Évolution de la législation

ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS

4e trimestre 2008

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Revenus d'assurance

Étant donné que les pensions légales ont été augmentées de 2 % à partir du 1er septembre 2008, le montant des retenues sur les pensions pour l'assurance maladie-invalidité doit également être adapté à partir de la même date[1].
Ceci pour éviter que cette revalorisation des pensions ne soit absorbée en tout ou en partie par la cotisation soins de santé sur les pensions.

2. Soins à domicile

Le Comité de l'assurance et les Communautés/Régions peuvent conclure des conventions qui prévoient une réglementation spécifique pour l'intervention de l'assurance soins de santé. Ces conventions se rapportent aux projets d'accueil et de soins alternatifs destinés aux personnes âgées en vue de promouvoir les soins à domicile et de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles. Ces conventions peuvent être conclues depuis le 1er juillet 2008 pour une durée de quatre ans maximum[2].

3. Médicaments

a. Disponibilité des médicaments

La réglementation en matière de médicaments a été adaptée pour répondre à la problématique de la disponibilité effective des médicaments dans le cadre de la problématique du brevet afin de garantir le fonctionnement correct du système de remboursement de référence[3].

- L'alternative générique qui introduira l'entrée en vigueur du remboursement de référence doit également être disponible sur le marché et ne doit pas figurer uniquement sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.
- Toute modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables résultant d'une exception accordée ou retirée au remboursement de référence peut être effectuée à l'occasion de la prochaine adaptation de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et non à l'occasion de la prochaine adaptation du remboursement de référence.

---

1 A.R. du 18 septembre 2008 portant exécution de l'article 191, alinéa premier, 7°, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 28 octobre 2008, p. 57037.

2 A.R. du 17 octobre 2008 modifiant l'arrêté royal du 7 avril 2005 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre des nouvelles alternatives de soins des personnes âgées en vue de promouvoir les soins à domicile, M.B. du 5 novembre 2008, p. 58270.

3 Loi du 22 décembre 2008 portant diverses dispositions (I), M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 100.

- Une nouvelle disposition a été ajoutée qui sert de base aux corrections à effectuer au remboursement de référence en cas d'indisponibilité de l'alternative générique à meilleur prix qui donne lieu ou a donné lieu à l'instauration de ce remboursement de référence.
  On prévoit deux sortes de corrections, en fonction du fait que l'indisponibilité du générique est connue plus ou moins de 20 jours avant l'entrée en vigueur du remboursement.

En outre, il y a une série d'adaptations techniques du texte se rapportant à l'indisponibilité[4] :

- La firme pharmaceutique qui introduit une demande, doit mentionner l'indisponibilité d'une spécialité.
- Dans un même temps, on introduit l'obligation pour une spécialité pharmaceutique d'être effectivement disponible au moment de l'entrée en vigueur de l'inscription.
- La définition de l'indisponibilité d'une spécialité pharmaceutique est libellée, ainsi que son effet, sur l'inscription de cette spécialité, si l'entreprise mentionne ou non l'indisponibilité.
- Le dépassement du délai de 12 mois d'indisponibilité entraîne la suppression de la spécialité pharmaceutique dans la liste et une nouvelle procédure d'inscription sera donc nécessaire.
- En cas de force majeure ou si le Ministre demande le remboursement à la place du demandeur, une réinscription est possible sans devoir recommencer une toute nouvelle procédure.

Enfin, le montant maximum de l'amende administrative qui peut être infligée à la firme pharmaceutique est limité à 10 % du chiffre d'affaires annuel en Belgique (au moins 50 000 EUR). De telles amendes administratives sont applicables en cas de non-respect des obligations par les demandeurs, y compris les nouvelles obligations quant à la déclaration d'indisponibilité des spécialités pharmaceutiques[5].

b. Remboursement de référence[6]

À partir du 1er mai 2009, le remboursement de référence est élargi par une diminution supplémentaire de 2,5 % des bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles un remboursement de référence est applicable depuis au moins 2 ans.
Dans le même temps, la fréquence d'application du système de remboursement de référence est portée à quatre fois l'an. Cela signifie que deux mois avant l'entrée en vigueur effective des bases de remboursement diminuées, les conditions d'instauration du remboursement de référence de la spécialité en question doivent être remplies, à savoir qu'une alternative remboursable moins onéreuse doit être disponible.

c. Baisses de prix obligatoires

Une diminution unique des prix et des bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables a été réalisée, au 1er janvier 2009[7].

---

4 Loi du 22 décembre 2008 portant diverses dispositions (I), M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 101.
5 Loi du 22 décembre 2008 portant diverses dispositions (I), M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 102.
6 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 155-158.
7 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 159.

Des baisses du prix et de la base de remboursement sont obligatoires pour des spécialités pharmaceutiques dont chaque élément actif figure dans une spécialité qui a été remboursée pour la première fois il y a plus de 12 ans et moins de 15 ans.
Il y a des exceptions à cette baisse de prix obligatoire auxquelles sont ajoutées les spécialités innovantes inscrites dans la classe 1[8] à partir du 1er juillet 2008.

d. Prescription bon marché[9]

La possibilité qu'offre le système de prescrire des médicaments à bon marché a été étendue à certaines classes thérapeutiques dans le secteur ambulatoire. Après avoir reçu l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste, le Roi peut déterminer les classes thérapeutiques, les pourcentages des prescriptions meilleur marché qui doivent être respectés et le nombre de conditionnements qui doit être prescrit afin qu'un dispensateur de soins puisse entrer en ligne de compte.
Le Ministre peut fixer le délai dans lequel l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste doit être donné.

e. Exonération des spécialités pharmaceutiques à base de dérivés sanguins stables[10]

On prévoit la possibilité d'exclure les produits à base de dérivés sanguins stables des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques dues à partir de 2005. Cette possibilité n'est pas valable pour l'ensemble des cotisations mais pour les paiements en une seule année. Le remboursement se fera au plus tard le 31 décembre 2009.

f. Cotisation sur le chiffre d'affaires[11]

Les cotisations versées au fonds provisionnel qui a été créé en 2006 pour faire face aux dépassements budgétaires prévus seront remboursées. Étant donné que pendant deux ans, le budget n'a pas été dépassé et que ce mécanisme sera remplacé par un système d'acompte et de décompte, les montants versés seront remboursés à ceux qui le demandent. Les mentions pour les années suivantes seront supprimées. Les intérêts générés sur les versements pendant ces deux années sont considérés comme des revenus pour l'INAMI.

La cotisation de base est maintenue au même pourcentage de 7,73%.

Le nouveau mécanisme des cotisations à charge des demandeurs en cas de dépassement budgétaire qui remplace le fonds provisionnel a été instauré dès 2008. Cette cotisation limitée au montant de 100 millions d'EUR est versée au moyen d'un acompte ou d'un décompte si elle est due. Ce système permet de prendre en compte le chiffre d'affaires sur les spécialités pharmaceutiques qui ont été inscrites sur la liste pour être remboursées au cours de l'année pendant laquelle il y a eu un dépassement budgétaire. La possibilité de subdiviser le budget global et par conséquent la constatation d'un dépassement éventuel du budget global sont mentionnées ainsi que la possibilité de permettre une exception partielle pour les médicaments forfaitisés dans les hôpitaux. Les médicaments orphelins, les spécialités qui ne sont remboursées que dans la catégorie Cx et les dérivés sanguins stables sont également exclus.

