

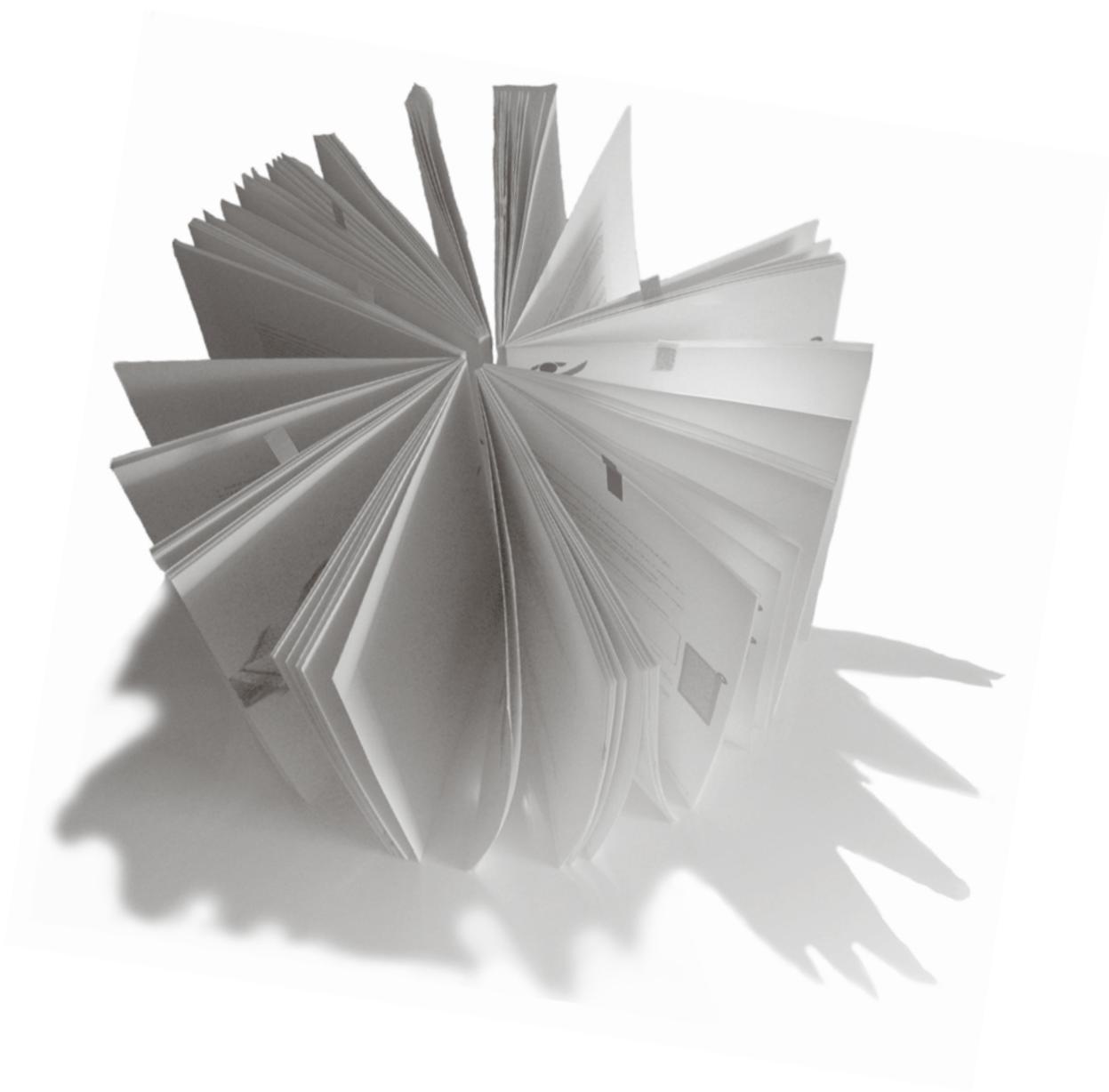
Sommaire

1 ^{re} Partie - Études ¹	383
Suivi des mutations par le Service du contrôle administratif de l'INAMI, par A. Taelmans, J. Demey et D. Marcelis	384
2 ^e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	391
3 ^e trimestre 2013	392
3 ^e Partie - Jurisprudence	409
I. Cour de cassation, 16 décembre 2013 Arrêté royal du 20 juillet 1971, articles 6, 1 ^o , 10, §§ 3 et 59 - Régime des travailleurs indépendants - Notion d'incapacité de travail - Incapacité primaire	410
II. Cour du travail de Bruxelles, 17 octobre 2013 Arrêté royal du 3 juillet 1996, article 327, § 2, alinéa 1 ^{er} , b) - Dispense d'inscription en frais d'administration - Récupération de l'indu par l'organisme assureur	411
III. Cour du travail de Bruxelles, 18 décembre 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 167, alinéa 2 - Nature du délai de recours Code civil, articles 2244 et 2247 - Interruption et suspension du délai de recours Constitution, article 159 - Principe de légalité	413
IV. Cour du travail de Bruxelles, 4 décembre 2013 Code judiciaire, articles 978, § 1 ^{er} , alinéa 2 et 991 - Frais et honoraires d'expertise - Délais de contestation Arrêté royal du 14 novembre 2003, article 1 ^{er} , alinéa 1 ^{er} , 2 ^o - Frais et honoraires d'expertise - Maisons de repos - Catégories de dépendance	421
V. Tribunal de travail de Bruxelles, 6 juin 2013 Prescription	423

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

4 ^e Partie - Questions et réponses parlementaires	427
I. Information pseudo-médicale Applications médicales - Sites web - Campagnes d'information - EBMPracticeNet	428
II. Statut de conventionnement du médecin Affichage - Obligation légale - Contrôle	430
III. Commission de remboursement des Médicaments Conditions de remboursement - Définition des groupes-cibles de patients	432
IV. Cyber-attaques Politique de sécurité de l'information à l'INAMI - Mesures de protection	433
V. CAAMI Membres - Affiliation d'office	436
5 ^e Partie - Directives de l'INAMI	439
Statut de personne atteinte d'une affection chronique	440
6 ^e Partie - Données de base	455
I. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	456
II. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2014	457
III. Frais de transport en ambulance - Aide médicale urgente - Tarifs au 1 ^{er} janvier 2014 - SPF Santé publique	458
IV. Modification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)	459
7 ^e Partie - Statistiques	463
I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 3 ^e trimestre 2013	464
II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre	485
8 ^e Partie - Prix des publications	487
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014	488
Sommaire de l'année 2013	493

1^{re} Partie Études



Suivi des mutations par le Service du contrôle administratif de l'INAMI¹

Auteurs² : An Taelmans, Jan Demey et Dirk Marcelis

Introduction

Les mutualités remplissent un rôle très important dans notre assurance obligatoire soins de santé et indemnités. En tant qu'institutions coopérant au projet, les organismes assureurs veillent, avec leurs mutualités ou services régionaux, à l'octroi correct des interventions et indemnités : ils informent leurs membres des interventions ou indemnités auxquelles ces derniers peuvent prétendre, ils vérifient si les conditions d'octroi sont remplies, ils calculent les interventions et indemnités en fonction de la situation d'assurabilité de leurs affiliés et procèdent au versement de ces montants.

Les mutualités représentent en outre leurs affiliés et défendent donc les intérêts des assurés sociaux au sein des plateformes de concertation et des organes de gestion de l'INAMI. Elles sont en grande partie responsables de l'orientation donnée à notre politique d'assurance.

Les mutualités décident elles-mêmes comment organiser leurs services dans le cadre réglementaire prévu et comment accompagner au mieux leurs assurés sociaux dans le cadre de l'octroi correct de leurs droits.

Dans notre système d'assurance obligatoire, l'assuré social peut choisir librement auprès de quelle mutualité il souhaite s'affilier. Ce principe du libre choix sous-entend également qu'il peut se raviser et qu'il peut donc décider de s'affilier auprès d'une autre mutualité. Dans notre réglementation, ce changement de mutualité s'appelle une « mutation » et s'inscrit dans un cadre réglementaire qui garantit que l'assuré ne prend pas de décisions hâtives et que toutes les données nécessaires à la poursuite de l'octroi de droits sont transférées. Les demandes, approbations et refus de mutations sont suivis par le Service du contrôle administratif (Section Données d'accessibilité) de l'INAMI qui peut intervenir en cas de problèmes ou de contestations.

Ce suivi, qui vise à garantir le respect du libre choix et à éviter des pratiques de concurrence déloyale, était encore récemment assuré sur la base de documents papier uniquement, transmis, par pli postal, par les organismes assureurs, au Service du contrôle administratif. Cette méthode de travail ne permettait toutefois pas de détecter efficacement des irrégularités et d'en distiller des données pertinentes en vue de définir la stratégie à suivre et de réaliser des contrôles.

C'est pourquoi un projet a été lancé au sein du Service du contrôle administratif qui avait pour objectif de remplacer la transmission de données papier entre les organismes assureurs et le Service par un transfert de données électroniques.

L'encadrement réglementaire a simultanément fait l'objet d'un examen plus approfondi, non seulement pour permettre la transmission de données par voie électronique mais également pour simplifier et mettre à jour les règles de mutation.

1. Le suivi des mutations est assuré par la Section Données d'accessibilité du Service du contrôle administratif de l'INAMI.

2. Jan Demey est juriste au Service du contrôle administratif (SCA). Dirk Marcelis est conseiller à la Section Données d'accessibilité du SCA. An Taelmans était, jusqu'en janvier 2014, responsable du projet Mutations au SCA mais elle travaille, depuis février 2014, à la Cellule Modernisation de l'INAMI.

