Évolution de la législation

ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION RELATIVE À l'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS

1er trimestre 2008

I. ASPECTS INSTITUTIONNELS ET ADMINISTRATIFS

A. Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

La disposition instituant la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs entre en vigueur au 1er mars 2008[1].

Selon l'article 29*ter* de la loi du 14 juillet 1994, cette commission est chargée :

- d'établir une liste des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables et de formuler des propositions motivées concernant les demandes de remboursement introduites ;
- de donner des avis à la demande du Ministre.

La commission est composée de :

- 7 membres effectifs et de 7 membres suppléants proposés par les universités belges ;
- 8 membres effectifs et de 8 membres suppléants proposés par les organismes assureurs ;
- 3 membres effectifs et de 3 membres suppléants proposés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers ;
- 3 membres effectifs et de 3 membres suppléants proposés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins ;
- 2 membres effectifs et de 2 membres suppléants proposés par les associations professionnelles représentatives des gestionnaires d'hôpitaux ;
- 1 membre effectif et de 1 membre suppléant proposés par les associations professionnelles représentatives des fabricants, des importateurs et distributeurs d'implants et de dispositifs médicaux invasifs ;
- les Ministres des Affaires sociales, de la Santé publique et du Budget présentent chacun 1 membre effectif et 1 membre suppléant ;
- 1 membre effectif et de 1 membre suppléant, représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

---

[1] A.R. du 10 février 2008 modifiant, en ce qui concerne la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs, l'arrêté royal 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 20 février 2008 (Ed. 2), p. 10697.

B. Commission nationale dento-mutualiste

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste a été publié au Moniteur belge après avoir été approuvé en séance[2].
Le règlement comprend des dispositions relatives à la convocation des réunions, au siège de la commission, à l'ordre du jour, aux votes, à la présidence de la réunion, au secrétariat, aux procès-verbaux et à la consultation écrite.

C. Moyens financiers

Le budget global des moyens financiers pour les prestations relatives aux spécialités pharmaceutiques s'élève à 3 360,368 millions d'EUR pour l'année 2007. Ce budget tient compte d'un certain nombre de mesures d'économie et d'un certain nombre de nouvelles initiatives en 2007[3].

Le budget global des moyens financiers pour les prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé s'élève en 2007 :

- à 777 390 000 d'EUR pour l'imagerie médicale[4] ;
- à 1 028 823 000 d'EUR pour la biologie clinique[5].

Le financement des maisons de repos et de soins et des maisons de repos pour personnes âgées est modifié[6] parce qu'il est prévu dans :

- le financement supplémentaire du traitement de la démence ;
- le financement supplémentaire du court séjour ;
- le financement de la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence ;
- les adaptations techniques découlant de ces modifications.

D. Séjours hospitaliers anonymes

La collecte de données dans le cadre des séjours hospitaliers anonymes s'étend au sexe du patient, à la date et au lieu de la prestation et au numéro d'identification du dispensateur. En outre, la collecte de données s'étend également à l'hospitalisation de jour[7].

---

2 A.R. du 12 février 2008 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste, M.B. du 21 février 2008, p. 10838.

3 A.R. du 27 janvier 2008 fixant le budget global en 2007 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 18 mars 2008, p. 15796.

4 A.R. du 25 février 2008 fixant le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière d'imagerie médicale en 2007 dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 11 mars 2008 (Ed. 2), p. 14877.

5 A.R. du 25 février 2008 fixant le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de biologie clinique en 2007 dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 11 mars 2008 (Ed. 2), p. 14878.

6 A.M. du 10 mars 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, §12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, M.B. du 25 mars 2008, p. 16477.

7 A.R. du 20 décembre 2007 modifiant l'arrêté royal 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 18 janvier 2008 (Ed. 3), p. 1882.

II. ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

A. Les dispensateurs de soins

1. Médecins

Accord national médico-mutualiste

Le 20 décembre 2007, un nouvel accord a été conclu au sein de la Commission nationale médico-mutualiste pour l'année 2008. Compte tenu du contexte politique spécifique, l'accord est exceptionnellement conclu pour une période d'un an[8].