---

8 Loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, MB du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 59.
9 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 160.
10 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 161-163.
11 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 164-168.

g. Blocage des prix[12]

Un blocage des prix a été instauré du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009 pour les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables afin de limiter le nombre de demandes d'augmentation de prix et de contribuer à la maîtrise des dépenses dans le domaine des soins de santé.

h. Cotisations spécialités pharmaceutiques

Pour les années de 2006 à 2011 incluse, des réductions sont accordées aux firmes pharmaceutiques sur les cotisations qui sont dues sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables, si ces firmes investissent dans la recherche, le développement et l'innovation ou si elles diminuent leurs dépenses liées à la promotion de ces spécialités auprès des prescripteurs et des pharmaciens[13].

Diminutions « recherche, développement et innovation »
Pour bénéficier du régime de réduction applicable en cas d'investissements en matière de recherche, de développement et d'innovation, les firmes pharmaceutiques qui ont payé leurs cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables à l'INAMI doivent introduire une demande auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Les investissements qui entrent en ligne de compte pour l'application de cette mesure sont aussi bien les investissements réalisés en Belgique que les investissements réalisés à l'étranger, dès lors que la firme qui a introduit la demande a un établissement stable en Belgique et que c'est le personnel de cet établissement stable qui assure le suivi et le contrôle des activités de recherche, de développement ou d'innovation qui donnent droit à la réduction. Un régime simplifié est cependant applicable lorsque la firme pharmaceutique concernée est une petite société.

Diminutions promotion
Pour bénéficier du régime de réduction applicable en cas de diminution des dépenses liées à la promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables auprès des prescripteurs et des pharmaciens, les firmes pharmaceutiques qui ont payé leurs cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables à l'INAMI doivent introduire une demande auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Pour une réduction d'au moins 25 % des dépenses liées à la promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables auprès des prescripteurs et des pharmaciens, la firme pharmaceutique bénéficie d'une réduction de 5 % de ses cotisations. Si elle poursuit cet effort les années suivantes, elle peut bénéficier d'un maintien de la réduction voire de réductions supplémentaires**.**

i. Médicaments meilleur marché et génériques

La Loi relative à la santé a également nécessité toute une série de nouvelles adaptations dans le secteur des médicaments[14]. C'est surtout le souci d'avoir des médicaments moins onéreux qui a entraîné les modifications suivantes.

La notion de médicament hors brevet est clairement libellée.

---

12 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 169-170.

13 A.R. du 18 septembre 2008 déterminant les conditions d'octroi et les modalités de mise en œuvre des mesures de réductions des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques, prévues par les articles 191*bis*, 191*ter* et 191*quater* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M. B. du 1er octobre 2008 (Éd.2), p. 52301.

14 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), articles 14-17.

Le fonctionnement de la Commission de remboursement des médicaments a été optimisé :

- La période pendant laquelle la révision individuelle doit être entamée est supprimée de sorte que des révisions individuelles peuvent être exigées pendant une période plus longue après la première inscription.
- Dans le même temps, il est désormais possible d'imposer une révision individuelle pendant une période plus courte pour des raisons budgétaires ou de santé publique, si une surveillance continue est souhaitable.
- Des révisions individuelles seront désormais également autorisées après une procédure de modification des modalités de remboursement de spécialités qui étaient déjà remboursables avant le 1er janvier 2002.
- Le Roi peut dorénavant fixer les cas dans lesquels le Service des soins de santé de l'Institut peut présenter au Ministre des modifications à la liste, après avis de la Commission de remboursement des médicaments. Il est désormais possible de modifier la liste, rapidement et sans procédures complexes, en vue d'assurer une plus grande cohérence des textes de réglementation des différentes spécialités et/ou en vue d'obtenir une simplification administrative.

Le pourcentage de prescriptions moins onéreuses qui doit être appliqué est fixé par arrêté royal. Désormais, l'adaptation de ce pourcentage ne peut être réalisée qu'après l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste et la Commission nationale dento-mutualiste. L'adaptation doit également être soumise au Conseil des Ministres. La même procédure est d'ailleurs valable pour déterminer la période de référence au cours de laquelle ce pourcentage sera applicable.

4. Frais d'administration des organismes assureurs

Le montant forfaitaire des frais d'administration des organismes assureurs a été diminué pour les années 2003 à 2009[15].

5. Observatoire des maladies chroniques

Au sein du Conseil scientifique, une section « observatoire des maladies chroniques » a été créée, à partir du 1er janvier 2009[16].
Les nouvelles tâches de l'observatoire consistent à détecter les points sensibles en matière de prise en charge des soins de santé dispensés aux malades chroniques ainsi qu'à assurer le suivi de l'évolution de la situation et des solutions qui y sont apportées.
L'observatoire est composé paritairement de représentants des organismes assureurs et des organisations représentatives des associations d'aide aux malades chroniques.

6. Pharmanet

Le Roi a la compétence de définir les conditions auxquelles des données au sujet de médicaments prescrits et délivrés non remboursables sont rassemblées dans une pharmacie, à la disposition du public, et transmises aux offices de tarification, aux organismes assureurs et à l'INAMI[17].

---

15 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 170.
16 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 136-138.
17 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 154.

7. Procédure budgétaire

Le rôle du Comité de l'assurance est adapté aux nouvelles procédures budgétaires. Par ailleurs, le nombre de rapports qui ont été soumis au Comité de l'assurance a été limité à 2 : un rapport concernant les dépenses semestrielles cumulées et un rapport concernant les dépenses annuelles cumulées. Auparavant, s'y ajoutaient encore 2 rapports trimestriels supplémentaires[18].

8. Centres de génétique humaine

Désormais, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions avec les centres de génétique humaine[19]. Ainsi une intervention peut être accordée pour les prestations dispensées par les centres de génétique humaine.

9. Financement des programmes de dépistage

Le Comité d'assurance peut conclure des conventions avec les Communautés ou les Régions qui prévoient le paiement d'une intervention dans les programmes de screening/programmes de dépistage de ces instances[20].

10. Microbiologie

Le Roi détermine, sur proposition du Comité de l'assurance, les conditions auxquelles l'Institut scientifique de Santé publique peut conclure des conventions avec les laboratoires de biologie clinique travaillant comme centres de référence pour des prestations de microbiologie[21]. Cette base légale se substitue aux conventions de financement que le Comité pouvait conclure avec les laboratoires agréés et est entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008.

11. Organismes assureurs

L'affiliation à une mutualité dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne peut aller de pair pour le bénéficiaire avec l'octroi d'avantages matériels, sauf ceux de petite valeur[22].

12. Prime syndicale et accords syndicaux

Le Roi a reçu la compétence de déterminer les modalités auxquelles les primes syndicales, qui ont été données en dépôt à la Caisse de dépôt et de consignation par les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins, peuvent être dégagées et reversées avec les intérêts à l'INAMI[23].