1. Optimisation de l'échange de données entre les organismes assureurs et le Service du contrôle administratif

a. Notion de mutation individuelle

Il est question de mutation individuelle lorsqu'un titulaire souhaite passer chez un autre organisme assureur (O.A.) que celui où il était inscrit³. Une mutation doit être clairement distinguée d'un transfert où il s'agit d'un changement de mutualité au sein d'un même organisme assureur.

b. Procédure de mutation avant le 1^{er} janvier 2014

Une mutation peut avoir lieu le premier jour de chaque trimestre, c'est-à-dire le 1^{er} janvier, le 1^{er} avril, le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre.

Le titulaire qui souhaite passer vers un autre organisme assureur doit introduire une demande de mutation (formulaire 551) auprès de l'organisme assureur où il souhaite se faire inscrire. Le nouvel organisme assureur transmet ce formulaire de demande par pli recommandé à l'ancien organisme assureur, accompagné d'un bordereau mentionnant les nom, prénom, numéro de registre national, adresse et date de naissance. Le nouvel organisme assureur envoie en même temps une copie de ce bordereau au Service du contrôle administratif.

L'ancien organisme assureur peut approuver la demande de mutation dans un délai déterminé (formulaire 554) ou peut, dans certains cas, également refuser la demande (formulaire 552). Les approbations et refus sont également envoyés par pli recommandé de l'ancien organisme assureur vers le nouvel organisme assureur et un bordereau est envoyé au Service du contrôle administratif.

c. Problèmes

Le Service du contrôle administratif recevait chaque trimestre environ 8.000 bordereaux de mutation (demandes, approbations et refus), soit 32.000 bordereaux par an. Les bordereaux papier font que le Service a bien évidemment du mal à exercer efficacement ses missions de contrôle légales dans le cadre des mutations. Il est en outre extrêmement difficile de distiller des informations stratégiques fiables et de répondre aux demandes de partenaires internes et externes qui souhaitent obtenir des données chiffrées sur les mutations. Pour pouvoir générer du matériel chiffré, il faut effectuer des comptages manuels. Ces comptages manuels demandent beaucoup de travail et le risque d'erreur est important.

3. Art. 255 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI.

En termes “Lean”, nous pouvons affirmer que plusieurs formes de gaspillage peuvent être identifiées dans la procédure de mutation :

- “Processing waste” en raison de procédures dépassées : tâches exécutées de manière non optimale (p.ex. classement de 32.000 bordereaux)
- “Reliability waste” : le manque de standardisation et d’informatisation fait que le processus devient peu fiable et difficile à contrôler
- “Standardization waste” : on perd trop de temps et trop d’effectifs sont mobilisés du fait de la méthode de travail non optimale
- “Work around waste” : Pour répondre à des demandes d’informations statistiques, le nombre de bénéficiaires sur les bordereaux papier doit être compté manuellement. Cela demande du temps et le risque d’erreur est important (reliability waste).

d. Procédure de mutation à partir du 1^{er} janvier 2014

En 2009, le Service du contrôle administratif a créé un groupe de travail (DACMUT) dans lequel ont siégé des représentants du Service du contrôle administratif et des organismes assureurs et le Collège intermutualiste national (CIN). Ce groupe de travail a discuté des problèmes de l’actuel échange de données et avait décidé de remplacer l’échange de données papier entre les organismes assureurs et le Service du contrôle administratif par un flux électronique.

Il avait été convenu, après concertation, que ce nouveau flux de mutations électronique soit calqué sur l’actuel flux de mutations technique échangé entre organismes assureurs et qui passe par la plateforme CIN. Il s’agit d’un flux qui fonctionne déjà depuis quelque temps et dont la qualité a été contrôlée. Outre ces discussions techniques, le contenu de l’échange de données a également été examiné *in extenso* au sein du groupe de travail DACMUT. Le contenu et les délais d’échanges de données sont décrits de manière détaillée dans une circulaire.

Suite à ce projet, un certain nombre d’adaptations réglementaires ont également été préparées par le groupe de travail. Il s’agit ici tant d’adaptations liées au nouvel échange de données électroniques que d’adaptations qui impliquent une actualisation des dispositions en vigueur en matière de mutations. Ces adaptations réglementaires sont abordées dans le chapitre suivant.

2. Volet réglementaire

a. Modalités d’échange de données

L’article 274 donne une compétence générale au Service du contrôle administratif pour définir les modalités d’échange de données en cas de mutation. Sur la base des instructions décrétées, l’échange de données peut être réglé jusque dans les moindres détails au moyen d’une circulaire⁴.

4. Voir art. 274 de l’A.R. précité du 03.07.1996 et en outre la circulaire O.A. 2013/358 - 231/21 du 04.11.2013 relative au mode d’échanges de données entre les O.A. et l’INAMI et aux dates auxquelles ces échanges doivent avoir lieu dans le cadre de mutations individuelles.

b. Motifs de refus

Le nouvel article 259 reprend les motifs de refus de mutation invoqués par l'ancien organisme assureur. Les motifs de (a) à (e) inclus sont facultatifs alors que les motifs de (f) à (h) inclus doivent être obligatoirement invoqués⁵. Les motifs de refus sont les suivants :

- (a) moins de douze mois se sont écoulés depuis la date de l'inscription ou de l'affiliation auprès de l'ancien organisme assureur
- (b) le titulaire se voit infliger une sanction en vertu de l'article 168^{quinquies}, paragraphe 2, de la loi du 14 juillet 1994, laquelle n'a pas encore été exécutée ou pas entièrement
- (c) l'absence de renseignements essentiels, comme la dénomination du nouvel organisme assureur
- (d) la demande de mutation n'a pas été envoyée dans le délai prévu
- (e) le titulaire a une dette vis-à-vis de l'assurance maladie obligatoire
- (f) le titulaire a simultanément sollicité sa mutation auprès de deux ou plusieurs organismes assureurs
- (g) la demande de mutation n'est pas signée par l'assuré
- (h) l'assuré est inscrit comme personne à charge auprès de l'ancien organisme assureur.

 L'assuré est affilié à la mutualité X et demande, pour le 1^{er} octobre 20xx, une mutation vers la mutualité Y et, à la même date, vers la mutualité Z. Les demandes de mutation sont refusées par la mutualité X.

 L'assuré est affilié à la mutualité X et demande une mutation pour le 1^{er} octobre 20xx vers la mutualité Y. La demande est tout d'abord refusée car l'assuré a encore une dette vis-à-vis de l'assurance maladie obligatoire. Si la dette est payée au plus tard le jour de la mutation, en l'occurrence le 1^{er} octobre 20xx, la demande doit être acceptée par l'ancien organisme assureur. Si l'assuré s'est lui-même acquitté de sa dette envers l'ancienne mutualité, la mutation peut poursuivre son cours. Si c'est la nouvelle mutualité qui a payé la dette, elle doit soumettre la preuve du paiement effectif, au plus tard le 1^{er} octobre 20xx + 20 jours ouvrables, à l'ancien organisme assureur.

c. Mécanisme visant à protéger l'assuré social de décisions impulsives

Le nouvel article 257 stipule que l'assuré, après avoir signé le formulaire de mutation, dispose d'un délai dans lequel il peut retirer la demande de mutation, en d'autres mots une période de réflexion qui court en effet jusqu'au dernier jour ouvrable précédant la date de mutation. Ce délai est un délai de forclusion, le but étant de protéger l'assuré d'éventuelles décisions impulsives⁶.

Pour éviter que l'assuré social n'en soit pas informé, la possibilité de retirer la demande de mutation est mentionnée explicitement sur le formulaire de mutation.

L'ancien organisme assureur communique le retrait de la demande de mutation de l'assuré au nouvel organisme assureur dans les 10 jours ouvrables et le communique également au Service du contrôle administratif.

5. Art. 259 de l'A.R. précité du 03.07.1996.

6. Art. 257 de l'A.R. précité du 03.07.1996.

> L'assuré est affilié à la mutualité X et demande une mutation pour le 1^{er} octobre 20xx vers la mutualité Y. L'assuré peut se raviser jusqu'au dernier jour ouvrable précédant la date de mutation. La mutualité X à laquelle l'assuré est affilié communique, au plus tard dans les 10 jours ouvrables qui suivent la date du 1^{er} octobre 20xx, la décision de retrait de la demande à la mutualité Y, c'est-à-dire au plus tard le 1^{er} octobre + 10 jours ouvrables.

d. Actualisation

Les articles 258 et 268 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 font référence à la possibilité d'un envoi électronique. Le Conseil d'État estime qu'il faut une base légale permettant l'envoi recommandé électronique⁷.

L'envoi de messages signés par voie électronique et de recommandés électroniques est actuellement prévu à l'article 4/2 de la loi du 24 février 2003 relative à la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et relative à la communication électronique entre entreprises et l'administration fédérale⁸. Cette disposition est d'une importance capitale pour garantir la sécurité juridique de l'échange de données électroniques entre les différents acteurs au sein du réseau de la sécurité sociale et les assurés sociaux.

Le Service peut également prendre une décision en cas de problèmes au sujet de la régularité d'une mutation⁹.

Le nouvel article 268 stipule que le Service du contrôle administratif peut prendre une décision en cas d'irrégularités dans la procédure de mutation. Des plaintes peuvent être introduites tant par le nouvel organisme assureur que par l'ancien organisme assureur.

