandagistes	36.545	74.764	110.887	152.528	152.820
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	89.741	184.211	279.658	381.954	374.410
10. Soins par opticiens	2.874	5.502	7.911	10.513	10.878
11. Soins par audiciens	5.214	10.137	15.023	19.824	16.113
12. Accouchements par accoucheuses	1.950	3.947	6.008	8.181	6.913
13. Prix de la journée d'entretien	904.247	1.842.408	2.760.325	3.666.795	3.687.003
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	28.444	60.433	90.549	123.235	116.464
Total	932.691	1.902.841	2.850.874	3.790.030	3.803.467
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.127	1.949	3.238	4.331	6.350
15. Dialyse					
a) Médecins	28.627	59.093	88.784	119.215	117.116
b) Forfait dialyse rénale	22.031	46.650	70.988	96.245	98.596
c) A domicile, dans un centre	14.590	31.920	48.393	68.043	60.699
Total dialyse	65.248	137.663	208.165	283.503	276.411
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
- Maisons de repos et de soins	232.208	379.696	534.712	692.223	901.850
- Maisons de repos pour personnes âgées	95.473	261.306	437.669	621.145	374.549
- Centres de soins de jour	1.081	2.192	3.435	4.645	4.211
- Harmonisation salariale personnel MRS	49.311	78.244	108.104	136.760	123.947
- Prime syndicale	2.024	2.024	2.024	2.024	1.982
- Coma	0	0	0	0	0
- Renouvellements de soins (art. 56)	0	0	0	0	1.000
- Centres de jour palliatifs	0	0	0	0	0
Total	380.097	723.462	1.085.944	1.456.797	1.407.539

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2004 - suite

en milliers EUR

Libellé	2004.1	2004.2	2004.3	2004.4	Objectif
17. Fin de carrière	6.649	6.649	13.244	26.375	26.805
18. Soins de santé mentale					
- Maisons de soins psychiatriques	17.826	35.898	54.844	73.076	78.776
- Initiatives d'habitation protégée	5.566	10.495	16.145	21.829	24.831
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	228	477	718	979	761
Total	23.620	46.870	71.707	95.884	104.368
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	70.088	151.040	228.839	316.427	337.939
20. Fond Spécial	3.645	7.255	10.550	14.999	12.371
21. Logopédie	12.227	24.595	34.327	46.587	45.955
22. Centres médicaux-pédiatriques	3.228	5.908	8.996	12.099	13.496
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	2.323	4.619	6.951	9.238	9.181
24. Régularisations + Refacturation	-10.623	-23.763	-36.816	-54.956	-65.264
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	63.181	107.157	131.774	179.286	125.840
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	63.181	107.157	131.774	179.286	125.840
26. Patients chroniques	13.667	22.859	38.418	55.228	48.266
27. Soins palliatifs	2.110	4.469	6.626	7.837	8.276
28. Soins palliatifs (patient)	2.046	4.006	5.953	8.020	8.753
29. Tissus humains	1.961	2.629	3.872	6.358	6.493
30. Equipes multidisciplinaires voiturées	0	0	0	0	0
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	21	44	70	95	1.949
b) COMA	0	0	0	0	0
c) Projets thérapeutiques	0	0	0	0	0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	21	44	70	95	1.949
32. Internés	0	0	0	0	0
33. Sevrage tabac	0	0	0	0	0
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0	0	0	0
35. Procréation assistée	0	0	0	0	0
36. Provision de stabilité	0	0	0	0	0
37. Indépendants : intégration petits risques	0	0	0	0	0
38. Indépendants : règlement collectif de dettes	0	0	0	0	0
39. Montant prévisionnel accord social	0	0	0	0	0
40. Fonds assuétudes	0	0	0	0	0
41. Rattrapages hôpitaux	0	0	0	0	0
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants	0	0	0	0	0
Total général	4.184.141	8.398.875	12.483.752	16.771.515	16.257.388