---

18 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), articles 7-9.

19 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé,, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 10.

20 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 11.

21 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 12.

22 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 23.

23 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 54.

Le Ministre fixe les conditions auxquelles l'intervention peut être accordée pour les prestations dispensées dans les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les maisons de soins psychiatriques.

À l'avenir, on pourra également ajouter à cette intervention, le prix de revient des accords sociaux pour le personnel hors normes et celui de la logistique et le personnel administratif. Le Roi reçoit la compétence y afférente et peut le réaliser par un arrêté délibéré en conseil des Ministres[24].

II. Soins de santé

1. Les assurés

a. Sevrage tabagique

Le remboursement pour l'assistance au sevrage tabagique qui est actuellement réservé aux femmes enceintes et leur partenaire sera étendu à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé. L'assistance au sevrage tabagique peut être dispensée par un médecin (généraliste ou spécialiste) ou par un tabacologue[25].

b. Maximum à facturer

À partir du 1er janvier 2009 un maximum à facturer a été introduit pour les malades chroniques dans le cadre du maximum à facturer social. Cette même mesure a d'ailleurs également été introduite dans le cadre du maximum à facturer suivant les revenus et pour les enfants de moins de 19 ans qui ont supporté un certain montant à titre de quote-part personnelle. La mesure prévoit que le plafond de la quote-part personnelle qui doit être atteint par un ménage afin de pouvoir bénéficier du maximum à facturer pendant une année déterminée soit diminué d'un montant à fixer par le Roi lorsque le total de la quote-part personnelle qui a été effectivement pris en charge par un seul et même bénéficiaire du ménage pour les prestations qui ont été dispensées au cours des deux années civiles précédentes, s'élève à au moins 450 EUR par an.
Pour l'enfant de moins de 19 ans, le plafond de 650 EUR est diminué d'un montant à fixer par le Roi lorsque le total de la quote-part personnelle qui a été effectivement pris en charge par l'enfant pour les prestations qui ont été dispensées au cours des deux années civiles précédentes, s'élève à au moins 450 EUR par an.

Il y a égalité de traitement entre les bénéficiaires d'une intervention d'intégration des catégories 1 et 2 et les bénéficiaires d'une intervention d'intégration des catégories 3, 4 et 5, en ce qui concerne le maximum à facturer social lorsque leur partenaire bénéficie effectivement d'une diminution de revenus comme stipulé dans la réglementation relative à l'intervention d'intégration. Cette mesure est également entrée en vigueur le 1er janvier 2009.

À partir du 1er janvier 2009, une série de modifications ont été apportées à la quote-part personnelle qui entre en ligne de compte pour l'application du maximum à facturer[26].

- La quote-part personnelle des prestations en matière de radio-isotopes et d'oxygène médical entre en ligne de compte pour le maximum à facturer.

---

24 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 55.

25 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 139-141.

26 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 146-153.

- La quote-part personnelle à charge des bénéficiaires bénéficiant d'un remboursement du vaccin contre la grippe, ainsi que d'un forfait de médicaments payés par les bénéficiaires résidant dans une maison de soins psychiatriques est prise en compte dans le maximum à facturer.

Depuis le 1er janvier 2008, les dispositions apportant une série d'adaptations de la notion de ménage sont entrées en vigueur[27] :

- Le ménage entrant en ligne de compte pour l'application du MAF social est composé uniquement des bénéficiaires de l'intervention majorée.
- En limitant les nouvelles inscriptions dans le registre national, pouvant être prises en considération, aux personnes de moins de 16 ans, on fait correspondre la notion de ménage et le statut OMNIO, dans le cadre du MAF.

Enfin, à partir du maximum à facturer maximum 2008, une adaptation a été faite pour les enfants handicapés qui ont bénéficié au plus tard au 4 juillet 2002 des allocations familiales majorées du fait de leur handicap[28]. La condition que l'enfant souffrant d'un handicap doit effectivement bénéficier des allocations familiales majorées est remplacée par la condition que l'enfant souffrant d'un handicap doit satisfaire aux conditions médico-sociales au cours de l'année d'application du MAF pour pouvoir prétendre aux allocations familiales majorées. On abandonne donc la condition du paiement effectif des allocations familiales majorées.

c. Mineurs d'âge non accompagnés

Depuis le 1er janvier 2008, on a ajouté à la catégorie des bénéficiaires de soins de santé, une nouvelle catégorie de bénéficiaires : les enfants d'étrangers mineurs non accompagnés qui sont à leur charge[29].

d. Frais de voyage

Pour certaines maladies, une intervention peut être accordée aux bénéficiaires pour leurs frais de voyage. Cette disposition a été étendue à partir du 1er janvier 2009 de sorte que les bénéficiaires qui ne sont pas traités pour une maladie déterminée peuvent obtenir une intervention[30]. Il s'agit par exemple de personnes âgées nécessitant des soins qui sont soignées dans les centres de soins de jour.

Pour l'intervention dans les frais de voyage des parents d'un enfant atteint du cancer, il est prévu depuis le 1er janvier 2008 que l'intervention est calculée sur la base de la distance parcourue entre le domicile de l'enfant et l'hôpital[31]. Auparavant, il fallait tenir compte de la distance parcourue entre le domicile des parents et l'hôpital, ce qui donnait parfois lieu à des discussions.

Enfin, à partir du 1er janvier 2009, la liste des prestations médicales a été étendue au transport en ambulance dans le cadre de prestations de soins médicaux urgents[32].

---

27 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 149, 1° et 151

28 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 58.

29 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 2.

30 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 3.

31 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, MB du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 3.

32 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé; M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 3.

e. Personnes à charge

Depuis le 1er janvier 2008, les petits risques pour travailleurs indépendants ont été intégrés dans l'assurance soins de santé obligatoire. À partir de ce moment-là, le principe du libre choix a été instauré pour l'affiliation d'une personne à charge. Il s'est avéré toutefois que ce libre choix a des conséquences négatives tant que le choix n'a pas été fait de sorte que l'on a de nouveau opté pour l'instauration de règles prioritaires lorsque le choix n'a pas été fait. Cette disposition est entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008[33].

Si l'on n'a pas fait le choix du titulaire à la charge duquel une personne doit être inscrite ou en cas de contestation entre les titulaires, la personne à charge est inscrite prioritairement à la charge du plus âgé des titulaires, ou, s'il s'agit d'un enfant dont les titulaires n'habitent pas sous le même toit, à la charge du titulaire cohabitant avec l'enfant. La demande d'inscrire la personne à la charge d'un autre titulaire n'aura d'effet qu'au 1er janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle la demande a été introduite.

2. Les dispensateurs de soins

a. Les médecins

Honoraires de disponibilité[34]

Les services de garde organisés pour la médecine générale entrent en ligne de compte à partir du 1er juillet 2008 chaque jour de semaine à partir de 19 heures jusqu'au lendemain matin 8 heures, le vendredi soir à partir de 19 heures jusqu'au lundi matin qui suit à 8 heures et la veille des jours fériés légaux à partir de 19 heures jusqu'au surlendemain matin à 8 heures. Auparavant, c'était à partir de 20 heures. La nouvelle disposition a donc élargi la période d'une heure.
Le paiement pour la participation à un service de garde est désormais également possible par heure.

