Évolution de la législation

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

2ème trimestre 2008

I. ASPECTS INSTITUTIONNELS ET ADMINISTRATIFS

A. CareNet – MyCareNet

Le projet CareNet a pour objectif de moderniser et de simplifier l'échange d'informations et de données entre les organismes assureurs, d'une part, et les hôpitaux, d'autre part.
Cet échange électronique, qui se pratique en toute sécurité par Internet, se rapporte à la transmission de l'information administrative et du fichier de facturation.
Plusieurs hôpitaux utilisent déjà CareNet. Le but est qu'à terme, tous les hôpitaux utilisent ce nouveau système de sorte que la facture papier disparaisse.
Le projet MyCareNet est issu de CareNet. Ce projet a pour objectif d'étendre les possibilités (formulaires, facturation, informations relatives à l'assurabilité,…) à tous les travailleurs du domaine de la santé, donc également aux dispensateurs de soins.

Les dispensateurs de soins qui souhaitent appliquer la réglementation du tiers payant doivent connaître la situation de l'assurabilité de leurs patients. Ils peuvent utiliser le réseau en première instance pour obtenir les données relatives à l'assurabilité du titulaire. Entre-temps, il est également prévu que la lecture des données d'assurabilité sur la carte SIS constitue un moyen subsidiaire par rapport à l'accès direct par le réseau à ces mêmes données dans les fiches d'assurabilité des organismes assureurs. Il n'est permis d'utiliser les données d'assurabilité de la carte SIS[1] que s'il est impossible de consulter les données sur le réseau.

B. Modèles de vignettes

Étant donné que chaque organisme assureur dispose de son propre modèle de vignette, il n'est provisoirement pas possible d'introduire électroniquement les données qui y figurent. Pour ce motif, un modèle uniforme de vignette a été imposé, à la date de mise en vigueur du 1er juillet 2008[2].

---

1 A.R. du 5 juin 2008 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 24 juin 2008, p. 32247.

2 Règlement du 10 décembre 2007 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 22 avril 2008 (Éd. 2), p. 21720.

C. Retenues et cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques[3]

En ce qui concerne le fonds provisionnel qui a été institué par l'INAMI afin de couvrir les dépassements budgétaires éventuels en dépenses de soins de santé, la date à laquelle le Fonds doit être effectivement réalimenté en cas de retenue a changé. Dorénavant, ce sera le 1er mars de l'année suivant la retenue de sorte que le Fonds puisse être réalimenté dans les délais par rapport à la retenue éventuelle suivante qui a lieu en septembre lorsqu'on constate que le budget a été dépassé.

Cette recette est toujours imputée aux comptes de l'assurance obligatoire soins de santé de l'année au cours de laquelle la retenue a été faite. En outre, en ce qui concerne la fixation du pourcentage du chiffre d'affaires qui doit être versé pour réalimenter le Fonds, la loi prévoit la possibilité de tenir compte autrement des médicaments forfaitisés.

En ce que concerne le prélèvement sur le chiffre d'affaires pour l'année 2008, le pourcentage de l'acompte à payer en 2008 passe de 7,73 à 7,97 % du chiffre d'affaires réalisé en 2007. La date de paiement de cet acompte a été déplacée de juin à octobre.

D. Maisons de soins psychiatriques

En exécution de l'accord social 2005, la norme pour les maisons de soins psychiatriques est augmentée de 0,5 ETP[4] de personnel qualifié A1[5], à partir du 1er octobre 2007.

II. ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

A. Les assurés

Intégration des petits risques des travailleurs indépendants

En vue de l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour les travailleurs indépendants, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été adapté[6]. Outre l'application des principes de la loi du 26 mars 2007 portant des dispositions diverses en vue de l'intégration des petits risques, deux modifications ont également été apportées à la réglementation :

- La première consiste à ne plus tenir compte des indemnités d'incapacité de travail octroyées au conjoint aidant assujetti au mini statut dans le cadre de l'enquête relative à la condition concernant les revenus pour pouvoir être personne à charge.

- La seconde modification consiste à supprimer les cotisations personnelles dues par les pensionnés et les veuves/veufs dont la carrière professionnelle est inférieure au tiers d'une carrière considérée comme carrière professionnelle complète.