7. Voir avis numéro 52.943/2 du Conseil d'État donné le 27.03.2013, p. 4, pt 2.

8. L'art. 4/2 de la loi du 24.02.2003 relative à la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et relative à la communication électronique entre entreprises et l'administration fédérale est rédigé comme suit :

"Art. 4/2. § 1^{er}. Un service permettant d'envoyer par recommandé, au moyen de techniques informatiques, un document signé de manière électronique à un citoyen, à un employeur ou à son mandataire, nommé ci-après le destinataire, à l'intervention de la Banque-carrefour de la sécurité sociale, peut être mis à la disposition.

À cette fin, la Banque-carrefour de la sécurité sociale utilise des techniques informatiques qui :

a) garantissent l'origine et l'intégrité du contenu de l'envoi au moyen de techniques de sécurisation adaptées ;

b) permettent d'identifier correctement l'expéditeur et de déterminer correctement le moment d'envoi ;

c) prévoient que l'expéditeur, le cas échéant à sa demande, reçoit une preuve de l'envoi ou de la remise de l'envoi au destinataire.

La section Sécurité sociale du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé approuve ces techniques informatiques.

La communication entre l'expéditeur et le destinataire intervient via une boîte mail sécurisée, qui est mise à la disposition du citoyen, de l'employeur ou de son mandataire via le réseau de la sécurité sociale. Cette boîte mail est le canal de communication officiel pour les messages électroniques envoyés entre l'expéditeur et le destinataire.

§ 2. La communication qui répond aux conditions visées au § 1^{er} a la même force probante qu'une lettre recommandée ou une lettre recommandée envoyée par la poste".

9. Art. 268 de l'A.R. précité du 03.07.1996.

Conclusion

La création d'un flux de données électronique et exploitable relatif aux demandes, approbations et refus de mutations montre l'importance d'une analyse critique des processus et méthodes de travail existants à la lumière de l'évolution de l'INAMI en tant qu'organisation utilisant la connaissance de manière intensive qui exploite au maximum les données de l'assurance qu'elle gère et à la lumière d'une amélioration de l'efficacité des processus de travail, tant au sein de l'INAMI même qu'entre l'INAMI et ses partenaires.

Cette réalisation n'a également été rendue possible que par une concertation étroite et ininterrompue entre la Section Données d'accessibilité du Service du contrôle administratif et les organismes assureurs et montre l'importance de la volonté d'écoute de la part des deux acteurs dans le développement ultérieur et dans la gestion de notre système d'assurance.

La réalisation de ce flux électronique n'est bien évidemment pas le point final : le mécanisme sera régulièrement évalué et corrigé au besoin. Il est logique que les données échangées entre organismes assureurs fasse l'objet d'une analyse critique et qu'un projet y afférent soit également mis sur pied.

2^e Partie

Évolution de la législation
en matière d'assurance
soins de santé et
indemnités



3^e trimestre 2013

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Protocoles d'accord

Les programmes en cours inclus dans le protocole d'accord conclu entre l'État fédéral et les Communautés se voient attribuer les montants maximaux de l'intervention de l'assurance pour 2012¹. Il s'agit des programmes suivants :

- le programme de vaccination contre le VPH de la Communauté française : 881.920 EUR
- le programme du dépistage du cancer colorectal de la Communauté française : 1.593.480 EUR
- le programme de vaccination contre le VPH de la Communauté flamande : 1.306.200 EUR.

2. Budget des spécialités pharmaceutiques

Le budget global pour les spécialités pharmaceutiques est fixé à 3.984,102 millions d'EUR pour l'année 2013.²

3. Cotisations spécialités pharmaceutiques

a. Cotisation orpheline

Via la cotisation sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables, les firmes pharmaceutiques contribuent aux dépenses du secteur. À partir de 2013, ces contributions valent aussi pour le chiffre d'affaires des médicaments orphelins, il s'agit de la "cotisation orpheline".³

b. Dispositifs médicaux

CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE

Pour l'année 2013, une contribution exceptionnelle de 0,20 % sur le chiffre d'affaires est imposée au secteur des dispositifs médicaux⁴.

1. A.R. 19.06.2013 portant modification de l'A.R. du 08.04.2011 portant exécution de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 5^o, de la loi SSI, M.B. du 02.07.2013, p. 41526.
2. A.R. du 17.08.2013 fixant le budget global en 2013 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 27.08.2013 (Éd. 2), p. 56608.
3. Loi-programme du 28.06.2013, M.B. du 01.07.2013 (Éd. 2), art. 26-30.
4. Loi-programme du 28.06.2013, M.B. du 01.07.2013 (Éd. 2), art. 31 et 34.

DIAGNOSTIC IN VITRO

Les distributeurs de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* sont soumis à la même cotisation que les distributeurs des autres dispositifs médicaux⁵.

À partir de l'année 2013, ils doivent tenir à jour à cet effet un registre sur la base duquel la contribution sur le chiffre d'affaires peut être calculée. Pour l'année 2012, sur la base de laquelle la contribution pour 2013 est calculée, les distributeurs doivent introduire une déclaration sur l'honneur dans laquelle ils indiquent le chiffre d'affaires de l'année civile précédente.

4. Base de remboursement des spécialités pharmaceutiques

a. Médicaments biologiques

Le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet de chaque année, les prix et les bases de remboursement des médicaments biologiques à usage humain sont diminués de 7,5 %. Il s'agit des spécialités pharmaceutiques dont, dans le courant du semestre précédent, chaque principe actif apparaît dans une spécialité qui a été remboursable pour la première fois il y a plus de dix-huit ans ou pour lesquelles une spécialité pharmaceutique contenant le même principe actif ou les mêmes principes actifs, est inscrite, dans le courant du semestre précédent, sur la liste visée à l'article 35bis, de la loi SSI, et n'est pas indisponible. Certains médicaments biologiques peuvent être exonérés de cette diminution par arrêté royal⁶.

b. Médicaments génériques

La base de remboursement de tous les médicaments pour lesquels un médicament générique existe est diminuée de 2,5 %. La diminution du remboursement de l'original est en outre portée à 32,5 % si un médicament générique arrive sur le marché⁷.

c. Blocage des prix

Le blocage des prix des médicaments et des implants est prolongé d'un an, soit pendant l'année 2014, pour éviter que ces mesures d'économie puissent être annulées, sauf s'il s'agit de hausses de prix justifiées⁸.

5. Financement expérimental

a. Hadronthérapie

Une intervention de l'assurance est prévue à partir du 30 septembre 2017 pour l'hadronthérapie en Belgique et à l'étranger⁹.

5. Loi-programme du 28.06.2013, M.B. du 01.07.2013 (Éd. 2), art. 33 et 35.

6. Loi du 30.07.2013 portant des dispositions diverses, M.B. du 01.08.2013 (Éd. 2), art. 30.

7. Loi du 30.07.2013 portant des dispositions diverses, M.B. du 01.08.2013 (Éd. 2), art. 31-32.

8. Loi du 30.07.2013 portant des dispositions diverses, M.B. du 01.08.2013 (Éd. 2), art. 33.

9. A.R. du 18.06.2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 1^o, de la loi SSI, pour l'intervention dans le coût d'un traitement avec hadronthérapie, M.B. du 15.07.2013, p. 44010.

- Une collaboration est mise en place avec les centres d'hadronthérapie européens pour la prise en charge de l'intervention et pour les frais de transport pour les patients atteints de cancer qui recourent à l'hadronthérapie
- En outre, l'arrêté royal définit les conditions auxquelles les hôpitaux candidats pour l'hadronthérapie peuvent conclure une convention avec le Comité de l'assurance en vue de bénéficier d'une intervention de l'assurance.

b. Contraceptifs pour jeunes

Les projets qui prévoient le financement de contraceptifs pour les jeunes sont prolongés pendant les 9 premiers mois de 2013 en attendant une réglementation définitive pour perpétuer l'expérience¹⁰. Il s'agit d'une intervention de maximum 9.313.000 EUR répartis entre les organismes assureurs pendant la période définie.

6. Frais d'administration

Les frais d'administration des organismes assureurs sont fixés annuellement. Les cinq unions nationales et la Caisse des soins de santé de la SNCB reçoivent une enveloppe qui tient compte de la situation économique¹¹.

7. Force probante

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'article 9*bis* de la loi du 14 juillet 1994 stipule que, pour le secteur des soins de santé et des indemnités, les documents visés par la loi du 14 juillet 1994 doivent pouvoir être présentés en version électronique, dès que cela sera disponible et dès que cette version bénéficiera de la force probante conformément aux dispositions de la loi relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.¹²

8. Conseil technique des voiturettes

Le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des voiturettes est adapté pour que désormais (à partir du 01.01.2013), les convocations aux réunions soient transmises par voie électronique uniquement¹³.

10. A.R. du 31.07.2013 modifiant l'A.R. du 29.01.2007, fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'art. 56, § 2, 1^o, de la loi SSI, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes, M.B. du 21.08.2013, p. 55584.

11. Loi-programme du 28.06.2013, M.B. du 01.07.2013 (Éd. 2), art. 32.

12. A.R. du 19.07.2013 portant diverses dispositions en matière de force probante, M.B. du 16.08.2013, p. 54614.

13. A.R. du 30.08.2013 portant approbation de la modification du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des voiturettes institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, M.B. du 27.09.2013 (Éd. 2), p. 68481.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Maximum à facturer

La loi-programme du 28 juin 2013 modifie la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour que le maximum à facturer pour malades chroniques puisse aussi être octroyé au ménage dont un membre bénéficie du statut "affection chronique". À partir du 1^{er} janvier 2013, le mécanisme de baisse du plafond des interventions personnelles s'applique aussi aux ménages dont un membre a le statut de malade chronique, tant dans le cadre du MAF social que du MAF revenu et du MAF enfant¹⁴.