Dossier de gestion électronique

L'article 5 de l'arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux, est complété à partir du 1er janvier 2008 par un avenant d'indexation de cette intervention financière[35].

---

33 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), articles 61-62.

34 A.R. du 18 septembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 2002 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, M.B. du 8 octobre 2008, p. 53282.

35 A.R. du 31 octobre 2008 modifiant l'arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux, M.B. du 27 novembre 2008, p. 62612.

b. Dentistes

L'entrée en vigueur de l'Accord national dento-mutualiste a été simplifiée en abaissant le seuil d'adhésion des praticiens de l'art dentaire à l'accord à partir du 1er janvier 2009 de 60 % à 50 % par arrondissement[36]. Le pourcentage d'adhésion au niveau national est maintenu à 60 %.

c. Kinésithérapeutes

Avantages sociaux

La cotisation annuelle que le Service des soins de santé de l'INAMI verse dans le contexte de la réglementation des avantages sociaux des kinésithérapeutes a été fixée pour l'année 2007 à 1 025 EUR par kinésithérapeute qui satisfait aux conditions[37].

Organisations professionnelles représentatives

À partir du 1er novembre 2008, les organisations professionnelles représentant les kinésithérapeutes reçoivent une intervention destinée à couvrir les dépenses de personnel et de fonctionnement, se rapportant à la représentation des organisations dans le cadre de l'assurance obligatoire, comme les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau[38].

L'arrêté royal fixant les conditions de cette intervention financière a été modifié pour les cas où seule une organisation professionnelle ou seul un groupement d'organisations a été agréé(e) en tant que représentant(e). Le montant annuel est donc réparti entre un montant de base de 80 000 EUR, d'une part, et un montant complémentaire de 270 000 EUR, d'autre part (pour 2008, en fonction du budget alloué)[39].

d. Soins à domicile

Vinca

À partir du 23 novembre 2007, le projet « VINCA » a été instauré[40]. Ce projet prévoit une intervention de l'assurance obligatoire pour les praticiens de l'art infirmier ambulatoires utilisant un logiciel qui leur permet, entre autres, d'introduire des données au chevet de leurs patients[41]. Les candidatures des praticiens de l'art infirmier qui voulaient participer au projet pouvaient être transmises au plus tard le 23 décembre 2007 au Comité de l'assurance par le SPF Santé publique.

---

36 Loi du 22 décembre 2008 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 95.

37 A.R. du 18 septembre 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 23 janvier 2004 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 2 octobre 2008, p. 52649.

38 Voir B.I.-INAMI 2008/4, p. 537.

39 A.R. du 7 décembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 2008 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 kinésithérapeutes, M.B. du 17 décembre 2008, p. 66783.

40 A.R. du 2 novembre 2007 fixant les modalités d'application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement d'un projet « Vinca » d'encodage des données dans le secteur des soins infirmiers à domicile, M.B. du 13 novembre 2007, p. 57125.

41 Voir B.I.-INAMI 2008/1, p. 9.

Gestion de dossier électronique

À partir de 2006, les praticiens de l'art infirmier peuvent prétendre à une intervention annuelle de 350 EUR pour l'usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers[42].
Depuis 2008, cette intervention est relevée à 800 EUR par an[43].

Intervention de l'assurance

L'intervention de l'assurance dans les honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B et C, de la nomenclature des prestations de santé est portée, à partir du 1er février 2009, de 85 à 90%. Le Roi peut encore apporter des modifications à l'intervention de l'assurance[44].

e. Services intégrés pour soins à domicile et soins infirmiers à domicile

Le financement des services intégrés de soins à domicile (SISD) est transféré à l'INAMI à partir du 1er janvier 2009[45]. Les normes de l'agrément spécifique de ces SISD restent de la compétence du SPF Santé publique.

f. Pharmaciens

Pour l'année 2006, le montant de la rétribution payée en trop a été fixé à 5,527 millions d'EUR[46]. Ce montant est payé aux pharmaciens au moyen d'un remboursement à l'office de tarification.

g. Hôpitaux

Honoraires forfaitaires en matière de biologie clinique

Les règles de calcul des honoraires forfaitaires payés par journée d'hospitalisation ont été adaptées en matière de biologie clinique, à partir du 1er janvier 2009[47]. Ainsi, on prévoit un financement plus adéquat des :

- centres ou services d'oncologie ;
- hôpitaux monodisciplinaires catégoriels ;
- hôpitaux catégoriels comportant des services Sp et G isolés;
- hôpitaux psychiatriques.

---

42 Voir B.I.-INAMI 2007/3, p. 348.

43 A.R. du 7 décembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 2007 fixant les conditions et dispositions en vertu desquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art infirmier pour l'usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers, M.B. du 17 décembre 2008, p. 66784.

44 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 142 et 143.

45 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 144 et 145.

46 A.R. du 31 octobre 2008 modifiant l'arrêté royal du 19 juillet 2007 portant exécution de l'article 165, dernier alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 18 novembre 2008, p. 61370.

47 A.R. du 12 novembre 2008 portant exécution de l'article 57, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation, M.B. du 21 novembre 2008, p. 61980.

Montant de référence [48]

Le montant de référence est la norme à laquelle l'hôpital est comparé. Il s'agit en fait d'une moyenne nationale des dépenses réelles augmentée de 10 %. Cette moyenne est calculée par APR-DRG, par niveau de sévérité et par groupe de prestations.

Le système des montants de référence vise à éliminer les différences non fondées entre les pratiques des hôpitaux à pathologies égales. Il vise plus particulièrement à standardiser ou harmoniser les pratiques des dispensateurs de soins médicaux au sein des hôpitaux pour des pathologies médicales ou chirurgicales «relativement courantes et de sévérité faible».

Instauré en 2002, ce système a déjà connu de nombreuses modifications. Les dernières modifications ont été intégrées dans la loi portant des dispositions diverses en matière de santé[49]. Trois évolutions essentielles sont à noter :

- Les montants de référence ont été fixés pour la première fois pour l'année 2003. La nouvelle modification abroge l'application des montants de référence pour les années 2003 à 2005. Aucune récupération ne sera effectuée pour ces années.
- Les montants de référence seront donc fixés pour la première fois pour les séjours de l'année 2006 selon une méthodologie sensiblement adaptée suite au rapport du « Kenniscentrum » Cette méthodologie 2006 s'appliquera aux séjours 2006, 2007 et 2008.
- À partir des séjours prenant fin après le 31 décembre 2008, la méthodologie de calcul des montants est à nouveau modifiée, principalement pour tenir compte des remarques émises et des améliorations proposées par la Structure Multipartite. Cette « méthodologie 2009 » prévoit notamment une communication préalable des montants de référence et des mécanismes qui évite une « spirale » descendante des montants de référence.