---

3 Loi-programme du 8 juin 2008, M.B. du 16 juin 2008 (Éd. 2), article 45.

4 Équivalent temps plein.

5 A.M. du 9 avril 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 10 juillet 1990 fixant 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 soins psychiatriques, M.B. du 25 avril 2008 (Éd. 2), p. 22487.

6 A.R. du 1er juillet 2008 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 23 juillet 2008, p. 38428.

Également dans le but d'intégrer les petits risques, l'arrêté royal du 1er avril 2007 a été adapté afin que les travailleurs indépendants puissent conserver le droit à l'intervention majorée de l'assurance aux conditions existantes.
Par ailleurs, à partir du 1er janvier 2008, un droit absolu à l'intervention majorée de l'assurance est accordé aux enfants handicapés ayant une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %[7].

Patients palliatifs à domicile

À partir du 1er janvier 2008, le forfait palliatif est porté à 491,22 EUR, ce qui correspond à une intervention pour les médicaments, le matériel de soins et les dispositifs pour les patients palliatifs à domicile[8]. Le montant est indexé chaque année.

Frais de déplacement des patients cancéreux

La réglementation concernant le remboursement des frais de déplacement des patients cancéreux subissant ambulatoirement une chimiothérapie ou une radiothérapie, a été modifiée[9] :

- Le remboursement est explicitement réservé aux patients cancéreux qui sont traités par rayons.

- La limitation des distances est supprimée étant donné qu'il y a trop peu de centres spécialisés de traitement du cancer.

- La distinction entre le transport individuel ou en commun est supprimée parce qu'en principe, il n'existe pas de transport en commun organisé.

B. Les dispensateurs de soins

1. Médecins

Les organisations professionnelles représentatives

Une intervention est octroyée aux organisations professionnelles de médecins qui remplissent les conditions pour être reconnues comme organisations représentatives. Cette intervention comporte deux éléments[10] :

---

7 A.R. du 11 mars 2008 modifiant l'arrêté royal du 1er avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, M.B. du 22 avril 2008 (Éd. 2), p. 21717.

8 A.R. du 9 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 4 juin 2008, p. 28368.

9 A.M. du 28 mai 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 9 juin 2008, p. 28889.

10 A.R. du 29 avril 2008 portant modification de l'arrêté royal du 25 février 2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins, M.B. du 22 mai 2008, p. 26564.

- un montant de base par organisation représentative qui, pour les années 2007 à 2010 incluse, est fixé à 125 000 EUR (indexé) ;
- un montant complémentaire par vote valable émis pour une organisation professionnelle représentative lors des dernières élections médicales et qui s'élève dorénavant à 40,21 EUR (indexé).

L'avance sur la cotisation 2007 sera versée au plus tard le 30 juin 2008 ; celle des années suivantes le sera au plus tard le 31 mars.

Les honoraires de disponibilité[11]

À partir du 1er janvier 2008, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins spécialistes pour la disponibilité effective *extra-muros* durant les services de garde organisés dans un hôpital qui dispose d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés et/ou d'une fonction reconnue de soins intensifs. Un week-end s'étend du vendredi soir à 20 heures au lundi matin suivant à 8 heures. Un jour férié légal qui ne coïncide pas avec un week-end s'étend depuis la veille de ce jour férié à 20 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures. Un jour férié légal qui se situe un vendredi s'étend du jeudi soir 20 heures au vendredi soir 20 heures et un jour férié légal qui se situe un lundi s'étend du lundi matin 8 heures au mardi matin 8 heures**.**

Depuis le 1er janvier 2008, les honoraires forfaitaires de disponibilité s'élèvent à 312,50 EUR par week-end, à 187,50 EUR par jour férié légal qui ne coïncide pas avec un week-end et à 125,00 EUR par jour férié légal qui se situe un vendredi ou un lundi.

Seuls les porteurs des titres professionnels suivants entrent en ligne de compte :

- le médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie ou en pneumologie ou en gastro-entérologie ou en gériatrie ;
- le médecin spécialiste en chirurgie ;
- le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ;
- le médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, si l'hôpital dispose d'un service M agréé ;
- le médecin spécialiste en pédiatrie, si l'hôpital dispose d'un service E agréé ;
- le médecin spécialiste en radiodiagnostic ;
- le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ;
- le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie ;
- le médecin spécialiste en ophtalmologie ;
- le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neurologie ou en neuropsychiatrie.