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2005

en milliers EUR

Libellé	2005.1	2005.2	2005.3	2005.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	216.598	478.493	706.712	939.587	
b) Imagerie médicale	215.794	466.455	683.588	902.588	
c) Consultations, visites et avis	330.151	645.379	943.338	1.266.476	
d) Prestations spéciales	236.894	500.276	737.200	989.397	
e) Chirurgie	192.516	408.544	601.469	805.940	
f) Gynécologie	15.859	34.343	51.177	69.169	
g) Surveillance	55.595	119.732	177.706	236.994	
h) Forfait accréditation médecins	4.312	6.789	10.784	14.187	
i) Forfait dossier médical	11	12	32	32	
j) Forfait télématique	3	4.891	4.916	4.964	
k) Contrôle de qualité Pasteur	0	0	1.792	1.792	
l) Forfait services de garde organisés	3.219	6.357	6.400	9.846	
Total médecins	1.270.952	2.671.271	3.925.114	5.240.972	5.222.772
2. a) Honoraires dentaires	130.556	263.606	381.309	514.180	527.457
b) Forfait accréditation	27	29	8.408	8.810	8.871
Total dentistes	130.583	263.635	389.717	522.990	536.328
3. Prestations pharmaceutiques	822.035	1.687.263	2.503.111	3.330.982	3.301.706
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	172.250	357.583	539.859	728.898	727.729
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6.524	6.536	13.499	13.517	12.808
6. Soins par kinésithérapeutes	104.794	213.032	307.138	408.561	417.688
7. Soins par bandagistes	38.969	78.621	117.481	158.687	166.839
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	93.097	194.310	287.169	393.431	422.599
10. Soins par opticiens	2.648	5.354	7.774	10.355	11.246
11. Soins par audiciens	5.249	10.127	14.967	19.814	20.898
12. Accouchements par accoucheuses	2.067	4.309	6.534	8.940	8.372
13. Prix de la journée d'entretien	917.032	1.825.664	2.726.056	3.631.192	3.679.043
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	27.575	60.285	91.259	124.215	135.666
Total	944.607	1.885.949	2.817.315	3.755.407	3.814.709
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.780	3.391	5.199	6.070	6.138
15. Dialyse					
a) Médecins	26.809	56.332	84.111	109.394	110.859
b) Forfait dialyse rénale	21.569	46.657	71.214	97.455	97.138
c) A domicile, dans un centre	15.424	34.808	52.479	71.990	72.531
Total dialyse	63.802	137.797	207.804	278.839	280.528
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
- Maisons de repos et de soins	159.636	313.612	470.594	631.219	1.380.234
- Maisons de repos pour personnes âgées	182.092	357.701	539.042	725.950	
- Centres de soins de jour	1.246	2.445	3.790	5.181	9.325
- Harmonisation salariale personnel MRS	59.058	88.058	136.277	149.986	185.824
- Prime syndicale	1.349	2.048	2.048	2.777	2.082
- Coma	0	0	0	0	2.599
- Renouvellements de soins (art. 56)	0	0	0	81	1.000
- Centres de jour palliatifs	0	0	0	0	0
Total	403.381	763.864	1.151.751	1.515.194	1.581.064