Le ménage pris en compte pour le maximum à facturer est composé sur la base des données du Registre national. Dans certaines situations, à savoir lors de l'application de règles de droit international, le droit au maximum à facturer doit être accordé à des personnes qui ne sont pas inscrites dans ce Registre. Le Roi a la compétence d'établir comment la composition du ménage est déterminée dans ces cas-là.

b. Convention SIDA

Les conventions qui peuvent être conclues depuis 2009 avec les centres SIDA et qui prennent en charge le coût du traitement prophylactique en cas d'exposition non professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine ou d'exposition professionnelle non prise en charge par l'assurance accident du travail, ni par le Fonds des maladies professionnelles ni par une autre assurance en Belgique ou à l'étranger sont à charge de l'assurance soins de santé. Leur financement est poursuivi en 2012¹⁵.

c. Tiers payant

L'assurance soins de santé et indemnités intervient dans le coût des glucomètres, porte-lancettes, tiges de contrôle du glucose et lancettes délivrés aux bénéficiaires inscrits dans un trajet de soins "diabète" ou dans un programme de contrôle de la glycémie.

Le 1^{er} avril 2013, ces prestations ont été transférées de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 relatif aux dispositifs médicaux. À la suite de ce transfert, l'arrêté royal relatif au régime du tiers payant a été adapté à partir de la même date pour permettre l'application du tiers payant après ce transfert¹⁶.

14. Loi-programme du 28.06.2013, M.B. du 01.07.2013 (Éd. 2), art. 22-25.

15. A.R. du 29.05.2013 modifiant l'A.R. 09.06.2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 2^o, de la loi SSI, pour le traitement prophylactique en cas d'exposition non-professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine ou d'exposition professionnelle non prise en charge par l'assurance accident du travail, ni par le fonds des maladies professionnelles ni par une autre assurance en Belgique ou à l'étranger, M.B. du 01.08.2013, p. 48032.

16. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1^{er}, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 11.09.2013, p. 64213.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

GROUPES LOCAUX D'ÉVALUATION MÉDICALE

L'arrêté royal du 12 décembre 2012 prévoit une intervention dans les frais de fonctionnement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM)¹⁷. Une des conditions relatives aux données des réunions de GLEM n'entre pas en ligne de compte pour les années 2011 et 2012 parce qu'elle constituait manifestement un trop grand obstacle pour l'obtention du financement par les médecins¹⁸.

STATUT SOCIAL

Le montant des avantages sociaux pour les médecins ayant adhéré à l'accord national est fixé à 4.444,05 EUR pour l'année 2013. Pour les médecins qui n'ont adhéré que partiellement à l'accord, ce montant est de 2.169,60 EUR.

Il est uniquement possible de déroger aux montants des honoraires :

- en ce qui concerne les médecins généralistes : pour les consultations, rendez-vous et prestations au cabinet à raison d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum 4 heures consécutives
- en ce qui concerne les médecins spécialistes : pour les prestations aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfait) à raison d'un maximum de 4 fois par semaine par plage de maximum 4 heures consécutives. La moitié au moins du total de toutes les prestations aux patients ambulants doit être effectuée aux taux d'honoraires fixés.

Le montant de la pension de retraite est fixé pour 2013 à 5.453,55 EUR, celui de la pension de survie à 4.544,75 EUR.¹⁹

b. Praticiens de l'art dentaire

La cotisation annuelle instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire est fixée à 2.208,61 EUR pour l'année 2013.²⁰

c. Pharmaciens

Les organisations professionnelles représentant les pharmaciens reçoivent une intervention financière pour leurs dépenses en matière de personnel et de fonctionnement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau²¹.

17. Voir B.I. - INAMI 2013/1, p. 46 - A.R. du 12.12.2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale, M.B. du 27.12.2012 (Éd. 2), p. 87933.

18. A.R. du 30.07.2013 modifiant l'A.R. du 12.12.2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale, M.B. du 09.08.2013 (Éd. 2), p. 52235.

19. A.R. du 30.08.2013 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2013 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'INAMI et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'A.R. du 06.03.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins, M.B. du 25.09.2013, p. 67933.

20. A.R. du 10.07.2013 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2013 par le Service des soins de santé de l'INAMI telle qu'elle est prévue par l'A.R. du 17.08.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire, M.B. du 14.08.2013 (Éd. 2), p. 54433.

21. A.R. du 30.08.2013 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des pharmaciens, M.B. du 20.09.2013 (Éd. 2), p. 66882.

Cette intervention se compose, d'une part, d'un montant de base de 87.818,15 EUR par organisation professionnelle représentative et, d'autre part, d'un montant complémentaire qui dépend du nombre de membres de l'organisation professionnelle et du pourcentage de dispensateurs de soins conventionnés dans le secteur (27,43 EUR x (nombre de membres) x % de dispensateurs de soins conventionnés).

Le paiement est effectué en 2 tranches :

- 75 % avant le 31 mars de l'année concernée et, pour 2013, dans le courant du mois de septembre
- 25 % dans les trois mois après que les comptes annuels pour l'année concernée approuvés par l'assemblée générale ont été transmis à l'INAMI.

Le Conseil général peut décider de ne pas verser la dernière tranche s'il apparaît que l'intervention n'a pas été utilisée intégralement aux fins prévues.

d. Kinésithérapeutes

Le 1^{er} août 2013, les conditions d'octroi d'une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentant les kinésithérapeutes ont été fixées²².

Le montant annuel de l'intervention octroyée à une organisation professionnelle représentant les kinésithérapeutes se compose, d'une part, d'un montant de base par organisation professionnelle représentative (92.774,89 EUR) et, d'autre part, d'un montant complémentaire qui dépend du nombre de membres de l'organisation et du pourcentage de kinésithérapeutes conventionnés (27,26 EUR par membre ou par voix).

Le paiement est effectué en 2 tranches :

- 75 % avant le 31 mars de l'année concernée et en ce qui concerne l'année 2013, dans le mois qui suit la publication du présent arrêté au Moniteur belge
- 25 % dans les trois mois après que les comptes annuels pour l'année concernée approuvés par l'assemblée générale ont été transmis à l'INAMI.

Le Conseil général peut décider de ne pas verser la dernière tranche s'il apparaît que l'intervention n'a pas été utilisée intégralement aux fins prévues.

e. Sages-femmes

Le texte de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est actualisé par le remplacement, en français, du terme "accoucheuse" par "sage-femme"²³. L'adaptation avait déjà été apportée antérieurement à la loi du 14 juillet 1994. Elle s'imposait car c'est la nouvelle dénomination qui figure sur les diplômes délivrés.

22. A.R. du 02.07.2013 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes, M.B. du 12.07.2013 (Éd. 2), p. 43653.

23. A.R. du 06.09.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 24.09.2013 (Éd. 2), p. 67699.

f. Établissements et services de soins

SERVICES INTÉGRÉS DE SOINS À DOMICILE

Les SISD reçoivent chaque année un financement structurel de l'INAMI par habitant de leur zone de soins. À partir du 21 juillet 2013, la procédure de demande devient plus claire et plus souple et les montants sont augmentés²⁴.

- Le SISD peut maintenant introduire le dossier annuel de demande auprès du SPF Santé publique jusqu'au 31 mars au lieu du 31 janvier comme c'était le cas auparavant. Si le dossier est en ordre, l'INAMI verse le financement structurel avant le 1^{er} juin. Les administrations traitent aussi les demandes introduites après le 31 mars. Dans ce cas-là, le paiement n'est pas lié à une date déterminée
- Le financement est un peu plus élevé pour l'année 2012, à savoir 0,1911 EUR par habitant. Vu l'indexation annuelle à partir de 2013, ce montant s'élève à 0,1964 EUR pour 2013. Pour 2014, il est de 0,1991 EUR.

MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

• Politique des médicaments

Le 15 août 2013, un appel à projets a été lancé en vue d'une nouvelle approche en matière de politique des médicaments pour les personnes âgées en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou en maison de repos ou de soins (MRS)²⁵. Il s'agit d'un projet de soins coordonnés dans le cadre du financement expérimental de l'article 56 de la loi coordonnée. Cette politique concerne, d'une part, l'incidence financière de la consommation de médicaments sur les dépenses en soins de santé et l'accessibilité financière pour la personne âgée elle-même et, d'autre part, l'incidence de la consommation de médicaments sur la qualité de vie de la personne âgée.

Ceci se traduit par maximum 30 projets rassemblant une MRPA ou une MRS, le médecin coordinateur et conseiller de l'institution, les médecins généralistes concernés et les cercles de médecins généralistes ainsi que les pharmaciens concernés.

Les projets organisent pour au moins 35 résidents en maison de repos une concertation médico-pharmaceutique à l'échelle du patient. En outre, ils participent à des groupes de travail en vue de formuler des recommandations sur l'utilisation du formulaire de médicaments, la prescription des médicaments (schéma d'administration, dosage) et l'ensemble du processus concernant les médicaments.

Une équipe de recherche universitaire (comprenant une université néerlandophone et une université francophone) assure l'accompagnement des projets.

La recherche durera trois ans au total.

24. A.R. du 12.06.2013 modifiant l'A.R. du 15.12. 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile, M.B. du 11.07.2013, p. 43198.