---

11 A.R. du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital, M.B. du 22 mai 2008 (Éd. 2), p. 26644.

2. Dentistes

Les maîtres de stage et les maîtres de stage coordinateurs peuvent demander une indemnité pour l'encadrement d'un candidat dentiste généraliste et d'un candidat spécialiste en orthodontie ou en parodontologie. À cet effet, le maître de stage doit communiquer la liste des candidats qu'il a encadrés dans l'exercice de leur fonction pendant une période de 12 mois, commençant le 1er septembre de l'année précédente. La date de début du 1er septembre est portée au 1er juillet au plus tôt et ce, à partir du 1er juillet 2008[12]. En effet, on a constaté que les stages ne correspondent pas toujours aux années académiques.

3. Pharmaciens

Dans le cadre de l'harmonisation des procédures d'octroi des statuts sociaux, l'arrêté royal instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens a été modifié[13]. L'harmonisation avait déjà été réalisée auparavant pour les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes[14].

Pour les pharmaciens, les modifications sont les suivantes :

Intérêts de retard

- Des intérêts de retard sont dus lorsque les montants des avantages sociaux ne sont pas payés dans les délais prévus.

Incapacité de travail de longue durée

- L'incapacité de travail de longue durée (plus d'un an) sera désormais prise en compte.

Situation des nouveaux dispensateurs de soins

- Dans le cadre de la revendication de l'adhésion à l'Accord national pour l'année complète, une exception est prévue pour les pharmaciens débutants. Le statut social de l'année d'inscription sera désormais accordé à raison du nombre de mois en cours desquels les dispensateurs de soins ont adhéré à l'accord national pendant la première année.

Stages de spécialisation

- Les stages de spécialisation qui s'inscrivent dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (p.ex. pharmacien hospitalier) seront désormais pris en compte pour l'octroi d'avantages sociaux.

Année de décès

- Les avantages sociaux sont accordés sans conditions pour l'année au cours de laquelle le pharmacien décède.

---

12 A.R. du 9 avril 2008 modifiant l'arrêté royal du 5 octobre 2006 fixant les critères et les règles selon lesquelles une indemnité est accordée aux maîtres de stage et aux maîtres de stage coordinateurs en orthodontie, M.B. du 23 avril 2008, p. 21932 ; A.R. du 9 avril 2008 modifiant l'arrêté royal du 5 octobre 2006 fixant les critères et les règles selon lesquelles une indemnité est accordée aux maîtres de stage et aux maîtres de stage coordinateurs en parodontologie, M.B. du 23 avril 2008, p. 21933 et A.R. du 9 avril 2008 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 2007 fixant les critères et les règles selon lesquelles une indemnité est accordée aux maîtres de stage de candidats dentistes généralistes, M.B. du 23 avril 2008 , p. 21934.

13 A.R. du 6 avril 2008 modifiant l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens, M.B. du 16 avril 2008, p. 20219.

14 Voir B.I. 2007/4, pp. 568-570.

C. Les prestations

1. Médecins

Nomenclature

- Article 13 - Réanimation
  L'interdiction de cumul en ce qui concerne le monitoring ECG a été assouplie depuis le 1er juin 2008[15].
  Souvent les cardiologues/internistes ou les médecins généralistes prennent un ECG chez un patient faisant un infarctus, avant de le faire transporter à l'hôpital. Lorsque l'hôpital plaçait ensuite le patient sous monitoring, les organismes assureurs pouvaient, jusqu'avant le 1er juin 2008, réclamer la prestation au médecin traitant. Cette interdiction de cumul a été supprimée.

- Article 14, d) – Chirurgie de l'abdomen
  Les conditions d'intervention de l'assurance pour un anneau gastrique et son placement ont été adaptées :
  - L'Indice de Masse Corporelle doit être égal ou supérieur à 35 (auparavant à 40).
  - La limite d'âge supérieure "jusqu'à 60 ans inclus" a été supprimée ; dorénavant toute personne entre en ligne de compte à partir de 18 ans.
  - Pour participer à une concertation multidisciplinaire, la spécialisation en endocrinologie-diabétologie n'est plus exigée.