3. Les prestations

a. Médecins

Médecin spécialiste en gynécologie – obstétrique

À partir du 1er janvier 2009, les spécialités pharmaceutiques traitant les troubles de la fertilité sont remboursées forfaitairement[50].
3 forfaits ont été créés :

- pour les cycles de fécondation in vitro ;
- pour les cycles d'une « receveuse » d'un don d'ovocytes ;
- pour les traitements de stimulations des ovaires et IIU (Insémination intra-utérine).

Pour obtenir le remboursement, le gynécologue complète un formulaire déterminé qui est transmis au médecin-conseil de la mutualité. Ce dernier donne l'autorisation d'accorder les forfaits. Au moment de la facturation, le gynécologue doit compléter le formulaire d'autorisation et le transmettre au pharmacien hospitalier, qui le tient à la disposition du médecin-conseil.

---

48 Voir la brochure explicative INAMI : « Le système des montants de référence – Nouvelles modalités d'application », décembre 2008.

49 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), articles 50-52.

50 A.R. du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, M.B. du 14 octobre 2008 (Éd. 2), p. 55011.

Pédiatrie

À partir du 1er janvier 2009, les prestations se rapportant à la pédiatrie ont été adaptées[51]. Les modifications principales sont les suivantes :

- À l'article 13, § 1er, une prestation CPAP nasal a été insérée.
- À l'article 20, § 1er, la prestation cathéter veineux central a été insérée.
- À l'article 25, § 1er, la valeur relative des honoraires pour un médecin spécialiste en pédiatrie qui surveille le patient nouveau-né durant son transfert vers un service NIC d'un autre établissement hospitalier est augmentée.
- Dans ce même article, la prestation « Surveillance avec présence permanente d'un médecin-spécialiste en pédiatrie dans un service N* en vue du soutien et du contrôle des fonctions vitales d'un nouveau-né dans le cadre de la préparation pour le transfert vers un service NIC » est insérée avec une règle d'application.

Psychiatrie infanto-juvénile

Les prestations de psychiatrie infanto-juvénile ont été adaptées depuis le 1er janvier 2009[52]. Les modifications principales sont les suivantes :

- précisions concernant « la thérapie de liaison » pour un enfant / un jeune (art. 2, I et 2, K de la nomenclature) ;
- précisions concernant l'évaluation psychiatrique individuelle pour un enfant / un jeune (art. 2, K) ;
- insertion d'une nouvelle prestation dans l'article 25, § 1er : la concertation en équipe (Honoraires pour la concertation pluridisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans hospitalisé dans un service K, avec rapport).

Tissus d'origine humaine

L'arrêté royal du 7 décembre 2008 fixe les conditions d'intervention dans les frais de délivrance des tissus d'origine humaine et fixe la liste de ces tissus[53].

- Des précisions sont données pour les modalités de remboursement par rapport à la réglementation antérieure.
- La liste des tissus remboursés a été adaptée pour la faire correspondre aux prix fixés.

---

51 A.R. du 14 novembre 2008 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations pédiatriques, 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 novembre 2008 (Éd. 2), p. 62848 et A.R. du 14 novembre 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 28 novembre 2008 (Éd. 2), p. 62851.

52 A.R. du 14 novembre 2008 modifiant les articles 2, I et K et 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 28 novembre 2008 (Éd. 2), p. 62854 et A.R. du 14 novembre 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 28 novembre 2008 (Éd. 2), p. 62847.

53 A.R. du 7 décembre 2008 relatif aux conditions d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de délivrance des tissus d'origine humaine ainsi qu'à la fixation de la liste de tels tissus, M.B. du 22 décembre 2008 (Éd. 2), p. 67707.

- La liste est structurée et subdivisée selon les différents types de banques de tissus qui peuvent délivrer les tissus.
- Outre l'adaptation des prix, à partir du 1er janvier, l'INAMI et le SPF Santé publique prévoient également une application coordonnée de l'indexation des tissus.
- En ce qui concerne les tissus importés de l'étranger par une banque de tissus agréée, des codes spécifiques ont été attribués à chaque tissu de sorte qu'on puisse se faire une idée précise du nombre de tissus importés. Les frais de transport entre l'étranger et la banque de tissus belge sont réunis sous un seul code.

Nomenclature

Article 11 : prestations spéciales générales

- Depuis le 1er février 2009, une nouvelle prestation a été insérée pour le remplissage d'une pompe programmable destinée à l'administration intrathécale de médicaments (pompe à Baclofène ou pompe à morphine)[54].

Article 12 : anesthésiologie

- Depuis le 1er décembre 2008, il est interdit de cumuler certains honoraires supplémentaires déterminés pour des interventions à cœur battant[55].

Article 14, c) et e) : chirurgie plastique et chirurgie du thorax
Depuis le 1er décembre 2008[56] :

- 16 nouvelles prestations ont été ajoutées, concernant la chirurgie sénologique conservatrice, la technique de résection du ganglion sentinelle, l'évidement ganglionnaire de l'aisselle et la résection complète du sein ;
- 7 prestations obsolètes ont été supprimées et le libellé de 2 prestations a été changé.

Article 14, d) : chirurgie de l'abdomen

- Étant donné qu'une série de nouvelles interventions spécifiques de traitement chirurgical de l'obésité morbide ont été instaurées, celles-ci doivent également être ajoutées à la liste qui prévoit l'intervention d'une cholécystectomie simple. Cela s'est fait à partir du 1er février 2009[57].

---

54 A.R. du 28 novembre 2008 modifiant l'article 11, § 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 22 décembre 2008, p. 67517.

55 A.R. du 18 septembre 2008 modifiant l'article 12, § 1er, a), 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 9 octobre 2008, p. 53503.

56 A.R. du 18 septembre 2008 modifiant les articles 14, c), et 14, 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 10 octobre 2008 (Éd. 2), p. 54292.

57 A.R. du 12 novembre 2008 modifiant l'article 14, 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, M.B. du 22 décembre 2008, p. 67516.

Article 14, h) : ophtalmologie

- Depuis le 1er décembre 2008, une nouvelle prestation est insérée sous le paragraphe des traitements non chirurgicaux, traitements thérapeutiques : Injection intravitréenne effectuée dans des conditions d'asepsie stricte[58].

Article 14, e) et 20, § 1, e) : cardiologie
Depuis le 1er janvier 2009[59] :

- il est possible d'obtenir une intervention pour 2 contrôles annuels d'un stimulateur cardiaque et pour 3 contrôles annuels d'DDD. Un contrôle supplémentaire est possible dans des cas exceptionnels ;
- d'autres prestations de nomenclature complémentaires existent pour le placement d'électrodes pour un défibrillateur ou un stimulateur cardiaque.
- la prestation par médiastinoscopie a été supprimée.

Article 20 : pathologie interne

- Depuis le 1er décembre 2008, une nouvelle prestation a été insérée pour mesurer le flux d'infusion dans le shunt A-V artérioveineux pendant une hémodialyse. Cette mesure est réalisée par une méthode utilisant des ultrasons[60].

Article 20, § 1, c) : gastro-entérologie

- Depuis le 1er février 2009, deux nouvelles prestations ont été insérées permettant de réaliser une polypectomie ambulatoire[61].