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2005 - suite

en milliers EUR

Libellé	2005.1	2005.2	2005.3	2005.4	Objectif
17. Fin de carrière	6.503	13.001	24.521	66.277	40.394
18. Soins de santé mentale					
- Maisons de soins psychiatriques	17.140	36.081	53.446	71.002	76.457
- Initiatives d'habitation protégée	5.716	10.185	16.083	22.155	26.885
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	249	548	840	1.116	1.125
Total	23.105	46.814	70.369	94.273	104.467
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	72.844	162.203	240.822	334.544	372.027
20. Fond Spécial	2.254	3.734	5.084	7.032	22.377
21. Logopédie	12.442	25.483	35.642	48.162	46.342
22. Centres médicaux-pédiatriques	2.765	5.699	8.181	11.118	10.977
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	2.439	4.770	7.238	9.671	10.155
24. Régularisations + Refacturation	-15.418	-30.490	-41.280	-55.332	-69.568
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	60.922	98.352	145.293	198.426	180.987
b) MAF fiscal	-1.078	28.262	52.542	54.421	54.480
Total maximum à facturer	59.844	126.614	197.835	252.847	235.467
26. Patients chroniques	14.925	27.807	45.419	65.653	54.878
27. Soins palliatifs	2.263	4.952	7.063	8.280	9.577
28. Soins palliatifs (patient)	2.073	4.179	6.140	8.190	8.863
29. Tissus humains	1.264	3.456	4.980	6.355	6.079
30. Equipes multidisciplinaires voitures	0	0	0	4	210
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SIDS	33	62	91	127	1.949
b) COMA	0	0	0	0	1.210
c) Projets thérapeutiques	0	0	0	0	0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	33	62	91	127	3.159
32. Internés	0	0	0	0	0
33. Sevrage tabac	0	0	0	338	1.450
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0	0	0	2.209
35. Procréation assistée	0	0	0	0	0
36. Provision de stabilité	0	0	0	0	0
37. Indépendants : intégration petits risques	0	0	0	0	0
38. Indépendants : règlement collectif de dettes	0	0	0	0	0
39. Montant prévisionnel accord social	0	0	0	0	7.000
40. Fonds assuétudes	0	0	0	0	0
41. Rattrapages hôpitaux	0	0	0	0	0
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants	0	0	0	0	0
Total général	4.250.074	8.681.326	12.906.537	17.250.196	17.397.487

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2006

en milliers EUR

Libellé	2006.1	2006.2	2006.3	2006.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	222.973	465.318			
b) Imagerie médicale	218.045	447.772			
c) Consultations, visites et avis	366.647	699.711			
d) Prestations spéciales	246.851	510.586			
e) Chirurgie	206.546	425.872			
f) Gynécologie	17.027	35.990			
g) Surveillance	60.266	124.053			
h) Forfait accréditation médecins	2.465	5.163			
i) Forfait dossier médical	40	1.238			
j) Forfait télématique	5	5.099			
k) Contrôle de qualité Pasteur	0	0			
l) Forfait services de garde organisés	1.024	5.062			
Total médecins	1.341.889	2.725.864			5.533.073
2. a) Honoraires dentaires	142.214	279.743			552.862
b) Forfait accréditation	0	13			9.669
Total dentistes	142.214	279.756			562.531
3. Prestations pharmaceutiques	813.810	1.659.516			3.417.747
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	184.489	384.712			780.707
5. Frais spécifiques services soins à domicile	7.024	7.031			14.469
6. Soins par kinésithérapeutes	112.518	219.009			445.307
7. Soins par bandagistes	40.582	83.083			182.551
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	92.156	202.367			465.335
10. Soins par opticiens	2.957	5.721			11.803
11. Soins par audiciens	5.817	11.169			23.074
12. Accouchements par accoucheuses	2.348	4.659			9.717
13. Prix de la journée d'entretien	916.757	1.863.895			3.750.942
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	31.869	66.140			151.564
Total	948.626	1.930.035			3.902.506
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.190	2.120			6.221
15. Dialyse					
a) Médecins	28.530	57.752			116.392
b) Forfait dialyse rénale	26.377	52.566			104.256
c) A domicile, dans un centre	19.661	40.214			82.251
Total dialyse	74.568	150.532			302.899
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
- Maisons de repos et de soins	163.115	321.756			1.452.744
- Maisons de repos pour personnes âgées	190.578	374.861			
- Centres de soins de jour	1.523	3.052			7.546
- Harmonisation salariale personnel MRS	102.855	142.974			189.541
- Prime syndicale	2.120	2.120			2.124
- Coma	0	0			2.548
- Renouvellements de soins (art. 56)	1.994	1.994			1.000
- Centres de jour palliatifs	0	0			313
Total	462.185	846.757			1.655.816