- Article 14, i) – Oto-rhino-laryngologie
  Une nouvelle prestation est insérée : un supplément pour l'audiométrie vocale lorsqu'elle est effectuée en même temps qu'une audiométrie tonale[16].

- Article 14, j) – Chirurgie - Urologie
  La prestation 261111-261122 est désormais libellée comme suit : "orchidectomie radicale pour tumeur testiculaire primitive avec lymphadenectomie inguinale et/ou iliaque et/ou lombaire"[17].

- Article 19, § 5 – Radiothérapie
  Un traitement de brachythérapie dans le cas d'un cancer de la prostate peut désormais se faire aussi en dehors d'un hôpital dans un centre agréé de radiothérapie[18].

---

15 A.R. du 13 avril 2008 modifiant les articles 13, § 2, 4° et 20, § 1er, e), 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 29 avril 2008 (Éd. 2), p. 23174.

16 A.R. du 14 avril 2008 modifiant l'article 37*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 9 mai 2008, p. 24603.

17 A.R. du 28 mai 2008 modifiant l'article 14, j), 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 12 juin 2008, p. 29597.

18 A.R. du 1er juin 2008 modifiant l'article 19, § 5, 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 16 juin 2008 (Éd. 2) p. 30580.

- Article 20 – Médecine interne – Gastro-entérologie
  Une nouvelle prestation est insérée dans l'article 20 de la nomenclature qui permet de faire un examen du système digestif en utilisant une capsule endoscopique (enregistrement par vidéo)[19].

  L'intervention personnelle de l'assuré s'élève à 15 % avec un maximum de 8,68 EUR. Pour les bénéficiaires d'une intervention majorée, il n'y a pas d'intervention personnelle[20].

- Article 24*bis* – Biologie clinique
  Dans la section 11 de la nomenclature "biologie clinique", un article 24*bis* a été inséré [21]. Cet article comporte des tests de biologie moléculaire pour la détection de différents micro-organismes et constitue une adaptation de la nomenclature aux connaissances récentes acquises au niveau des techniques de biologie moléculaire.

  Il s'agit concrètement des prestations suivantes :
  - trois tests pour la détection du virus de l'hépatite C ;
  - un test quantitatif pour la détection du virus de l'hépatite B ;
  - un test pour la détection des entérovirus ;
  - un test pour la détection du virus de l'Herpes Simplex sous ses deux génotypes ;
  - un test pour la détection de la varicelle – Herpes Zoster ;
  - un test pour la détection du Toxoplasme Gondii.

  L'intervention personnelle de l'assuré s'élève à 15 % avec un maximum de 8,68 EUR. Pour les bénéficiaires d'une intervention majorée, il n'y a pas de quote-part personnelle[22].

- Article 25 – Surveillance des bénéficiaires admis à l'hôpital
  Deux nouvelles prestations ont été insérées pour l'attestation des honoraires de surveillance et de coordination lors d'une opération de la cataracte par phacoémulsification[23].

---

19 A.R. du 13 avril 2008 modifiant 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 7 mai 2008, p. 24193 et A.R. du 13 avril 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 7 mai 2008 , p. 24194.

20 A.R. du 13 avril 2008 modifiant l'article 37*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 7 mai 2008, p. 24195.

21 A.R. du 19 mars 2008 modifiant 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 avril 2008 (Éd. 2), p. 20982.

22 A.R. du 20 mars 2008 modifiant l'article 37*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 18 avril 2008 (Éd. 2), p. 20985.

23 A.R. du 29 avril 2008 modifiant l'article 25, § 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 23 mai 2008, p. 26671.

Psychiatrie infanto-juvénile

L'intervention personnelle pour certaines prestations de psychiatrie infanto-juvénile a diminué[24]. Il s'agit du traitement psychothérapeutique ou de l'évaluation psychiatrique approfondie et individuelle d'un enfant ou d'un adolescent de moins de 18 ans, d'une durée de 60 ou 120 minutes minimum.

Prestations effectuées par les laboratoires de biologie moléculaire

L'assurance soins de santé n'intervient dans les prestations de biologie clinique ; d'anatomopathologie et de médecine nucléaire in vitro que lorsque le laboratoire a été agréé par l'Institut scientifique de santé publique.
Au cours d'une période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2008, l'intervention peut être accordée également avec effet rétroactif à partir de la date d'agrément fixée par l'ISSP et communiquée à l'INAMI[25].