25. A.R. du 11.07.2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance soins de santé peut conclure des conventions, en application de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 3^o, de la loi SSI, pour la prise en charge des coûts de projets destinés à soutenir une concertation multidisciplinaire dans le cadre d'une politique de soins médico-pharmaceutique dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins, M.B. du 31.07.2013, p. 47886.

o Nouvelles initiatives de soins

Dans le secteur des soins aux personnes âgées, il existe depuis longtemps un consensus sur la nécessité d'identifier des formes innovantes de soins et de soutien aux soins à destination des personnes âgées fragiles afin de renforcer ou de maintenir leur autonomie et ainsi postposer une éventuelle prise en charge dans une maison de repos pour personne âgée ou dans une maison de repos et de soins.

Un premier projet a été mené en 2009²⁶.

Un deuxième appel à projets a été lancé le 1^{er} septembre 2013.²⁷

Sont visés les projets dont l'objectif est d'offrir aux personnes âgées fragiles des alternatives aux MRPA et MRS qui pourront par la suite être pérennisées via un financement structurel.

L'objectif général des projets est le financement d'un projet coordonné et concerté de soins alternatifs et de soutien aux soins garantissant une prise en charge intégrée et multidisciplinaire. Pour l'instant, aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité n'est prévue à cet effet. Le groupe cible est celui des personnes âgées fragiles ou des personnes âgées qui risquent d'avoir besoin de soins complexes et/ou de longue durée. Les projets veillent à l'autonomie des patients afin que ceux-ci puissent rester à domicile ou y retourner.

Les organisations de dispensateurs de soins qui entrent en ligne de compte pour ces projets sont "tous les services, groupements ou institutions de soins, d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), qui sont indispensables dans la prestation du soin innovant dans le cadre d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles".

Sont plus particulièrement visés comme partenaires incontournables :

- o les services de soins à domicile
- o les services intégrés de soins à domicile (SISD)
- o les centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD)
- o les MRPA ou MRS
- o les cercles de médecins généralistes de la zone géographique concernée.

Par ailleurs, la participation d'autres organisations comme les associations de bénévoles, les associations de patients, etc. est vivement recommandée.

L'appel à projets repose sur quatre piliers :

- o la primauté du statut central du patient
- o la participation effective du médecin généraliste
- o l'utilisation d'un instrument d'évaluation gériatrique global (BelRAI) à des fins d'organisation des soins
- o une réelle transmutualité/transsectorialité.

Les dossiers pouvaient être introduits jusqu'au 31 octobre 2013.

La forme et le contenu des dossiers feront l'objet d'une évaluation. Les propositions de projets seront ensuite soumises au Comité de l'assurance soins de santé et les conventions seront rédigées. Les projets commenceront début septembre 2014.

26. Voir B.I. - INAMI 2009/3-4, p. 376.

27. A.R. du 17.08.2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'INAMI peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles, M.B. du 22.08.2013 (Éd. 2), p. 55932, modifié par l'A.R. du 04.11.2013, M.B. du 07.11.2013 (Éd. 3), p. 84687.

Le financement couvre :

- les prestations dispensées par des praticiens qualifiés à cet effet, salariés ou statutaires : soins infirmiers, prestations de kinésithérapie, prestations de logopédie et tâches de réactivation et de réintégration sociale
- certaines prestations pharmaceutiques
- le coût de la concertation et de la coordination entre les partenaires du projet, y compris l'intervention du généraliste
- certains désinfectants
- des aides techniques spécifiquement destinées au maintien de la personne âgée à domicile
- la formation et la sensibilisation du personnel
- la formation et la sensibilisation de la personne âgée fragile incluse dans le projet ainsi que de son aidant proche
- une intervention forfaitaire dans le coût de l'enregistrement, de la gestion et de la transmission des données ainsi que dans les frais liés aux obligations relatives à la protection de la vie privée
- une intervention dans les frais administratifs
- une intervention dans les frais de déplacement du personnel dans l'exécution des tâches dans le cadre du projet
- les frais de fonctionnement liés aux soins.

3. Prestations

a. Médecins

BIOLOGIE CLINIQUE

Le remboursement du test sanguin pour le dépistage du cancer de la prostate a été supprimé le 1^{er} octobre 2013²⁸.

Pour l'instant, le dosage PSA est remboursé tous les 2 ans par l'assurance soins de santé dans le cadre du dépistage chez les hommes âgés de plus de 50 ans²⁹.

Le retrait de cette prestation de la nomenclature a été décidé dans le cadre des mesures d'économie sur la base de preuves scientifiques (EBM) provenant du rapport du KCE.

Ce retrait a été décidé parce que le dépistage systématique chez des hommes sans risque spécifique n'influence pas la mortalité. Le cancer de la prostate demeure latent.

PRESTATIONS URGENTES

À partir du 1^{er} octobre 2013, les suppléments d'honoraires pour les prestations urgentes de l'article 26 de la nomenclature ne peuvent plus être attestés par les praticiens de l'art dentaire³⁰. Un code de nomenclature séparé est prévu pour ces dispensateurs de soins (voir plus loin).

28. A.R. du 17.03.2013 modifiant les art. 18, § 2, B, e), 19, § 5^{quinquies}, et 24, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 11.09.2013, p. 64212.

29. Voir B.I. - INAMI 2011/1, p. 66.

30. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'art. 26, § 11, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 20.09.2013 (Éd. 2), p. 66884.

RÉANIMATION

À partir du 1^{er} décembre 2012, un supplément d'honoraires pour prestation urgente peut être attesté pour la prestation "dialyse rénale aux soins intensifs"³¹. C'était déjà possible auparavant mais, suite à une restructuration de la nomenclature, le supplément risquait de ne plus pouvoir être attesté.

DÉMENCE

Suite à une modification de l'article 20 de la nomenclature³², certaines règles d'application sont devenues superflues³³. Elles sont abrogées à partir du 1^{er} novembre 2013.

PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES

Depuis le 1^{er} novembre 2013, il existe une nouvelle règle d'application pour les prestations relatives aux endoprothèses³⁴. Lors d'une intervention pour le placement d'endoprothèses, les éventuelles dilatations endovasculaires supplémentaires sont comprises (elles ne sont donc pas rémunérées séparément).

IMAGERIE MÉDICALE

Les prestations relatives à l'examen duplex couleur et l'échographie transrectale n'avaient pas encore été attribuées à une spécialité donnée. C'est le cas depuis le 1^{er} novembre 2013³⁵.

- Les médecins spécialistes en cardiologie, en médecine interne, en chirurgie et en gériatrie ont accès aux prestations relatives à l'examen duplex couleur
- Le dermatologue a accès aux échographies veineuses
- Le gastro-entérologue a accès à l'échographie transrectale.

UROLOGIE

L'article 14 de la nomenclature est modifié à dater du 1^{er} novembre 2013³⁶.

- Insertion d'un nouveau numéro de nomenclature pour une orchidectomie pour tumeur et l'implantation d'une prothèse d'érection
- Le placement des prothèses est revalorisé.

31. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'art. 26, § 4, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.09.2013 (Éd. 2), p. 67696.

32. Voir B.I. - INAMI 2012/4, p. 473.

33. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'art. 20, § 1^{er}, f), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.09.2013 (Éd. 2), p. 67697.

34. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'art. 34, § 1^{er}, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.09.2013 (Éd. 2), p. 67698.

35. A.R. du 06.09.2013 modifiant l'art 17^{quater}, § 3, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.09.2013 (Éd. 2), p. 67700.

36. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'art. 14, j), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.09.2013 (Éd. 2), p. 67695.

b. Praticiens de l'art dentaire

NOMENCLATURE

La nomenclature des prestations de l'art dentaire est modifiée comme suit à partir du 1^{er} juillet 2013³⁷ :

- deux nouvelles prestations sont insérées pour la technique d'apexification. Ce traitement est uniquement remboursé s'il est effectué sur les canines ou les incisives définitives, jusqu'au 18^e anniversaire. L'apexification est généralement nécessaire après un trauma et requiert en général plusieurs séances. Le traitement de canal, les obturations, le matériel d'obturation, les dispositifs et radiographies préopératoires sont compris dans les honoraires
- une nouvelle règle d'application exclut le remboursement d'un scellement appliqué pendant la même séance sur une même face dentaire qui a fait l'objet de soins conservateurs
- le forfait pour traitement d'urgence est lié à un horaire, il peut uniquement être attesté la nuit entre 21 heures et 8 heures ou les samedis, dimanches ou jours fériés de 8 heures à 21 heures ou les jours de pont convenus.

À partir du 1^{er} novembre 2013, les situations dans lesquelles un supplément d'honoraires peut être attesté sont modifiées³⁸ :

- pour une consultation en urgence lors d'un pont, pendant un service de garde organisé, le supplément d'honoraires doit être attesté via les numéros de nomenclature prévus à cet effet
- les numéros de nomenclature pour les prestations techniques effectuées au cours d'un service de garde organisé lors d'un pont peuvent être attestés la nuit de 21 heures à 8 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié de 8 heures à 21 heures.

Ces modifications découlent du fait que les suppléments d'honoraires pour prestations urgentes de l'article 26 de la nomenclature ne peuvent plus être attestés par les praticiens de l'art dentaire. Par conséquent, ces derniers doivent facturer le supplément d'honoraires via d'autres dispositions.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Une nouvelle règle interprétative insère la définition de digue dans la réglementation avec entrée en vigueur au 1^{er} juin 2007³⁹. Seules les "mini-digues" sont exclues de la définition étant donné que les bords de la membrane se trouvent encore dans la bouche. Par conséquent, l'objectif recherché, à savoir isoler la dent, n'est pas atteint. Le libellé a été rédigé sur la base des normes ISO, il précise quel type de matériel entre en ligne de compte pour le remboursement.