Article 20, § 1er, g) : rhumatologie

- Depuis le 1er février 2009, une nouvelle prestation a été insérée[62] : « Évaluation standard par le médecin spécialiste en rhumatologie accrédité du processus actif de la maladie, de l'évolution et du pronostic, chez un patient avec une pathologie inflammatoire rhumatoïde, avec plan de traitement et rapport écrit au généraliste ». C'est une valorisation de l'investissement temporel et intellectuel du médecin-spécialiste en rhumatologie.

---

58 A.R. du 18 septembre 2008 modifiant l'article 14, h), § 1er, II., 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 9 octobre 2008, p. 53501.

59 A.R. du 17 octobre 2008 modifiant les articles 14, e), et 20, par. 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 5 novembre 2008, p. 58271.

60 A.R. du 18 septembre 2008 modifiant l'article 20, § 1er, a), 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 9 octobre 2008, p. 53500.

61 A.R. du 12 novembre 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 5 décembre 2008 (Éd. 3) p. 64811 et A.R. du 12 novembre 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 5 décembre 2008 (Éd. 3), p. 64813.

62 A.R. du 12 novembre 2008 modifiant l'article 20, § 1er, g), 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 4 décembre 2008, p. 63679.

Article 24 : biologie clinique

- Depuis le 1er février 2009, la règle du cumul a été supprimée : elle limitait le nombre de dosages complémentaires de glycémie à 4 par heure maximum[63].

b. Dentistes

Depuis le 1er janvier 2009, l'intervention de l'assurance est due si la prothèse partielle ou complète a été réalisée en 4 phases minimum durant au moins 3 séances différentes[64]. Ainsi la dernière phase obligatoire, la phase de contrôle, est supprimée.
Toutes les séances de contrôle nécessaires et tous les services après placement seront désormais garantis pendant une période de 30 jours après placement de la prothèse[65]. Pendant cette période, il est interdit de porter en compte d'autres prestations de la rubrique prothèse, à moins qu'il s'agisse de réparations de la prothèse.

c. Kinésithérapeutes

L'article 7 de la nomenclature a été modifié à compter du 1er janvier 2009[66]:

- Les éléments devant figurer dans une prescription de kinésithérapie pour qu'elle soit valable ont été reformulés.
- Une liste exhaustive énumère les éléments à conserver dans un dossier de kinésithérapie en fonction de la situation pathologique, ceci afin de conserver ces données à un seul endroit de la nomenclature et d'éviter des répétitions à d'autres endroits.

Une nouvelle règle interprétative a été publiée précisant le libellé des prestations dispensées au domicile ou en résidences communautaires, dont il est question à l'article 7 de la nomenclature[67]. Celle-ci est applicable depuis la mise en vigueur du libellé en question, à savoir le 1er mai 2002.

d. Praticiens de l'art infirmier

Depuis le 1er février 2009, 2 nouvelles prestations ont été insérées dans l'article 8 de la nomenclature[68]:

- « Consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile »

---

63 A.R. du 12 novembre 2008 modifiant les articles 3, § 1er, A, II, C, I, et 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 22 décembre 2008, p. 67515.

64 Règlement du 3 novembre 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 novembre 2008 (Éd. 2) p. 62867.

65 A.R. du 12 novembre 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 28 novembre 2008 (Ed. 2), p. 62844.

66 A.R. du 20 octobre 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 3 novembre 2008, p. 57989.

67 Règle interprétative du 3 novembre 2008 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 5 décembre 2008 (Éd. 3), p. 64959.

68 A.R. du 15 décembre 2008 modifiant l'annexe de l'article 8 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 29 décembre 2008 (Éd. 3), p. 68587.

Cette prestation comporte la détermination des problèmes de santé du patient du point de vue des soins infirmiers et la formulation des objectifs de soins en concertation avec le patient ou son entourage immédiat.
Les problèmes de santé du point de vue des soins infirmiers et les objectifs de soins figureront dans un rapport qui sera joint au dossier des soins infirmiers.

- « Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable ».
  Cette prestation dispensée par le praticien de l'art infirmier à domicile peut à nouveau être attestée.

e. Bandagistes

L'article 27 de la nomenclature a été modifié depuis le 1er janvier 2009[69]. Quatre nouvelles interventions de l'assurance ont été instaurées :

- pour les bas élastiques thérapeutiques de la jambe ;
- pour les prothèses mammaires externes en cas d'agénésie unilatérale ;
- pour deux prothèses mammaires externes après amputation du second sein ;
- pour des collecteurs d'urine à vider chez les patients ayant subi une urétérostomie utilisant des systèmes d'une seule partie.

f. Dispensateurs d'implants

Article 35 de la nomenclature

- Modification à partir du 1er janvier 2009 en ce qui concerne les prothèses des articulations[70]
  - Une série de nouvelles prestations ont été insérées pour les prothèses des chevilles.
  - L'intervention pour le ciment de la prothèse de la cheville est transférée de l'article 28 vers l'article 35.
- Neurochirurgie et oto-rhino-laryngologie, modifications à partir du 1er février 2009[71]
  - Insertion des prestations prévoyant l'intervention dans l'utilisation de ciment.
  - Le remboursement des BAHa (bone anchored hearing aids) a été relevé.
  - Cette même augmentation de l'intervention a été accordée pour les points de contact pour épithèses.
- Ophtalmologie : modifications à partir du 1er février 2009[72]
  - La prestation « Filtres externes et adhésifs pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique » peut désormais être attestée 5 fois par année civile (auparavant, c'était 4 fois)
  - Deux nouvelles prestations ont été insérées pour l'implant utilisé pour combler la paupière inférieure ou l'orbite.
    Le remboursement de l'implant orbitaire utilisé lors d'énucléation est également augmenté.

---

69 A.R. du 14 octobre 2008 modifiant l'article 27 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 7 novembre 2008, p. 58616.

70 A.R. du 12 novembre 2008 modifiant l'article 35 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 27 novembre 2008, p. 62613.

71 A.R. du 9 décembre 2008 modifiant l'article 35 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 22 décembre 2008, p. 67518.

72 A.R. du 9 décembre 2008 modifiant les articles 35 et 35bis 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 22 décembre 2008, p. 67520.

- Le remboursement des produits viscoélastiques utilisés séparément est réduit.

Article 35*bis* de la nomenclature

- Chirurgie abdominale et pathologie du système digestif
  Depuis le 1er février 2009, à l'occasion de nouvelles prestations insérées dans l'article 20, § 1er, c) (voir p. 12), la prestation « Anse pour l'ablation endoscopique de polypes ou de lésions nodulaires dans le tractus gastro-intestinal » a été insérée[73].