2. Dentistes

Nomenclature

Depuis le 1er juillet 2008, une série de modifications importantes apportées aux articles 5 et 6 de la nomenclature sont entrées en vigueur[26]. Elles peuvent se résumer de la façon suivante :

- La limite d'âge supérieure pour l'examen buccal annuel a été portée de 56 à 57 ans.

- La limite d'âge supérieure pour les extractions dentaires est passée de 66 à 60 ans. Dorénavant l'intervention pour les extractions dentaires aura lieu jusqu'à 15 ans et à partir de 60 ans.

- L'intervention minimum pour le détartrage est augmentée et correspond actuellement à la moitié du montant de l'intervention ordinaire pour le détartrage, si aucun numéro de nomenclature en dentisterie n'a été enregistré au cours de l'année civile précédente.

- Le supplément d'honoraires pour l'utilisation de techniques adhésives est étendu à toutes les dents définitives. Il n'y aura plus de remboursement pour les canines et incisives lactéales.

- Une révision globale de la nomenclature est effectuée en fonction de l'âge limite, dans le but de simplifier en optant pour une seule limite d'âge pour les jeunes, à savoir l'âge de 15 ans qui constitue actuellement l'âge limite en orthodontie et pour les extractions dentaires. C'est ainsi qu'une série de prestations sont attestables jusqu'au 15e anniversaire et une autre à partir du 15e anniversaire.

---

24 A.R. du 18 mai 2008 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 de certaines prestations, M.B. du 30 mai 2008 (Éd. 2), p. 27651.

25 Règlement du 19 mai 2008 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 28 mai 2008 p. 27225.

26 A.R. du 26 mai 2008 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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 30 mai 2008 (Éd. 2), p. 27653.

L'âge limite pour l'examen parodontal de dépistage (DPSI) a été relevé de 36 à 40 ans[27].

Enfin, des règles interprétatives concernant les articles 5 et 6 de la nomenclature[28] ont été publiées et modifiées.

Traitement orthodontique de première intention

Depuis le 1er juillet 2008, deux numéros de nomenclature ont également été insérés pour des traitements orthodontiques de première intention[29]. Le premier prévoit une intervention au début du traitement et le second une intervention à la fin du traitement. Le but est de traiter les anomalies et les problèmes qui pourraient au fil du temps entraîner des problèmes plus graves de la dentition si l'on n'y remédiait pas.

L'intervention personnelle du patient est portée à 25 %[30].

Pour ces prestations, il y a lieu de remplir également le formulaire prévu à l'annexe 60*bis* pour informer le médecin-conseil, ensuite l'intervention est due[31].

Régime du tiers payant

Depuis le 1er juillet 2008, chaque bénéficiaire peut demander l'application du régime du tiers payant jusqu'à son 15e anniversaire[32]. Auparavant, c'était jusqu'au 12e anniversaire. Cela signifie que les prestations dispensées aux bénéficiaires jusqu'à leur 15e anniversaire concernent tous les dentistes, y compris les non conventionnés, à condition que les tarifs figurant dans l'Accord national dento-mutualiste soient respectés.

3. Accoucheuses

Pour deux prestations de l'article 9 a) de la nomenclature, la distinction est faite entre les soins durant un jour ouvrable et durant le week-end ou un jour férié[33] :

- La séance d'obstétrique prénatale en cas de grossesse à risque. Cette séance ne peut en effet pas toujours être différée et peut donc dorénavant également être dispensée durant le week-end ou un jour férié.

---

27 A.R du 18 mai 2008 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, M.B. du 28 mai 2008, p. 27224.

28 Règles interprétatives du 17 mars 2008 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 28 avril 2008, p. 22809 et Règles interprétatives du 5 mai 2008 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30 mai 2008 (Éd. 2), p. 27812.

29 A.R. du 26 mai 2008 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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 30 mai 2008 (Éd. 2), p. 27653.

30 A.R. du 26 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 30 mai 2008 (Éd. 2), p. 27662.

31 Règlement du 5 mai 2008 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 mai 2008 (Éd. 2), p. 27684.

32 A.R. du 26 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1er, al. 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 30 mai 2008 (Éd. 2), p. 27652.