Les principaux éléments sont les suivants :

Réétalonnage de la nomenclature

Une première phase de réétalonnage de la nomenclature des médecins-spécialistes est prévue en limitant les dépenses dans certains secteurs pour dégager des moyens supplémentaires (29,5 millions d'EUR) au profit d'autres secteurs (psychiatrie, pédopsychiatrie, gériatrie, rhumatologie, pédiatrie, médecine interne générale, oncologie, endocrinologie et hématologie).

Honoraires

Les honoraires sont indexés de façon linéaire de 1,62% à partir du 1er janvier 2008.

Les médecins généralistes bénéficient d'une revalorisation des visites et visites majorées, du dossier médical global et de l'accompagnement en ambulance.

Les médecins spécialistes bénéficient également d'une revalorisation de la consultation de base et les honoraires des psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres et gynécologues sont revalorisés.

Projets

Voici les nouveaux projets d'envergure inscrits au budget :

- Permanence et disponibilité des médecins généralistes et des médecins spécialistes et mise en place de services de garde performants de médecins généralistes.
  D'une part, un supplément de garde est prévu pour des consultations effectuées entre 19 et – 21 heures par les médecins de garde. Ce supplément est entièrement à charge de l'assurance soins de santé. Parallèlement, les honoraires de disponibilité sont étendus d'une heure.
  D'autre part, un supplément de permanence pourra être porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21 heures au cabinet du généraliste inscrit au service de garde. Ce supplément est entièrement à charge de l'assurance soins de santé pour les patients ayant un DMG auprès du médecin consulté. Le médecin généraliste inscrit au service de garde peut porter en compte un supplément de permanence de 2 EUR pour les consultations effectuées entre 18 et 21 heures.
- Intervention dans les frais de dossier médical global des patients palliatifs.
- Médecine interne : dialyse du foie via convention.
- Soutien de la pratique de la médecine générale.

Recommandations

D'importantes recommandations sont formulées à l'attention des autorités, entre autres en ce qui concerne les suppléments d'honoraires en milieu hospitalier, l'adaptation de la réglementation des médicaments du chapitre II, les postes de garde de médecine générale, …

---

8 M.B. du 14 janvier 2008, p. 1094.

Accréditation

Les honoraires forfaitaires d'accréditation sont indexés au 1er janvier 2008 et s'élèvent à 556 EUR.

Dossier médical global

Les honoraires pour le dossier médical global s'élèvent à 25,67 EUR à partir du 1er janvier 2008.

Soutien de la pratique de la médecine générale

À partir de 2008, une intervention de 1 000 EUR visant à soutenir la pratique de la médecine générale sera accordée aux médecins généralistes agréés qui sont inscrits au service de garde organisé par le cercle agréé de médecins généralistes et qui ont une activité d'au moins 1 250 consultations et/ou visites à domicile par an.

Trajets de soins

Les trajets de soins pour les patients atteints du diabète de type 2 et pour les patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique seront rendus opérationnels au plus tard le 1er janvier 2009.

Statut social

Le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à :

- 3 595,10 EUR pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national pour leur activité professionnelle complète ;
- 1 935,13 EUR pour les médecins qui n'y ont pas adhéré pour leur activité professionnelle complète.

Fonds d'impulsion de la médecine générale

Dans le précédent accord national médico-mutualiste conclu le 20 décembre 2005, il était déjà prévu de développer des formules de prêt pour les médecins généralistes débutants et ce, par le biais du fonds de participation. La réglementation relative à la création d'un Fonds d'impulsion de la médecine générale est entrée en vigueur au 1er juillet 2006.

Les modifications suivantes y ont été apportées[9] :

- La notion de date d'installation du médecin généraliste est définie de manière plus détaillée, tout comme la notion de « nouvelle installation ».

- Le Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes peut désormais conseiller au ministre d'élargir ou de limiter certaines zones initialement considérées comme étant prioritaires.

- Les délais sont déterminés de manière très précise : le SECM transmet au ministre la liste des zones prioritaires des médecins généralistes avant le 15 février. L'application des critères est actualisée chaque année au 1er juin et publiée au plus tard le 1er juillet. Les zones déterminées restent valables jusqu'au 30 mai de l'année suivante.