Une nouvelle règle interprétative a été publiée au sujet :

- de l'attestation d'une prestation lorsque le dispositif de fixation est remplacé[74] ;
- du remboursement d'une partie à remplacer de l'appareil, qui est placé pour le traitement d'affections vésicales neurogènes spastiques[75].

g. Logopèdes

L'article 36 de la nomenclature a été modifié depuis le 1er décembre 2008[76] :

- Le nombre de séances de bilan pouvant être attestées par trouble traité est ramené de 7 à 5 séances.
- Pour le traitement logopédique de la dysphasie, le médecin spécialiste en neurologie/neuropsychiatrie requis en tant que prescripteur est remplacé par un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique.

h. Opticiens

L'article 30 de la nomenclature a été modifié depuis le 1er janvier 2009[77] :

- Verres de lunettes unifocaux organiques anti-reflets insérés en deux catégories de réfraction : à bas indice (≤ 1,6) et haut indice (≥ 1,6).
- Les verres de lunettes à haut indice de réfraction remplacent les verres de lunettes unifocaux lenticulaires invisibles organiques (=1,49) antigriffes, avec ouverture optique de 40 mm et antireflet.

---

73 A.R. du 12 novembre 2008 modifiant l'article 35*bis* 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 5 décembre 2008 (Éd. 3) p. 64812.

74 Règles interprétatives du 29 mai 2008 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 17 octobre 2008, p. 55579.

75 Règles interprétatives du 24 novembre 2008 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 18 décembre 2008, p. 67088.

76 A.R. du 21 octobre 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 31 octobre 2008, p. 57909 .

77 A.R. du 17 octobre 2008 modifiant l'article 30 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 7 novembre 2008, p. 58621.

i. Secteur pharmaceutique

Nutrition parentérale

Depuis le 1er novembre 2008, l'âge limite des enfants pouvant bénéficier d'une intervention forfaitaire dans la nutrition parentérale a été clairement établi : jusqu'à 17 ans inclus[78].

Toxine botulique A

Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour le traitement au moyen de la toxine botulique A de la spacité causée par la paralysie cérébrale. Cette possibilité est prolongée jusqu'au 30 juin 2009 à moins que la toxine botulique A ne soit remboursable avant cette date pour l'indication dont il est question dans ces conventions, en vertu de l'article 35*bis*, § 2, de la loi coordonnée[79].

Prestations de rééducation fonctionnelle

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses en 2009, la masse d'index 2009 des forfaits de dialyse chronique a été diminuée d'un montant de 2,5 millions d'EUR[80].

Moyens contraceptifs pour les jeunes

Depuis 2007, un arrêté royal prévoit le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes[81]. Ce financement a été prolongé pour 2009[82].

---

78 A.R. du 9 septembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés, M.B. du 20 octobre 2008, (Éd. 3), p. 55872.

79 A.R. du 14 novembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant les conditions de prolongations de la convention conclue sur base de l'arrêté royal du 13 novembre 2002 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 2°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les années 2002, 2003 et 2004, M.B. du 24 novembre 2008, p. 62122.

80 A.R. du 9 décembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71*bis*, §§ 1er et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 19 décembre 2008 (Éd. 2), p. 67250.

81 Voir B.I. - INAMI 2007/2, p. 199.

82 A.R. du 23 décembre 2008 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 56, § 2, 1°, de la loi relative à l'assurance 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 31 décembre 2008, p. 69046.

III. Assurance indemnités

1. Revalorisation de certaines indemnités d'invalidité à partir du 1er septembre 2009

Régime général[83]

- Revalorisation des indemnités de 2 % (sauf les minima) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a commencé au cours de la période du 1er septembre 1987 au 31 août 1993 (y compris la durée de la maladie entre 15 et 20 ans).
- Revalorisation des indemnités de 2 % (hormis les minima) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a commencé au cours de la période du 1er septembre 2001 au 31 août 2002 (la durée de la maladie atteint 6 ans).

2. Travailleur ayant une personne à charge

Par l'arrêté royal du 23 décembre 2005, on avait augmenté (entre autres) le montant journalier de cette indemnité d'invalidité pour travailleurs indépendants[84]. Il s'est ensuivi que l'époux(se) ou le (la) partenaire du travailleur indépendant perdait sa qualité de titulaire ayant une personne à charge ce qui entraînait une perte de revenus plus grande. Afin de neutraliser l'effet de cette augmentation, l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été complété par un § 5 qui stipule que lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant maximum uniquement en raison de l'augmentation du montant des indemnités d'invalidité résultant de l'arrêté royal du 23 décembre 2005, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008[85]. Aujourd'hui, ce délai est prolongé jusqu'au 31 décembre 2009[86].
Les mesures d'exécution devront être prises ultérieurement.

3. Repos de maternité

Suite à la possibilité offerte aux travailleuses de reprendre le travail à temps partiel à partir de la fin du repos de maternité[87], la loi du 14 juillet 1994 doit être adaptée. Les dispositions entreront en vigueur à partir du 1er avril 2009 et seront applicables pour les accouchements qui auront lieu à partir de cette date[88].
Les mesures d'exécution devront être prises ultérieurement.

4. Congé de paternité

Les pères ont le droit de prendre 10 jours de congé de paternité à la naissance de leur enfant. Ces jours de congé peuvent se prendre librement dans une période de 30 jours à partir du jour de l'accouchement.

---

83 Incidence de la fluctuation de l'indice des prix à la consommation sur les prestations sociales, M.B. du 7 novembre 2008, p. 58789.

84 A.R. du 23 décembre 2005 modifiant, en ce qui concerne le montant des indemnités d'invalidité, l'arrêté royal 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 (Éd. 2), p. 57425.

85 Voir B.I. - INAMI 2006/3, p. 352

86 A.R. du 21 octobre 2008 modifiant l'article 225, § 5, de 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 novembre 2008, p. 62121.

87 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 129-132.

88 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 110-113.

La loi-programme du 22 décembre 2008 a prolongé ce délai. À partir du 1er avril 2009, les jours de congé de paternité pourront se prendre dans les 4 mois qui suivent la date de l'accouchement[89].

IV. Évaluation et contrôle médicaux

1. Compétences des contrôleurs sociaux

Les contrôleurs sociaux obtiennent, par la loi du 22 décembre 2008, une nouvelle compétence, en plus de leurs autres compétences : ils peuvent aussi contrôler si un employeur a déclaré qu'un titulaire indemnisable travaille. Pour déclarer cet emploi de manière officielle, un employeur doit remplir entièrement et correctement les documents sociaux nécessaires prévus dans l'arrêté royal n° 5 du 23 octobre 1978[90].

2. Statut du médecin-conseil

La loi santé apporte une série de modifications au statut du médecin-conseil[91].

a. Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux se voit octroyer une nouvelle compétence : outre le statut et la rémunération des médecins-conseils, le Comité propose également au Roi les conditions d'accréditation des médecins-conseils.

b. Missions du médecin-conseil

L'article 153 de la loi coordonnée qui énumère les missions des médecins-conseils a été profondément remanié. Outre le contrôle médical relatif à l'incapacité de travail primaire, deux missions complémentaires y ont été ajoutées :

- fournir aux assurés sociaux, un avis, une information et un accompagnement social afin qu'ils puissent bénéficier des soins les plus appropriés aux prix les plus avantageux, en tenant compte des moyens globaux de l'assurance soins de santé et indemnités ;
- informer les dispensateurs de soins en précisant l'application correcte de la réglementation en tenant compte des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités.