33 A.R. du 22 avril 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 9 mai 2008, p. 24607.

- Les soins postnatals pendant le 4e jour suivant le jour de l'accouchement. Certaines manipulations (comme la piqûre au talon) sont effectuées habituellement le quatrième jour après l'accouchement. Il s'agit souvent du jour où la patiente quitte la clinique et où le soutien ambulatoire d'une accoucheuse est souhaitable et où ces prestations ne peuvent donc pas être différées au prochain jour ouvrable.

4. Fournisseurs d'implants

Système de location de voiturettes

L'arrêté royal qui a instauré le système de location de voiturettes dans les MRPA / MRS a été adapté afin de mettre le texte néerlandais en conformité avec le texte français[34].

Orthopédie – Matériel utilisé pour la cyphoplastie

Le matériel utilisé pour la cyphoplastie avec ballon pour le traitement de fractures de tassement d'un corps vertébral est désormais remboursé[35].

5. Opticiens

Les articles 30, 30*bis* et 30*ter* de la nomenclature[36]

Changements pour les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans, depuis le 1er août 2008 :

- Droit au remboursement de verres de lunettes d'une dioptrie de 0 à 8,25.

- Par ailleurs, ils peuvent renouveler leurs verres de lunettes lorsqu'il y a une variation de 0,5 dioptrie, quelle que soit la correction des verres de lunettes, donc aussi pour les verres d'une dioptrie de 0 à 4,25.

- Désormais cette catégorie d'âge a également droit à deux fois un montant pour l'achat d'une monture.

- Depuis le 1er août 2008, les verres trifocaux sont également remboursés aux aphaques et aux pseudoaphaques.

Remboursement de lentilles de contact spécifiques : à l'article 30, sous le point "II. Autres prothèses", deux nouvelles prestations ont été insérées :

---

34 A.R. du 9 mai 2008 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, M.B. du 2 juin 2008 (Éd. 2), p. 28110.

35 A.R. du 13 juin 2008 modifiant les articles 35 et 35*bis* 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 30 juin 2008, p. 33305, A.R. du 12 juin 2008 modifiant les articles 14, k), I, § 1er, B, 2° et 34, § 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 27 juin 2008, p. 33089 et A.R. du 12 juin 2008 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, M.B. du 25 juin 2008, p. 32530.

36 A.R. du 28 mai 2008 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, M.B. du 6 juin 2008, p. 28686.

- Lentilles de contact à pupille noire
  Des lentilles de contact à pupille noire sont remboursées aux personnes qui souffrent de diplopie et pour lesquelles il n'existe aucun autre dispositif pour cacher l'œil. Les personnes présentant un strabisme, une amblyopie persistante ou une cataracte inopérable entrent également en ligne de compte pour le remboursement de ce type de lentilles.

- Lentilles de contact à iris opaque peint
  Des lentilles de contact à iris opaque peint à la main sont prévues pour les personnes présentant une opacification de la cornée qui recouvre partiellement ou totalement la pupille ou pour les personnes dont une partie de l'iris manque (colobome).

Changements au niveau des prothèses oculaires :

Depuis le 1er août 2008, les enfants et les adolescents peuvent se faire remplacer plus rapidement les yeux artificiels ou les lentilles sclérales sans caractère optique :

- Les bénéficiaires de la catégorie d'âge de 0 à 3 ans ont droit à une nouvelle intervention trois fois par an.

- Les bénéficiaires de la catégorie d'âge de 4 à 20 ans ont droit à une nouvelle intervention tous les deux ans.

Les attestations de fournitures

L'attestation de fournitures (annexe 15) destinée aux opticiens a été modifiée[37]. Une colonne y a été ajoutée comportant la mention « Œil gauche/Œil droit » qui doit faciliter la lecture de l'annexe et du certificat médical y afférent.

6. Centres de soins de jour

L'arrêté ministériel du 22 juin 2000 réglant le financement des centres de soins de jour (CSJ) a été modifié[38]. L'actualisation principale consiste à intervenir dans les frais de transport depuis et vers les centres, frais qui sont de deux ordres : d'une part, les frais de personnel, et d'autre part, les coûts matériels :

- Par 15 patients, il y a un financement de 0,13 ETP personnel complémentaire qualifié et 0,53 ETP personnel soignant de sorte que les CSJ puissent garantir le transport de leurs pensionnaires et accompagner les patients pendant le transport.