37. A.R. du 30.08.2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.09.2013, p. 64388 et l'erratum, M.B. du 07.10.2013, p. 69633 et l'A.R. du 06.09.2013 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 12.09.2013, p. 64390.

38. A.R. du 30.08.2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 20.09.2013 (Éd. 2), p. 66880.

39. Règles interprétatives du 17.06.2013 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.08.2013 (Éd. 2), p. 60191.

c. Logopèdes

La nomenclature des prestations de logopédie est modifiée à partir du 1^{er} septembre 2013⁴⁰.

- Les troubles qui empêchent de continuer à exercer une profession se limitent aux troubles du langage oral. Les troubles du langage écrit sont remboursables par une autre partie de la nomenclature
- Une nouvelle définition est donnée à la dyslexie, à la dysorthographe et à la dyscalculie
- Le libellé pour les troubles du larynx et des cordes vocales est également modifié
- Dorénavant, l'inscription dans l'enseignement spécial de type 8 n'est plus une raison d'exclusion du droit à une intervention de l'assurance. C'est seulement dans le cas où l'assuré souffre d'un trouble auquel l'enseignement spécial est attentif que le motif d'exclusion demeure. C'est le cas pour les troubles de développement du langage oral, la dyslexie, la dysorthographe, la dyscalculie et la dysphasie
- Le remboursement du traitement de la dysphagie dans un centre de rééducation ambulatoire ne peut pas être cumulé avec la possibilité de bénéficier d'une intervention pour le traitement de ce trouble dans le cadre de la nomenclature des prestations de logopédie monodisciplinaires
- Le médecin spécialiste en neurologie pédiatrique remplace le spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie en tant que prescripteur du bilan de départ, du bilan d'évolution et de la prolongation du traitement logopédique de la dysphasie
- 80 séances de logopédie maximum sont désormais remboursables pour le traitement des troubles du larynx et des cordes vocales
- Le dispensateur de soins doit respecter les prescriptions de la Commission de conventions logopèdes – organismes assureurs relatives à la qualité des prestations. Cela concerne en premier lieu les directives relatives au local de thérapie
- Les codes de nomenclature correspondant aux prestations dans les centres de rééducation ambulatoire disparaissent. En effet, les conventions avec ces centres excluent tout remboursement sur la base de la nomenclature des prestations de logopédie monodisciplinaires.

d. Implants

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Le libellé des prestations relatives aux prothèses d'épaule est modifié à partir du 1^{er} septembre 2013.⁴¹ Il indique clairement à partir de quelle taille le produit doit être considéré comme un implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire et plus comme une prothèse céphalique.

À partir du 1^{er} octobre 2013, l'implant de surface ne peut plus être porté en compte qu'une seule fois pour un remplacement partiel du cartilage articulaire tant pour les hanches que pour l'épaule et les genoux.⁴² Avant la date d'entrée en vigueur de cette modification, cette règle d'application ne concernait que la prestation pour les hanches.

40. A.R. du 04.07.2013 modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'art. 36 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.07.2013, p. 44267.

41. A.R. du 24.06.2013 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.07.2013, p. 47885.

42. A.R. du 24.06.2013 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.08.2013, p. 48660.

CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DIGESTIVE

Les remboursements du chapitre “Chirurgie abdominale et pathologie digestive” sont modifiés à partir du 1^{er} octobre 2013 afin de répondre à la réalité du terrain et à l'évolution du matériel.⁴³ L'intervention est revalorisée en fonction du nouveau matériel utilisé, certaines prestations ont été supprimées et d'autres ont été insérées pour prévoir un remboursement.

Dans la prestation “Filet préformé pour réparation d'une hernie inguinale ou d'un défaut de la paroi abdominale”, une erreur linguistique est corrigée avec entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2013.⁴⁴

UROLOGIE ET NÉPHROLOGIE

Par souci de clarté, le libellé de la prestation “Ensemble du matériel utilisé pour le traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale” est modifié à la date du 1^{er} octobre 2013.⁴⁵

e. Orthopédistes

Une nouvelle règle interprétative explicite le délai de renouvellement pour les chaussures orthopédiques quand une chaussure pour pied avec plaies atones est délivrée entre 2 fournitures.⁴⁶

f. Prestations pharmaceutiques

MÉDICAMENTS

En cas de prescription en dénomination commune internationale, le pharmacien est obligé de délivrer le médicament le meilleur marché.

À partir du 15 juillet 2013, si la durée du traitement est précisée, le pharmacien peut regrouper - dans le cadre du choix de la taille de conditionnement qui correspond à la prescription - les conditionnements disponibles de la façon suivante :⁴⁷

- 28-30 unités
- 31-60 unités
- 61-79 unités
- 80-90 unités
- 91-120 unités.

Les conditionnements de moins de 28 unités ou de plus de 120 unités ne peuvent pas être regroupés.

43. A.R. du 24.06.2013 modifiant l'art. 35bis de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.08.2013, p. 56291 et A.R. du 24.06.2013 modifiant l'A.R. du 06.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art 35bis de la nomenclature des prestations de M.B. du 26.08.2013, p. 56294.

44. A.R. du 24.06.2013 modifiant les art. 35 et 35bis de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.08.2013, p. 48661.

45. A.R. du 24.06.2013 modifiant les art. 35 et 35bis de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.08.2013, p. 48661.

46. Règles interprétatives du 08.07.2013 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 31.07.2013, p. 47957.

47. A.R. du 11.07.2013 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 15.07.2013, p. 44012.

Ce regroupement ne peut pas être appliqué pour :

- les substances stupéfiantes
- les substances psychotropes
- les médicaments qui appartiennent à la classe ATC J01 (antibiotiques).

DISPOSITIFS MÉDICAUX

Le 1^{er} octobre 2013 entre en vigueur un arrêté royal qui prévoit une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes âgées de moins de 21 ans.⁴⁸ Les dispositions sont les suivantes :

- une intervention pour les mêmes contraceptifs que la convention expérimentale, à savoir : les pilules orales combinant œstrogène et progestatif, les piqûres contraceptives et minipilules, les patchs contraceptifs, les dispositifs intra-utérins hormonaux et au cuivre, les anneaux intravaginaux, les implants ou bâtonnets hormonaux, les pilules du lendemain, à l'exception du préservatif
- les données qui doivent être mentionnées dans la liste des contraceptifs et la procédure de modification de cette liste
- l'intervention s'élève à 3 EUR par mois de traitement, et est convertie en fonction de la taille de conditionnement et de l'unité de tarification du contraceptif qui figure sur la liste
- enfin, l'arrêté royal fixe les documents que la femme doit obligatoirement présenter ainsi que la manière dont la tarification par les pharmaciens doit se dérouler.

La mesure est évaluée tous les deux ans par le groupe de travail "Financement de la contraception pour les jeunes" mis en place au sein du Comité de l'assurance.

INFERTILITÉ FÉMININE

À partir du 1^{er} octobre 2013, le montant de 3 interventions forfaitaires de l'assurance maladie pour le traitement de l'infertilité féminine est diminué de 15 %.⁴⁹ Il s'agit de :

- l'intervention dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'une fécondation in vitro, octroyée par cycle complet, en ce compris, l'ICSI
- l'intervention dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées chez une receveuse d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre d'un don d'ovocyte(s)
- l'intervention dans le traitement pour la stimulation du développement folliculaire ou un traitement par insémination intra-utérine.

48. A.R. du 16.09.2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans, M.B. du 20.09.2013 (Éd. 2), p. 66886.

49. A.R. du 16.09.2013 modifiant l'A.R. du 06.10.2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, M.B. du 20.09.2013 (Éd. 2), p. 66885.

III. Indemnités

1. Travailleurs salariés

a. Augmentation de la prime de rattrapage (hors index)

La prime de rattrapage pour les assurés qui ont été reconnus incapables de travailler au minimum pendant 1 an à la date du 31 décembre de l'année précédente, qui est payée en même temps que les indemnités d'invalidité du mois de mai, est augmentée et s'élève à 274,09 EUR en 2013.⁵⁰

b. Revalorisation des indemnités

L'article 237^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit une revalorisation récurrente des indemnités de 2 % à partir du 1^{er} septembre pour les titulaires qui sont en incapacité de travail depuis 15 ans au plus tard le 31 août de l'année concernée.

L'application de cette mesure, qui devait entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2009, est suspendue à partir de cette date jusqu'en 2014 inclus.⁵¹ L'exécution de cette mesure aurait en effet permis aux invalides qui auraient atteint une durée de maladie de 15 ans en 2009 de recevoir une indemnité d'invalidité revalorisée supérieure à celle des assurés en incapacité de travail depuis 16 ans ou plus en 2009. Cette situation aurait été contraire au principe de l'égalité de traitement de tous les assurés en incapacité de travail de longue durée. Il a donc été décidé de suspendre l'application de l'article 237^{quater}.

2. Travailleurs indépendants

L'indemnité octroyée pendant l'incapacité de travail primaire et l'indemnité y associée pour les invalides qui n'ont pas cessé leur activité (titulaires avec charge de famille, isolés et cohabitants) est revalorisée à la date du 1^{er} septembre 2013.⁵²

À la suite de l'augmentation de la pension minimum de travailleur indépendant, les montants forfaitaires y associés pour les titulaires avec charge de famille et les titulaires sans charge de famille-isolés en incapacité de travail primaire d'une part et en invalidité "sans cessation de l'activité" d'autre part, sont augmentés de 1,25 %.