[9] A.R. du 20 novembre 2007 modifiant l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant création d'un Fonds d'impulsion de la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, M.B. du 21 janvier 2008, p. 2083.

- Le médecin généraliste qui, dans le courant de la période de cinq ans suivant la date d'établissement, cesse son activité de médecin généraliste ou transfère cette activité vers une zone non prioritaire, doit rembourser l'intervention pour les années non encore entamées devant encore être parcourues et pour lesquelles il n'est plus satisfait aux conditions d'installation. Autrefois, il devait rembourser le montant de l'intervention des 5 années complètes.

2. Praticiens de l'art dentaire

Accréditation

Depuis le 1er janvier 2008, trois organes sont inscrits dans l'arrêté royal du 3 juillet 1997 dans le cadre de l'accréditation des praticiens de l'art dentaire[10]. Il s'agit du Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire, de la Commission d'évaluation de l'art dentaire et de la Commission d'appel de l'art dentaire.

Le Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire :

- précise les conditions d'accréditation et accrédite les praticiens de l'art dentaire qui demandent à être accrédités, sur la base de ces conditions ;
- fixe les conditions d'agrément d'organisateurs d'activités de formation complémentaire et de séances de peer review et peut éventuellement sanctionner en cas d'infraction ;
- fixe les conditions d'agrément d'activités de formation complémentaire et les conditions auxquelles doivent satisfaire les séances de peer review.

La Commission d'évaluation de l'art dentaire conseille le Groupe de direction en matière de reconnaissance des organisateurs d'activités de formation complémentaire et des activités de formation complémentaire à proprement parler, sur la base des conditions définies par le Groupe de direction.

La Commission d'appel de l'art dentaire statue sur les recours introduits par les praticiens de l'art dentaire contre les décisions du Groupe de direction les concernant. Les recours introduits par les organisateurs d'activités de formation complémentaire seront désormais directement traités par le Conseil d'État.

Statut social

Le montant annuel versé par le Service des soins de santé dans le cadre des avantages sociaux s'élève à 1 923,52 EUR pour l'année 2007[11].

---

10 A.R. du 20 décembre 2007 modifiant l'arrêté royal 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 14 janvier 2008, p. 998.

11 A.R. du 18 janvier 2008 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2007 par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité telle qu'elle est prévue par l'arrêté royal du 18 janvier 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire, M.B. du 1er février 2008, p. 5542.

3. Kinésithérapeutes

Utilisation de la télématique

La date limite à laquelle les kinésithérapeutes peuvent introduire le formulaire de demande en vue d'obtenir une intervention financière pour l'utilisation de la télématique a été fixée au 31 décembre pour l'année 2007. Auparavant, la date limite était fixée au 30 septembre 2007[12].

Élections

Des élections seront à nouveau tenues en 2008 afin de désigner les représentants des kinésithérapeutes.

a) Procédure
La procédure est légèrement adaptée en ce qui concerne la fixation de la date des déclarations sur l'honneur, signées par les huissiers de justice. En outre, la liste des adresses des sièges des services provinciaux sur laquelle les listes des électeurs peuvent être consultées, est adaptée[13].

b) Les organisations professionnelles
L'arrêté royal déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités d'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'INAMI est adapté en ce sens que ses dispositions ne portent pas uniquement sur certains comités et conseils spécifiquement énumérés mais également sur l'ensemble des organes faisant légalement partie de l'INAMI[14].

c) Les listes des électeurs
La date à laquelle la liste des électeurs est établie est fixée au 25 février 2008[15].

---

12 A.R. du 28 janvier 2008 modifiant l'arrêté royal du 18 février 2005 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux kinésithérapeutes pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers, M.B. du 11 février 2008, p. 8957.

13 A.M. du 11 février 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 6 janvier 2000 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des kinésithérapeutes telles qu'elles sont prévues aux articles 211, § 2, et 212, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 21 février 2008, p. 10836.

14 A.R. du 10 février 2008 modifiant l'arrêté royal du 7 décembre 1999 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de kinésithérapeutes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, M.B. du 21 février 2008, p. 10835.

15 A.R. du 10 février 2008 fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2008 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, M.B. du 21 février 2008, p. 10834.