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2006 - suite

en milliers EUR

Libellé	2006.1	2006.2	2006.3	2006.4	Objectif
17. Fin de carrière	12.597	22.958			42.212
18. Soins de santé mentale					
- Maisons de soins psychiatriques	17.601	35.736			72.102
- Initiatives d'habitation protégée	6.122	12.746			28.507
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	283	606			1.190
Total	24.006	49.088			101.799
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	77.587	172.616			380.183
20. Fond Spécial	4.010	6.232			16.758
21. Logopédie	13.501	26.536			50.344
22. Centres médicaux-pédiatriques	1.118	1.669			1.707
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	2.585	5.110			10.418
24. Régularisations + Refacturation	-19.476	-41.254			-61.043
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	84.352	140.412			262.932
b) MAF fiscal	-474	26.381			51.634
Total maximum à facturer	83.878	166.793			314.566
26. Patients chroniques	15.623	26.507			53.469
27. Soins palliatifs	2.573	5.307			9.962
28. Soins palliatifs (patient)	2.225	4.341			8.758
29. Tissus humains	1.660	3.230			8.198
30. Equipes multidisciplinaires voiturées	6	35			210
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SIDA	69	174			1.008
b) COMA	0	0			1.237
c) Projets thérapeutiques	0	0			941
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	69	174			3.186
32. Internés	0	2.992			28.305
33. Sevrage tabac	0	0			3.011
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0			2.724
35. Procréation assistée	0	0			503
36. Provision de stabilité	0	0			80.368
37. Indépendants : intégration petits risques	0	0			15.339
38. Indépendants : règlement collectif de dettes	0	0			232
39. Montant prévisionnel accord social	0	0			80.885
40. Fonds assuétudes	0	0			3.000
41. Rattrapages hôpitaux	0	0			860
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants	0	0			3.420
Total général	4.454.335	8.964.665			18.473.130

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2004 - 2005 en %

Libellé	<u>2005.1</u> 2004.1	<u>2005.2</u> 2004.2	<u>2005.3</u> 2004.3	<u>2005.4</u> 2004.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-1,6	5,7	6,2	5,1
b) Imagerie médicale	5,5	10,6	9,4	5,6
c) Consultations, visites et avis	3,2	5,0	5,4	4,7
d) Prestations spéciales	-0,6	1,5	1,8	1,4
e) Chirurgie	-2,0	0,5	0,7	0,5
f) Gynécologie	-3,1	0,1	-0,3	-0,1
g) Surveillance	-3,0	3,1	3,8	3,5
h) Forfait accréditation médecins	78,3	38,6	25,0	33,7
i) Forfait dossier médical		-99,0	-97,2	-98,6
j) Forfait télématique	-72,7	8,5	6,4	7,3
k) Contrôle de qualité Pasteur			9,5	9,5
l) Forfait services de garde organisés			-19,3	18,5
Total médecins	1,1	4,5	4,6	3,5
2. a) Honoraires dentaires	-0,2	0,5	-0,2	-0,1
b) Forfait accréditation			5,1	9,6
Total dentistes	-0,2	-2,3	-0,1	0,0
3. Prestations pharmaceutiques	2,1	4,9	3,2	2,6
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	0,7	3,0	4,9	4,1
5. Frais spécifiques services soins à domicile	7,6	7,8	5,7	5,8
6. Soins par kinésithérapeutes	1,0	5,2	4,2	3,7
7. Soins par bandagistes	6,6	5,2	5,9	4,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	3,7	5,5	2,7	3,0
10. Soins par opticiens	-7,9	-2,7	-1,7	-1,5
11. Soins par audiciens	0,7	-0,1	-0,4	-0,1
12. Accouchements par accoucheuses	6,0	9,2	8,8	9,3
13. Prix de la journée d'entretien	1,4	-0,9	-1,2	-1,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-3,1	-0,2	0,8	0,8
Total	1,3	-0,9	-1,2	-0,9
14. Hôpital militaire - prix all-in	57,9	74,0	60,6	40,2
15. Dialyse				
a) Médecins	-6,4	-4,7	-5,3	-8,2
b) Forfait dialyse rénale	-2,1	0,0	0,3	1,3
c) A domicile, dans un centre	5,7	9,0	8,4	5,8
Total dialyse	-2,2	0,1	-0,2	-1,6
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
- Maisons de repos et de soins	-31,3	-17,4	-12,0	-8,8
- Maisons de repos pour personnes âgées	90,7	36,9	23,2	16,9
- Centres de soins de jour	15,3	11,5	10,3	11,5
- Harmonisation salariale personnel MRS		12,5	26,1	9,7
- Prime syndicale			1,2	37,2
- Coma				
- Renouvellements de soins (art. 56)				
- Centres de jour palliatifs				
Total	6,1	5,6	6,1	4,0