À la même date, le forfait pour les titulaires sans charge de famille-cohabitants en incapacité de travail primaire d'une part et en invalidité "sans cessation de l'activité" d'autre part (pas de liaison au secteur des pensions) est également augmenté de 1,25 %. Le montant de base est de 25,1116 EUR.

50. Adaptation hors index de la prime de rattrapage, M.B. du 04.07.2013, p. 42145.

51. A.R. du 18.07.2013 modifiant l'A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 06.08.2013 (Éd. 2), p. 49069.

52. A.R. du 30.08.2013 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 12.09.2013, p. 64389.

IV. Contrôle administratif

1. Mutations individuelles

Une simplification opérationnelle et administrative qui consiste à remplacer l'échange de données papier par un échange électronique de données est mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2014.⁵³

Le flux des mutations entre le Service du contrôle administratif de l'INAMI (SCA) et les organismes assureurs se faisait auparavant sur papier. En raison des formulaires sur papier, il est très difficile pour le SCA de remplir ses missions légales dans le cadre des mutations. En outre, il existe tant en interne qu'en externe, un besoin permanent de chiffres de qualité en ce qui concerne les mutations.

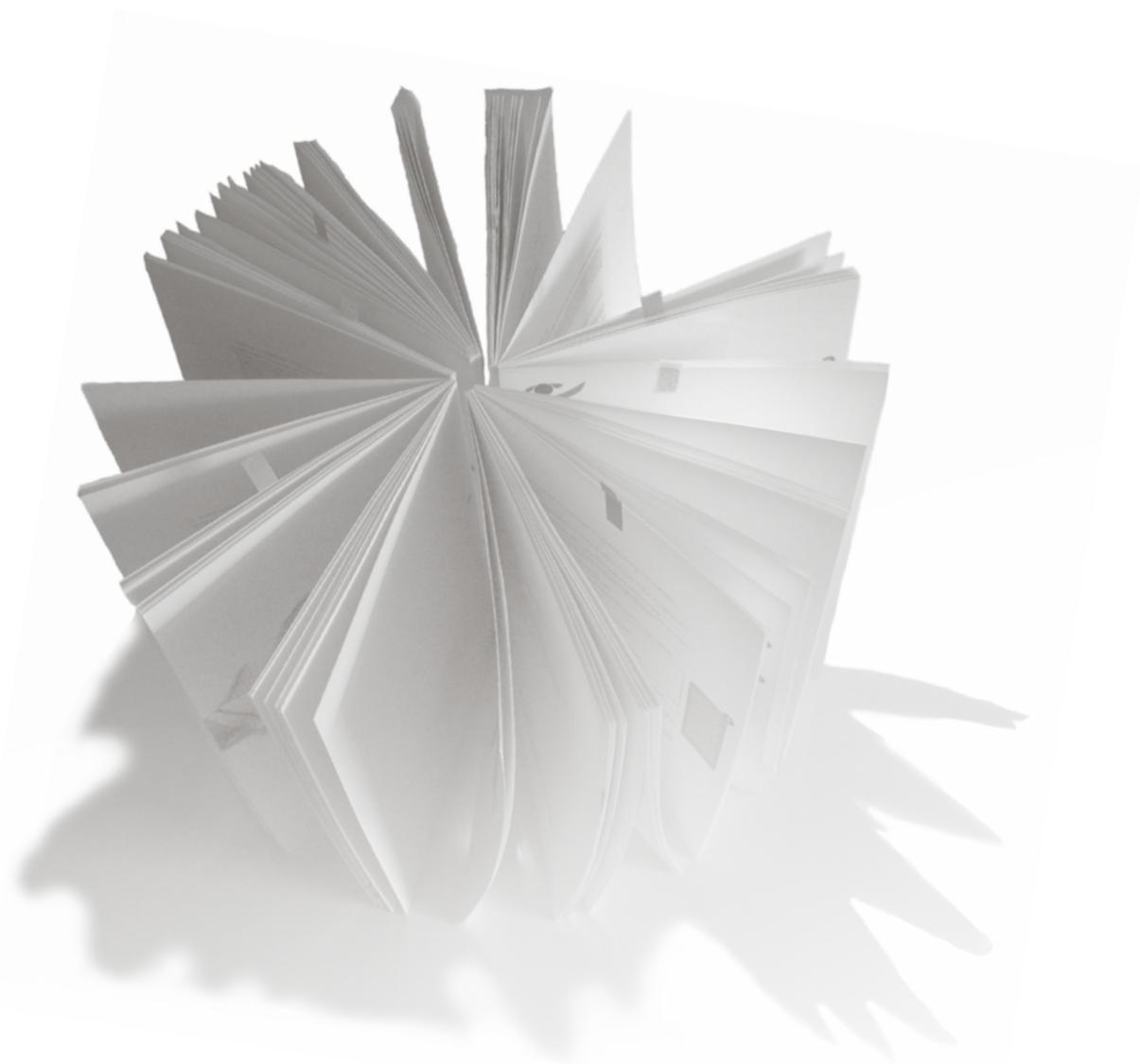
L'objectif des modifications actuelles est de remplacer le flux papier par un flux électronique. Ce flux électronique doit permettre de gérer plus efficacement les données de mutation et, partant, d'assurer leur traitement statistique et leur contrôle.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 est modifié en vue de cette transmission électronique des données. Les articles concernant les motifs de refus de mutation et la protection de l'assuré social contre des décisions impulsives sont également adaptés aux nouvelles procédures.

53. A.R. du 19.07.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 14.08.2014 (Éd. 2), p. 54433.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Cour de cassation, 16 décembre 2013

Arrêté royal du 20 juillet 1971, articles 6, 1^o, 10, §§ 3 et 59 - Régime des travailleurs indépendants - Notion d'incapacité de travail - Incapacité primaire

Aux termes de l'article 10, § 3, de l'arrêté royal, une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui atteint trois mois au moins interrompt le cours de la période d'invalidité. Il s'ensuit qu'une nouvelle incapacité de travail survenant après ce délai ouvre une nouvelle période d'incapacité primaire au sens de l'article 6, 1^o de l'arrêté royal.

En vertu de l'article 59 de l'arrêté royal, seul le médecin-conseil de l'organisme assureur du travailleur indépendant est compétent pour prendre une décision concernant l'état d'incapacité primaire.

Arrêt S.12.0032.F/1
INAMI c./G.C.

...

III. La décision de la Cour

L'arrêt confirme la décision du conseil médical de l'invalidité suivant laquelle, à partir du 26 septembre 1994, le défendeur n'était pas en incapacité de travail suivant les critères de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Conformément à l'avis de l'expert judiciaire, l'arrêt décide à l'égard du demandeur qu'à partir du 1^{er} janvier 2001, le défendeur était en état d'incapacité de travail suivant les mêmes critères.

Aux termes de l'article 10, § 3, de l'arrêté royal, une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui atteint trois mois au moins interrompt le cours de la période d'invalidité.

Il s'ensuit qu'une nouvelle incapacité de travail survenant après ce délai ouvre une nouvelle période d'incapacité primaire au sens de l'article 6, 1^o, de l'arrêté royal.

Il ressort des dispositions de l'article 59 de l'arrêté royal que, à l'exception du cas prévu à l'article 48, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, non applicable en l'espèce, la décision concernant l'état d'incapacité primaire appartient au médecin-conseil de l'organisme assureur du travailleur indépendant, de sorte que le demandeur n'a pas le droit de reconnaître cet état et d'en fixer la durée.

En décidant à l'égard du demandeur, qu'à partir du 1^{er} janvier 2001, le défendeur, dont l'état d'invalidité a pris fin le 26 septembre 1994, a été en état d'incapacité de travail au sens de l'article 20 de l'arrêté royal, l'arrêt viole les dispositions légales citées au moyen.

Celui-ci est fondé.

Par ces motifs,

La Cour,

Casse l'arrêt attaqué ;

...

II. Cour du travail de Bruxelles, 17 octobre 2013

Arrêté royal du 3 juillet 1996, article 327, § 2, alinéa 1^{er}, b) - Dispense d'inscription en frais d'administration - Récupération de l'indu par l'organisme assureur

Pour être dispensé de l'inscription en frais d'administration, les organismes assureurs sont tenus de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition et proportionnés à leur créance.

L'organisme assureur n'a pas satisfait à cette obligation lorsqu'en cas de décès de l'assuré social, il n'a pas informé, sans frais, le Procureur du Roi en lui demandant de requérir la désignation d'un curateur à succession vacante.

R.G. 2011/AB/57

O.A. c./INAMI

...

I. Les faits et la procédure antérieure

1. Monsieur W. est affilié à l'Union Il décède le 15 septembre 2004.

L'Union continue à servir des indemnités d'incapacité de travail jusqu'au 30 octobre 2004. Les indemnités sont donc indues pour la période du 16 au 30 octobre 2004, ce qui représente un montant indu de 1.057,09 EUR.

L'Union demande à l'INAMI la dispense d'inscription à charge de ses frais d'administration de ce montant sur la base de l'article 194 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courrier du 11 septembre 2007, l'INAMI refuse la dispense d'inscription au motif que les conditions prévues à l'article 327, § 2, alinéa 1^{er}, a) et b) ne sont pas remplies :

- le montant de 695,82 EUR a été payé alors que l'Union connaissait le décès de Monsieur W.
- le recouvrement des indemnités de septembre 2004, soit 361,27 EUR, n'a pas été poursuivi par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire.