Certaines tâches ne nécessitant pas une connaissance médicale spécifique peuvent être confiées aux collaborateurs paramédicaux et administratifs sous la direction et la responsabilité des médecins-conseils. Cela permet aux médecins-conseils de mieux utiliser leur connaissance médicale et ajoute une plus-value à leur travail en développant par exemple des programmes d'évaluation au sujet des pratiques de consommation et de prescription des dispensateurs de soins.
Le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux déterminera d'avance les tâches qui pourront être effectuées par les médecins-conseils, afin d'éviter le double emploi dans les missions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

---

89 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 133-135.
90 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), articles 95 et 96.
91 Loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), articles 24-28.

En tout cas, la coordination sera toujours nécessaire. C'est la raison pour laquelle un Conseil supérieur des médecins-directeurs a été créé au Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Ce conseil sera composé de médecins-directeurs des organismes assureurs, du médecin-directeur général et des médecins-inspecteurs généraux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et sera chargé de chercher et de d'élaborer une approche organisée des missions de chacun.

c. Accréditation

Les médecins-conseils sont contraints de suivre en permanence des formations, vu la complexité croissante de la science médicale. C'est pourquoi, le Roi, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, élaborera un système d'accréditation, non seulement pour les médecins-conseils mais aussi pour les médecins-fonctionnaires de l'Institut. Le système d'accréditation comporte des avantages financiers à charge du budget des frais d'administration de l'INAMI. Le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut retirer l'accréditation aux médecins-conseils qui ne se conforment pas aux directives et aux normes.

3. Remboursement des prestations indûment portées en compte

Les organismes assureurs peuvent dès à présent obtenir une dispense de l'obligation de récupération de certaines prestations indûment portées en compte, d'une valeur minime.
Désormais, par arrêté royal, on pourra déterminer quand les organismes assureurs sont autorisés à renoncer à la récupération des prestations indues dans des cas dignes d'intérêt, et ce, sur proposition du médecin-directeur de l'organisme assureur qui notifiera ces cas au Service d'évaluation et de contrôle médicaux[92].

Les organismes assureurs doivent pouvoir disposer des stimulants nécessaires pour récupérer, d'une manière optimale, les prestations indûment portées en compte.
En insérant un nouvel article dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994, on donne aux organismes assureurs la possibilité de majorer le montant indu pour les dispensateurs de soins continuant à porter en compte des prestations indues en dépit des avertissements[93].

4. Contrôle médical

Une série de modifications formelles ont été apportées aux articles de la loi coordonnée. Elles se rapportent au contrôle médical (de l'art. 139 à l'art. 158 inclus)[94]. En outre, voici les nouveaux éléments essentiels :

a. Discipline

Les fonctionnaires, inspecteurs et contrôleurs de l'INAMI sont placés sous le même régime disciplinaire que les fonctionnaires du niveau A de l'INAMI. Depuis l'entrée en vigueur de cette loi, le Comité général de gestion prend la relève du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, pour cette compétence.

---

92 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 29.

93 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 30.

94 Loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), articles 31-46.

b. Procédure

S'il y a contestation, afin d'éviter les erreurs de procédure, désormais, on informe clairement, outre le contrevenant, également la personne physique ou juridique, solidairement coresponsable au sujet des infractions retenues à charge du dispensateur de soins de sorte que ce dernier puisse préparer sa défense, s'il est impliqué dans la procédure.

c. Droit d'enquête du SECM

L'article 146*bis* qui réglemente l'intervention du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux dans le cas de dossiers de surconsommation est explicité sur le plan technico-légal. Autrement, l'intervention dépend en effet du critère à appliquer : surconsommation visée à l'article 73, § 2, (le non-respect des recommandations) et surconsommation visée à l'article 73, § 4, (ne pas agir comme un « bon père de famille »).

S'il s'agit de prescrire certaines spécialités pharmaceutiques (voir article 35*bis*, § 10) au-dessus des seuils déterminés par les indicateurs et si le dossier ne peut être clôturé sans suite ou ne peut être clôturé par un avertissement, le Comité doit charger le Collège national des médecins-conseils d'ordonner, par échantillonnage, une enquête supplémentaire au sujet du comportement prescripteur, avant de charger le fonctionnaire dirigeant de transférer le dossier devant la Chambre de première instance.

Désormais, outre les médecins-inspecteurs, les pharmaciens-inspecteurs et les contrôleurs infirmiers seront également compétents pour dresser des procès-verbaux de constatation pour les dossiers concernant la surconsommation.

V. Contrôle administratif

1. Preuve

Suite à une modification résultant de l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé des travailleurs indépendants, la preuve de l'entretien ne peut plus être fournie que pas l'inscription dans le Registre national. De ce fait, certains enfants qui sont entretenus en Belgique mais qui ne sont pas inscrits dans le Registre national ne peuvent plus être inscrits comme enfants à charge.
Dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996, on a inséré à partir du 1er janvier 2008 qu'en ce qui concerne les enfants qui ne sont pas inscrits au Registre national, la preuve de la cohabitation résulte également de tous moyens de preuve reconnus comme tels par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif[95].

2. Récupération des prestations indûment remboursées

À partir du 1er janvier 2009, pour lutter contre la fraude sociale, on stipule que même dans les cas où l'affiliation ou l'inscription en une qualité erronée, peuvent être régularisées, la valeur des prestations dispensées doit être remboursée si l'affiliation ou l'inscription résultent de manœuvres frauduleuses[96].
L'objectif est de sanctionner le fraudeur lui-même sans mettre en question les droits de la personne à charge. À cet effet un nouvel alinéa a été ajouté à l'article 164 de la loi relative à l'assure obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

---

95 A.R. du 12 novembre 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 27 novembre 2008, p. 62615.

96 Loi du 22 décembre 2008 portant diverses dispositions (I), M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 229.

3. Prestation de serment

La procédure de prestation de serment prévue à l'article 175 de la loi coordonnée a été simplifiée en ce sens que désormais les inspecteurs sociaux ne prêtent plus serment entre les mains du président du Comité du Service du contrôle administratif mais bien entre les mains de l'administrateur général de l'INAMI[97].

4. Simplification administrative

Dans le but d'obtenir une simplification administrative plus large encore, on a prévu que le Roi a la compétence de réglementer l'archivage des documents et des pièces par les organismes assureurs[98]. Cette compétence qui figure dans l'article 163*bis* de la loi coordonnée permettra de créer une plus grande uniformité dans la manière d'archiver et de donner des instructions qui aidera à rationaliser, et moderniser cet archivage et à contrôler, comme il se doit, les documents conservés.

5. Délai de prescription

L'article 174 de la loi coordonnée stipule que la récupération, par l'organisme assureur, de prestations indûment payées de bonne foi à l'assuré social, se prescrit par deux ans. L'article précité a été modifié afin de ramener le délai de prescription à 1 an en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme assureur[99].

---

97 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 97.

98 Loi-programme du 22 décembre 2008, M.B. du 29 décembre 2008 (Éd. 4), article 98.

99 Loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 31 décembre 2008 (Éd. 3), article 47.