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2004 - 2005 en % - suite

Libellé	<u>2005.1</u> 2004.1	<u>2005.2</u> 2004.2	<u>2005.3</u> 2004.3	<u>2005.4</u> 2004.4
17. Fin de carrière	-2,2	95,5	85,1	151,3
18. Soins de santé mentale				
- Maisons de soins psychiatriques	-3,8	0,5	-2,5	-2,8
- Initiatives d'habitation protégée	2,7	-3,0	-0,4	1,5
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	9,2	14,9	17,0	14,0
Total	-2,2	-0,1	-1,9	-1,7
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	3,9	7,4	5,2	5,7
20. Fond Spécial	-38,2	-48,5	-51,8	-53,1
21. Logopédie	1,8	3,6	3,8	3,4
22. Centres médicaux-pédiatriques	-14,3	-3,5	-9,1	-8,1
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,0	3,3	4,1	4,7
24. Régularisations + Refacturation	45,1	28,3	12,1	0,7
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-3,6	-8,2	10,3	10,7
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	-5,3	18,2	50,1	41,0
26. Patients chroniques	9,2	21,6	18,2	18,9
27. Soins palliatifs	7,3	10,8	6,6	5,7
28. Soins palliatifs (patient)	1,3	4,3	3,1	2,1
29. Tissus humains	-35,5	31,5	28,6	0,0
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes				
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	57,1	40,9	30,0	33,7
b) COMA				
c) Projets thérapeutiques				
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	57,1	40,9	30,0	33,7
32. Internés				
33. Sevrage tabac				
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Procréation assistée				
36. Provision de stabilité				
37. Indépendants : intégration petits risques				
38. Indépendants : règlement collectif de dettes				
39. Montant prévisionnel accord social				
40. Fonds assuétudes				
41. Rattrapages hôpitaux				
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants				
Total général	1,6	3,4	3,4	2,9

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2005 - 2006 en %

Libellé	<u>2006.1</u> 2005.1	<u>2006.2</u> 2005.2	<u>2006.3</u> 2005.3	<u>2006.4</u> 2005.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	2,9	-2,8		
b) Imagerie médicale	1,0	-4,0		
c) Consultations, visites et avis	11,1	8,4		
d) Prestations spéciales	4,2	2,1		
e) Chirurgie	7,3	4,2		
f) Gynécologie	7,4	4,8		
g) Surveillance	8,4	3,6		
h) Forfait accréditation médecins	-42,8	-24,0		
i) Forfait dossier médical	263,6	10.216,7		
j) Forfait télématique	66,7	4,3		
k) Contrôle de qualité Pasteur				
l) Forfait services de garde organisés	-68,2	-20,4		
Total médecins	5,6	2,0		
2. a) Honoraires dentaires	8,9	6,1		
b) Forfait accréditation	-100,0	-55,2		
Total dentistes	8,9	6,1		
3. Prestations pharmaceutiques	-1,0	-1,6		
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,1	7,6		
5. Frais spécifiques services soins à domicile	7,7	7,6		
6. Soins par kinésithérapeutes	7,4	2,8		
7. Soins par bandagistes	4,1	5,7		
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	-1,0	4,1		
10. Soins par opticiens	11,7	6,9		
11. Soins par audiciens	10,8	10,3		
12. Accouchements par accoucheuses	13,6	8,1		
13. Prix de la journée d'entretien	0,0	2,1		
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	15,6	9,7		
Total	0,4	2,3		
14. Hôpital militaire - prix all-in	-33,1	-37,5		
15. Dialyse				
a) Médecins	6,4	2,5		
b) Forfait dialyse rénale	22,3	12,7		
c) A domicile, dans un centre	27,5	15,5		
Total dialyse	16,9	9,2		
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
- Maisons de repos et de soins	2,2	2,6		
- Maisons de repos pour personnes âgées	4,7	4,8		
- Centres de soins de jour	22,2	24,8		
- Harmonisation salariale personnel MRS	74,2	62,4		
- Prime syndicale	57,2	3,5		
- Coma				
- Renouvellements de soins (art. 56)				
- Centres de jour palliatifs				
Total	14,6	10,9		