B. Prestations

1. Médecins

Nomenclature

- Certaines règles d'application ont été supprimées aux articles 2 et 3 de la nomenclature en ce qui concerne les médecins généralistes stagiaires[16]. Il s'agit des prestations effectuées par des stagiaires pour lesquelles on souhaite supprimer l'inégalité qui existe actuellement entre médecins généralistes stagiaires ou médecins spécialistes stagiaires. La présence physique d'un maître de stage ou d'un remplaçant équivalent n'est plus requise pour les prestations en question.

- La prestation relative aux dilatations de l'œsophage est modifiée à l'article 20. La référence au ballon éventuel pour dilatation est supprimée[17].

- Les prestations « colonne vertébrale par scanner optique » et « ondes électromagnétiques » sont supprimées à l'article 22, compte tenu des techniques actuelles en matière d'imagerie médicale et du fait que les deux prestations sont déjà intégrées dans un ensemble de techniques de rééducation fonctionnelle[18].

- A l'article 24 « microbiologie », une nouvelle prestation est insérée pour le dépistage et la confirmation de la maladie de Lyme[19].

2. Implants

Ophtalmologie

- La notion de « valve pour le traitement du glaucome » est remplacée dans la nomenclature par « implant de drainage ». La prestation est libellée comme suit : « implant de drainage favorisant l'évacuation du liquide de la chambre antérieure »[20].

---

16 A.R. du 27 janvier 2008 modifiant les articles 2, J., et 3, § 1er, B., 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, M.B. du 18 février 2008, p. 10176.

17 A.R. du 10 février 2008 modifiant l'article 20, § 1er, c), 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, M.B. du 28 février 2008, p. 12356.

18 A.R. du 10 février 2007 modifiant les dispositions de l'article 22, I et II, a), 1°, 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, M.B. du 28 février 2008, p. 12355.

19 A.R. du 27 janvier 2008 modifiant l'article 24, § 1er, 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, M.B. du 21 février 2008, p. 10833 et Erratum, M.B. du 5 mars 2008, p.13236.

20 A.R. du 18 janvier 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 4 février 2008 (Ed. 2), p. 5993.

Chirurgie thoracique et cardiologie

Transfert de l'article 28 à l'article 35*bis* de la nomenclature :
- le remboursement du dispositif d'assistance ventriculaire temporaire[21] ;
- le remboursement des cathéters à thermodilution[22] ;
- le remboursement de pièces disposables de pompes utilisées pour soutenir la fonction cardiaque déficiente[23].

3. Orthopédistes – nomenclature

La nomenclature des orthopédistes a été modifiée depuis le 1er mars 2008[24].
L'article 29 a été adapté pour diverses raisons :
- Supprimer les éventuelles divergences d'interprétation entre le texte néerlandais et français.
- La limite d'âge pour l'intervention annuelle dans le cadre d'une réparation ou d'un entretien d'une orthèse, d'une prothèse ou d'un appareil orthopédique du tronc ou d'un membre supérieur ou inférieur, est supprimée.
- La prescription médicale pour les bénéficiaires âgés de moins de 14 ans qui ont besoin d'un gant en matière synthétique de type standard, 2 par an, n'est plus requise.
- La prescription pour les accessoires de prothèses cosmétiques des membres inférieurs n'est désormais plus requise.

4. Logopèdes

L'article 36 de la nomenclature a été modifié[25].
1. La dysphasie est intégrée dans la nomenclature. Il s'agit d'un trouble sévère du langage entraînant un changement permanent dans la structure de la langue à différents niveaux.
2. La revalorisation du bilan logopédique initial est intégrée dans le principe du container. Ce bilan comprend entre autres la constitution d'un dossier, un entretien avec le patient et/ou ses parents, les contacts avec les différents intervenants, les tests effectués sur le patient, l'amélioration des tests et l'interprétation des résultats, l'entretien avec le patient et/ou ses parents concernant les conclusions/décisions. Grâce à l'application du principe du container, le traitement de logopédie est mieux adapté aux besoins du patient.
3. Les troubles de l'ouïe ainsi que la notion d'orthodontiste sont mieux définis et les dispositions relatives à la tenue du registre des prestations ont été modifiées.