- La prime d'attractivité pour 2007 a été financée.

- Le calcul des normes et des forfaits se fait désormais uniquement les jours ouvrables. Auparavant, ils étaient calculés en partant du principe que les CSJ étaient ouverts 365 jours par an.

- Le questionnaire et la période de référence ont été adaptés au système de financement des MRPA et des MRS.

---

37 Règlement du 7 avril 2008 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 2 juin 2008 (Éd. 2), p. 28112.

38 A.M. du 25 mars 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant 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 centres de jour, M.B. du 21 avril 2008, p. 21220.

7. Secteur pharmaceutique

Contrôle *a posteriori* des médicaments

En application de l'accord national médico-mutualiste, les mesures suivantes ont été prises pour adapter la réglementation des médicaments du chapitre II[39] :

- L'avis de la Commission nationale médico-mutualiste est pris chaque fois que le Ministre prend l'initiative de classer certaines spécialités dans le groupe des médicaments avec un contrôle *a posteriori* (le chapitre II dit « médicaments »).

- Les renvois réglementaires concernant le Comité d'évaluation des pratiques médicales ont été adaptés.

- La procédure de réalisation des recommandations qui doivent être suivies pour l'évaluation *a posteriori* des médicaments a été adaptée. Lorsque le Ministre prend l'initiative de classer des spécialités dans le groupe des médicaments avec un contrôle *a posteriori*, les recommandations sont préparées par un groupe de travail tripartite (composé de médecins, mutualités et universitaires). Les propositions ne sont pas présentées si elles sont rejetées à l'unanimité des membres d'une des trois parties.

- Enfin, il est stipulé que le contrôle *a posteriori* doit s'appliquer aux personnes qui ne respectent pas les recommandations et qui se trouvent en dehors des indicateurs fixés (ceux qu'on appelle les "outliers" *déviants*). Les prescripteurs doivent disposer de tous les éléments et pièces nécessaires à partir de la date de début du monitoring.

Produits pharmaceutiques pour les hôpitaux

Une modification a été apportée à la catégorie des produits pharmaceutiques exclus d'office[40]. Cette liste est ainsi mise en conformité avec la liste effective des spécialités exclues en hôpital.

Alimentation médicale

Le montant du forfait mensuel accordé aux patients atteints de maladie cœliaque a été doublé[41].

---

39 Loi du 8 juin 2008 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 16 juin 2008 (Éd. 2), articles 27-29.

40 A.R. du 21 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les coûts des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 29 mai 2008, p. 27409.

41 A.R. du 28 mai 2008 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 12 juin 2008, p. 29598.

Pansements actifs

La liste des pansements actifs entrant en ligne de compte pour l'intervention dans le cadre des mesures prises pour les bénéficiaires présentant des plaies chroniques a été étendue[42].

Oxygène médical

La liste de l'oxygène et des dispositifs médicaux remboursables qui sont utilisés dans le cadre de l'oxygénothérapie sera fixée par le Roi à une date à déterminer ultérieurement[43].

III. ASSURANCE INDEMNITÉS

Depuis le 1er janvier 2008, certaines prestations bénéficient d'une adaptation hors index[44].

IV. ÉVALUATION ET CONTRÔLE MÉDICAUX

Les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ont été fixés[45].

La manière dont celles-ci sont saisies des litiges a été réglementée en fixant à quelles conditions de recevabilité le recours doit répondre.
En outre, l'organisation du greffe commun des Chambres de recours et des Chambres de première instance a été fixée.
Le déroulement de la procédure et les séances ont été fixés et figurent également dans l'arrêté royal.

---

42 A.R. du 6 avril 2008 modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, al. 1er, 3°, et al. 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs, M.B. du 18 avril 2008 (Éd. 2), p. 20988.

43 Loi du 8 juin 2008 portant des dispositions diverses (I), article 26, M.B. du 16 juin 2008 (Éd. 2), p. 30529.

44 Incidence de la fluctuation de l'indice des prix à la consommation sur les prestations sociales et les adaptations hors index au 1er janvier 2008, M.B. du 3 avril 2008, p. 18207.

45 A.R. du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, M.B. du 20 juin 2008 (Éd. 2), p. 31814.