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2005 - 2006 en % - suite

Libellé	<u>2006.1</u> 2005.1	<u>2006.2</u> 2005.2	<u>2006.3</u> 2005.3	<u>2006.4</u> 2005.4
17. Fin de carrière	93,7	76,6		
18. Soins de santé mentale				
- Maisons de soins psychiatriques	2,7	-1,0		
- Initiatives d'habitation protégée	7,1	25,1		
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	13,7	10,6		
Total	3,9	4,9		
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	6,5	6,4		
20. Fond Spécial	77,9	66,9		
21. Logopédie	8,5	4,1		
22. Centres médicaux-pédiatriques	-59,6	-70,7		
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	6,0	7,1		
24. Régularisations + Refacturation	26,3	35,3		
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	38,5	42,8		
b) MAF fiscal	-56,0	-6,7		
Total maximum à facturer	40,2	31,7		
26. Patients chroniques	4,7	-4,7		
27. Soins palliatifs	13,7	7,2		
28. Soins palliatifs (patient)	7,3	3,9		
29. Tissus humains	31,3	-6,5		
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes				
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	109,1	180,6		
b) COMA				
c) Projets thérapeutiques				
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	109,1	180,6		
32. Internés				
33. Sevrage tabac				
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Procréation assistée				
36. Provision de stabilité				
37. Indépendants : intégration petits risques				
38. Indépendants : règlement collectif de dettes				
39. Montant prévisionnel accord social				
40. Fonds assuétudes				
41. Rattrapages hôpitaux				
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants				
Total général	4,8	3,3		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2006 dans l'objectif 2006

Libellé	2006.1	2006.2	2006.3	2006.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique				
b) Imagerie médicale				
c) Consultations, visites et avis				
d) Prestations spéciales				
e) Chirurgie				
f) Gynécologie				
g) Surveillance				
h) Forfait accréditation médecins				
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique				
k) Contrôle de qualité Pasteur				
l) Forfait services de garde organisés				
Total médecins	24,3	49,3		
2. a) Honoraires dentaires				
b) Forfait accréditation				
Total dentistes	25,3	49,7		
3. Prestations pharmaceutiques	23,8	48,6		
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,6	49,3		
5. Frais spécifiques services soins à domicile	48,5	48,6		
6. Soins par kinésithérapeutes	25,3	49,2		
7. Soins par bandagistes	22,2	45,5		
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	19,8	43,5		
10. Soins par opticiens	25,1	48,5		
11. Soins par audiciens	25,2	48,4		
12. Accouchements par accoucheuses	24,2	47,9		
13. Prix de la journée d'entretien	24,4	49,7		
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	21,0	43,6		
Total	24,3	49,5		
14. Hôpital militaire - prix all-in	19,1	34,1		
15. Dialyse				
a) Médecins				
b) Forfait dialyse rénale				
c) A domicile, dans un centre				
Total dialyse	24,6	49,7		
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
- Maisons de repos et de soins				
- Maisons de repos pour personnes âgées				
- Centres de soins de jour				
- Harmonisation salariale personnel MRS				
- Prime syndicale				
- Coma				
- Renouvellements de soins (art. 56)				
- Centres de jour palliatifs				
Total	27,9	51,1		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2006 dans l'objectif 2006 - suite