---

21 A.R. du 18 janvier 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 4 février 2008 (Ed. 2), p. 5991.

22 A.R. du 18 janvier 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 4 février 2008 (Ed. 2), p. 5990.

23 A.R. du 27 janvier 2008 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 11 février 2008, p. 8956.

24 A.R. du 12 décembre 2007 modifiant l'article 29 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 3 janvier 2008, p. 81.

25 A.R. du 19 février 2008 modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'annexe de l'arrêté royal 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 février 2008, p. 12357.

5. Hôpitaux

Hospitalisation à l'étranger

Le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation pour des raisons urgentes dans un pays qui n'est pas lié à la Belgique par une convention réglant cette question s'élève, pour l'année 2008, à 325,68 EUR[26].

6. Secteur pharmaceutique

Modification des plafonds du ticket modérateur

Les plafonds du ticket modérateur de certaines spécialités pharmaceutiques ont été rabaissés depuis le 1er mai 2008[27]. Ceci vaut pour les spécialités ayant au moins une copie ou un générique remboursable au sein du même code ATC[28].

Contraceptifs pour les jeunes

Dans l'attente d'une réglementation légale définitive, le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes est prolongé pour l'année 2008[29].

Alimentation médicale

L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient en partie dans le coût de l'alimentation spécifique utilisée dans le traitement de la maladie cœliaque. Une intervention est désormais également accordée pour l'utilisation de cette alimentation médicale en cas de dermatite herpétiforme, une maladie cutanée inflammatoire chronique rare qui peut être considérée comme une forme particulière de la maladie cœliaque.
Depuis le 1er février 2008, une intervention fixe de 19 EUR par mois est prévue pour cette alimentation médicale sans que les bénéficiaires ne doivent conserver leurs preuves d'achat et les transmettre aux organismes assureurs[30].

---

26 A.M. du 10 décembre 2007 modifiant l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger, M.B. du 10 janvier 2008, p. 659.

27 A.R. du 27 mars 2008 modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités, M.B. du 31 mars 2008 (Ed. 2), p. 17672.

28 Anatomical Therapeutical Chemical Classification (ATC).

29 A.R. du 20 décembre 2007 modifiant l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'article 25, §2, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes, M.B. du 7 janvier 2008, p. 269.

30 A.R. du 20 décembre 2007 modifiant 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment pour certains produits d'alimentation particulière, M.B. du 18 janvier 2008 (Ed. 3), p. 1884.

Préparations magistrales

L'arrêté royal du 14 février 2007 est prolongé pour une durée d'un an[31].
Il s'agit en l'occurrence d'un arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés. Il importe ici que les bénéficiaires qui reçoivent des soins palliatifs ou qui sont atteints de mucoviscidose ou de maladies héréditaires graves puissent continuer à bénéficier de ces produits.

Vaccins

L'arrêté royal du 14 juin 2007 règle l'intervention de l'assurance soins de santé pour le paiement de vaccins dans le cadre de campagnes de prévention à caractère national pour les années 2007 et 2008[32].
Cet arrêté royal a été adapté en réinstaurant les anciennes modalités de paiement de l'année 2007 pour les Communautés francophones et germanophones.
Une différence entre les communautés a toujours existé en ce qui concerne le mode de paiement. L'INAMI payait la quote-part de la Communauté flamande à la Flandre qui, à son tour, payait la totalité des factures des fournisseurs. Dans les autres Communautés (francophone et germanophone), l'intervention de l'assurance était directement versée par l'INAMI aux fournisseurs. Pour l'année 2007, ces deux Communautés ont été confrontées à des problèmes de paiement qui se sont amplifiés en raison de l'extension de la campagne de vaccination à une vaccination contre les pneumocoques.

---

31 A.R. du 16 mars 2008 modifiant l'arrêté royal du 14 février 2007 modifiant l'annexe II de 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, M.B. du 26 mars 2008, p. 16666.

32 A.R. du 16 mars 2008 modifiant l'arrêté royal du 14 juin 2007 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé pour le paiement de vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national pour les années 2007-2008, M.B. du 31 mars 2008, p. 17496.