Libellé	2006.1	2006.2	2006.3	2006.4
17. Fin de carrière	29,8	54,4		
18. Soins de santé mentale				
- Maisons de soins psychiatriques	24,4	49,6		
- Initiatives d'habitation protégée	21,5	44,7		
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	23,8	50,9		
Total	23,6	48,2		
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	20,4	45,4		
20. Fond Spécial	23,9	37,2		
21. Logopédie	26,8	52,7		
22. Centres médicaux-pédiatriques	65,5	97,8		
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	24,8	49,0		
24. Régularisations + Refacturation	31,9	67,6		
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	32,1	53,4		
b) MAF fiscal	-0,9	51,1		
Total maximum à facturer	26,7	53,0		
26. Patients chroniques	29,2	49,6		
27. Soins palliatifs	25,8	53,3		
28. Soins palliatifs (patient)	25,4	49,6		
29. Tissus humains	20,2	39,4		
30. Equipes multidisciplinaires voiturées	2,9	16,7		
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	6,8	17,3		
b) COMA	0,0	0,0		
c) Projets thérapeutiques	0,0	0,0		
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	2,2	5,5		
32. Internés	0,0	10,6		
33. Sevrage tabac	0,0	0,0		
34. Circuit de soins psychiatriques	0,0	0,0		
35. Procréation assistée	0,0	0,0		
36. Provision de stabilité	0,0	0,0		
37. Indépendants : intégration petits risques	0,0	0,0		
38. Indépendants : règlement collectif de dettes	0,0	0,0		
39. Montant prévisionnel accord social	0,0	0,0		
40. Fonds assuétudes	0,0	0,0		
41. Rattrapages hôpitaux	0,0	0,0		
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants	0,0	0,0		
Total général	24,1	48,5		

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Septembre 2005 (1)	Décembre 2005 (2)	Mars 2006 (3)	Juin 2006 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	5,16	5,08	6,22	0,72
b) Imagerie médicale	9,23	5,55	4,44	-1,78
c) Consultations, visites et avis	4,80	4,74	6,85	6,51
d) Prestations spéciales	2,66	1,37	2,55	1,66
e) Chirurgie	1,48	0,45	2,71	2,33
f) Gynécologie	0,67	-0,11	2,32	2,21
g) Surveillance	3,13	3,47	6,30	3,73
h) Forfait accréditation médecins	7,11	33,65	-1,35	0,44
i) Forfait dossier médical	1,82	-98,61	-94,72	9,01
j) Forfait télématique	6,35	7,28	7,51	3,25
k) Contrôle de qualité Pasteur	9,47	9,47	9,47	9,47
l) Forfait services de garde organisés	-23,10	18,46	-29,80	13,00
Total médecins	4,49	3,52	4,64	2,28
2. a) Honoraires dentaires	1,40	-0,14	2,18	2,76
b) Forfait accréditation	5,11	9,63	9,17	1.655,29
Total dentistes	1,46	0,01	2,29	4,36
3. Prestations pharmaceutiques	2,64	2,55	1,78	-0,73
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	6,17	4,13	5,70	6,44
5. Frais spécifiques services soins à domicile	5,83	5,81	5,89	5,76
6. Soins par kinésithérapeutes	3,36	3,69	5,38	2,46
7. Soins par bandagistes	0,87	0,14	-0,96	2,44
8. Soins par orthopédistes	8,64	6,84	6,60	5,64
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	2,59	3,00	1,86	2,41
10. Soins par opticiens	-0,30	-1,50	3,66	3,44
11. Soins par audiciens	1,06	-0,05	2,63	5,26
12. Accouchements par accoucheuses	9,51	9,28	11,12	8,74
13. Prix de la journée d'entretien	-0,70	-0,97	-1,32	0,53
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	3,47	0,80	5,02	5,67
Total	-0,57	-0,91	-1,12	0,70
14. Hôpital militaire - prix all-in	40,92	40,15	9,95	-16,87
15. Dialyse				
a) Médecins	-2,16	-8,24	-5,35	-4,84
b) Forfait dialyse rénale	2,00	1,26	6,77	7,39
c) A domicile, dans un centre	11,55	5,80	10,67	9,11
Total dialyse	2,48	-1,65	2,68	2,80
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
- Maisons de repos et de soins	-17,71	-8,81	2,43	2,11
- Maisons de repos pour personnes âgées	36,10	16,87	3,77	3,56
- Centres de soins de jour	10,62	11,54	13,47	18,17
- Harmonisation salariale personnel MRS	28,59	9,67	32,26	39,78
- Prime syndicale	1,19	37,20	163,01	39,11
- Coma				
- Renouvellements de soins (art. 56)				
- Centres de jour palliatifs				
Total	6,56	4,01	6,34	6,74

(1) Septembre 2005 = (9 premiers mois 2005 + 3 derniers mois 2004) / (9 premiers mois 2004 + 3 derniers mois 2003)

(2) Décembre 2005 = (12 mois 2005) / (12 mois 2004)

(3) Mars 2006 = (3 premiers mois 2006 + 9 derniers mois 2005) / (3 premiers mois 2005 + 9 derniers mois 2004)

(4) Juin 2006 = (6 premiers mois 2006 + 6 derniers mois 2005) / (6 premiers mois 2005 + 6 derniers mois 2004)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Septembre 2005 (1)	Décembre 2005 (2)	Mars 2006 (3)	Juin 2006 (4)
17. Fin de carrière	92,41	151,29	175,92	132,94
18. Soins de santé mentale				
- Maisons de soins psychiatriques	-3,77	-2,84	-1,28	-3,55
- Initiatives d'habitation protégée	-3,65	1,49	2,65	14,86
- Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	17,50	13,99	15,00	11,81
Total	-3,54	-1,68	-0,20	0,75
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,50	5,73	6,30	5,30
20. Fond Spécial	-38,81	-53,12	-35,42	-16,97
21. Logopédie	5,54	3,38	5,17	3,67
22. Centres médicaux-pédiatriques	-11,26	-8,11	-18,61	-40,39
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	2,51	4,69	4,95	6,62
24. Régularisations + Refacturation	13,01	0,68	-0,60	7,15
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	16,66	10,68	25,32	41,06
b) MAF fiscal			-5.204,36	85,90
Total maximum à facturer	48,45	41,03	57,36	47,44
26. Patients chroniques	8,45	18,88	17,46	6,94
27. Soins palliatifs	-0,14	5,65	7,51	3,79
28. Soins palliatifs (patient)	5,90	2,12	3,67	1,94
29. Tissus humains	49,29	-0,05	19,25	-14,70
30. Equipes multidisciplinaires voitures				
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISO	50,65	33,68	52,34	111,50
b) COMA				
c) Projets thérapeutiques				
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	50,65	33,68	52,34	111,50
32. Internés				
33. Sevrage tabac				
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Procréation assistée				
36. Provision de stabilité				
37. Indépendants : intégration petits risques				
38. Indépendants : règlement collectif de dettes				
39. Montant prévisionnel accord social				
40. Fonds assuétudes				
41. Rattrapages hôpitaux				
42. 2ième pilier fonds de pension praticiens art infirmier indépendants				
Total général	3,50	2,85	3,66	2,81

(1) Septembre 2005 = (9 premiers mois 2005 + 3 derniers mois 2004) / (9 premiers mois 2004 + 3 derniers mois 2003)

(2) Décembre 2005 = (12 mois 2005) / (12 mois 2004)

(3) Mars 2006 = (3 premiers mois 2006 + 9 derniers mois 2005) / (3 premiers mois 2005 + 9 derniers mois 2004)

(4) Juin 2006 = (6 premiers mois 2006 + 6 derniers mois 2005) / (6 premiers mois 2005 + 6 derniers mois 2004)

**EVOLUTION DU NOMBRE DE DISPENSATEURS DE SOINS
AU 31 DECEMBRE**

	2001	2002	2003	2004	2005
Médecins					
- Médecins de médecine générale	21.614	21.698	21.985	21.898	18.216
- Médecins spécialistes	18.553	19.065	19.461	19.836	23.960
Pharmaciens	10.939	11.191	11.389	11.618	11.882
Dentistes	8.512	8.553	8.597	8.660	8.655
Accoucheuses	4.613	4.734	4.912	5.084	5.300
Infirmières	56.996	58.306	60.142	62.211	64.191
Kinésithérapeutes	27.362	27.475	28.192	28.252	24.958
Logopèdes	3.287	3.633	3.575	3.922	4.252
Orthoptistes	82	80	83	86	89
Orthopédistes	562	559	556	560	434
Bandagistes	8.267	8.357	8.486	8.653	7.533
Bandagistes (implants)	786	804	818	836	888
Opticiens	3.325	3.333	3.364	3.306	3.326
Audiciens	911	952	1.008	1.039	1.085
Pharmaciens-biologistes	578	584	587	583	593