2. Par citation du 10 octobre 2007, l'Union poursuit l'annulation de la décision du 11 septembre 2007 en ce qui concerne les indemnités de septembre 2004, soit 361,27 EUR.

3. Par jugement du 5 novembre 2010, le Tribunal du travail de Bruxelles déclare la demande non fondée.

II. Objet de l'appel

Par requête reçue au greffe le 20 janvier 2011, l'Union interjette appel du jugement du Tribunal du travail de Bruxelles.

Elle demande la réformation de ce jugement et la mise à néant partielle de la décision de l'INAMI du 11 mars 2007 en ce qui concerne les indemnités de septembre 2004, soit 361,27 EUR.

III. Discussion

A. La thèse des parties

À ce stade de la procédure, les parties reconnaissent que le paiement qui reste litigieux a été effectué avant que l'Union ait eu connaissance du décès de Monsieur W. Il ne peut lui être reproché d'avoir commis une faute.

Il reste donc à examiner si la condition prévue à l'article 327, § 2, alinéa 1^{er}, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité a été respectée et donc si l'Union a poursuivi le recouvrement du solde, soit 361,27 EUR, par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire.

1. L'Union expose qu'elle apporte la preuve de ce que la succession de Monsieur W. a été refusée par tous les héritiers et que dès lors il aurait fallu obtenir la désignation d'un curateur à succession vacante, ce qu'elle n'a pas fait compte tenu des frais engendrés par une telle procédure qui seraient supérieurs au montant à recouvrer.

2. L'INAMI plaide que, en l'absence de désignation d'un curateur à succession vacante, l'Union n'a pas épuisé toutes les voies de droit lui permettant de récupérer sa créance et que, en tout cas, elle ne démontre pas que les frais à engager dépassent les montants en cause. L'INAMI souligne le fait qu'une plainte pénale peut être déposée sans frais de même qu'une requête en désignation d'un curateur à succession vacante lorsque celle-ci est adressée au Procureur du Roi.

B. La position de la Cour

Pour être dispensés de l'inscription en frais d'administration, les organismes assureurs sont tenus de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition et proportionnés à leur créance.

La Cour ne voit en tout cas pas pour quels motifs l'Union aurait dû déposer une plainte pénale, à défaut d'infraction.

Par ailleurs, la Cour estime que les frais à engager par l'Union pour obtenir à son initiative la désignation d'un curateur à succession vacante seraient disproportionnés eu égard aux montants en cause. La seule mise au rôle suppose un droit de requête de 60,00 EUR, sans aucune garantie que, après le paiement des frais et honoraires privilégiés du curateur, il subsistera un solde à distribuer entre les créanciers et sans compter les coûts liés au suivi de la procédure, que ce soit par avocat ou par les services internes de l'Union.

Contrairement à ce que soutient l'INAMI, un créancier ne peut pas déposer une requête de ce type dans les mains du Procureur du Roi.

Par contre, le créancier peut informer, sans frais, le Procureur du Roi en lui demandant de requérir la désignation d'un curateur à succession vacante (art. 1228 du C. jud.). Même s'il n'y a aucune obligation pour le Procureur du Roi de donner suite à la demande, il s'agit d'un moyen simple pour tenter au moins sa chance.

N'ayant pas recouru à ce moyen, sans démontrer qu'il était nécessairement inutile (par ex. parce que la succession était tellement déficitaire que la créance n'aurait pas pu être honorée), l'Union n'a pas satisfait à cette obligation.

C'est donc à bon droit que l'INAMI a refusé la dispense d'inscription.

L'appel n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare non fondé l'appel...

...

III. Cour du travail de Bruxelles, 18 décembre 2013

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 167, alinéa 2 - Nature du délai de recours

Le délai pour agir en justice, même qualifié de délai de forclusion, est interrompu par l'introduction de la procédure : si l'acte est posé dans le délai, ce dernier a joué son rôle et n'a plus d'impact sur la suite de la procédure.

L'objectif d'un délai pour agir est, en effet, atteint si la partie tenue par ce délai, saisit le juge, fut-ce de manière irrégulière, avant qu'il ne soit échu à moins que le juge qui constate l'irrégularité de la demande pour défaut de forme laisse entendre que la demande ne pourra être réintroduite d'une manière régulière.

Code civil, articles 2244 et 2247 - Interruption et suspension du délai de recours

Le délai pour agir en justice est donc, dans une certaine mesure, interrompu dans les conditions prévues par l'article 2244 du Code civil. Il paraît donc ne pas y avoir d'obstacle à ce que dans l'hypothèse où l'acte introductif n'est pas régulier, l'article 2247 du Code civil, pris dans son ensemble, ait vocation à régir l'incidence de cette irrégularité sur l'effet interruptif de l'acte.

Constitution, article 159 - Principe de légalité

Le principe de légalité tel qu'il découle de l'article 159 de la Constitution fait obstacle à ce que le juge fasse application d'un arrêté ministériel dont il a constaté l'illégalité. La juridiction doit alors se référer à la réglementation préexistante qui devrait en l'espèce être écartée pour des raisons similaires. La demande d'octroi manque dès lors de toute base légale vu l'absence de régularité formelle des arrêtés ministériels.

R.G. 2011/AB/484
SA R.S.W. c./INAMI

...

II. Reprise de la discussion

§ 1. En ce qui concerne la recevabilité du recours

A. Objet de la discussion

6. La Cour du travail a, dans son arrêt du 20 mars 2013, décidé que l'action introduite par la citation signifiée le 24 juin 2005 ne contrevient pas à l'autorité de chose jugée de l'arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 26 mai 2005.

L'INAMI invoquant également l'irrecevabilité du recours sur la base de l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 qui précise que "les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au Tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification", la Cour du travail a décidé qu'il ne peut être fait application en l'espèce du nouvel article 700, alinéa 2 du Code judiciaire.

7. Pour justifier l'interruption et la suspension du délai d'un mois prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la (...) invoque aussi les articles 2244 et 2247 du Code civil.

Dans son avis écrit le Ministère public, a fait valoir que le délai prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, est un délai de forclusion qui n'est pas susceptible d'être interrompu ou suspendu.

La Cour a ordonné la réouverture des débats à propos de la nature de ce délai et sur l'applicabilité à ce délai des articles 2244 et 2247 du Code civil.

B. Application des articles 2244 et 2247 du Code civil

8. Dans le Titre du Code civil consacré à la prescription, les articles 2244 et 2247 précisent qu'une "citation en justice, un commandement ou une saisie, signifiés à celui qu'on veut empêcher de prescrire, forment l'interruption civile" (art. 2244 du Code civil)¹ et que "si l'assignation est nulle par défaut de forme, si le demandeur se désiste de sa demande, (...) ou si sa demande est rejetée, l'interruption est regardée comme non avenue" (art. 2247 du Code civil)².

1. Tel qu'en vigueur en l'espèce, avant d'être complété par la loi du 25.07.2008.

2. Tel qu'en vigueur en l'espèce, avant sa modification par la loi du 16.07.2012, modifiant le Code civil et le Code judiciaire en vue de simplifier les règles qui gouvernent le procès-civil.

En ce qui concerne l'article 2247, il est précisé :

“Si l'article 2247 (...) ne distingue pas suivant les motifs qui fondent (le) rejet, le juge est néanmoins tenu d'examiner la portée de la décision qui a rejeté la demande en déterminant la pensée réelle du juge qui l'a rendue. Il doit, ainsi, examiner si le juge a entendu rejeter définitivement la demande, ou a fait savoir que le demandeur débouté pourrait présenter à nouveau la même demande ultérieurement dans des circonstances déterminées” (Cass. 27.05.2010, C.09.0103, N ; Cass. 23.05.1969, Pas. 1969, I, p. 872 ; voy. aussi Cass. 29.04.1993, Pas. 1993, I, p. 415).

9. Traditionnellement, on distingue la prescription, qui peut être interrompue, et la forclusion, qui ne pourrait jamais être suspendue ou interrompue.

Ainsi, selon DE PAGE,

“la prescription est une institution universelle, qui a pour but de protéger et de consolider les patrimoines et qui frappe également et indistinctement tous les droits subjectifs ; alors que la déchéance est une sanction civile particulière, qui ne tend qu'à hâter l'accomplissement de certains actes. Le délai de prescription est en quelque sorte négatif, casuel, extrinsèque par rapport aux droits qu'il atteint ; il ne fait partie d'aucune institution déterminée ; le délai préfix, au contraire, est positif, essentiel ; il fait partie d'une institution spéciale, et circonscrit les droits dont il entraîne la déchéance” (H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, t. VII, Bruxelles, Bruylant, 1957, p. 1032).

En ce qui concerne le régime juridique des délais de forclusion, on admet que le respect de ces délais est une question de recevabilité de l'action (voy., notamment, G. CLOSSET-MARCHAL, *“Exception de nullité, fin de non-recevoir et violation des règles touchant à l'organisation judiciaire”*, R.C.J.B., 1995, p. 652), à laquelle la théorie des nullités (prévue aux art. 860 et suiv. du C. jud.), n'est pas applicable (voy. G. de LEVAL, *“Éléments de procédure civile”*, Coll. Fac. Dr. Liège, Larcier, 2003, p. 48).

Il en résulte qu'en cas de violation d'un délai préfix, la déclaration d'irrecevabilité de l'action n'est subordonnée, ni à l'existence d'un texte prévoyant expressément la déchéance, ni à la preuve d'un grief dans le chef de la partie qui se prévaut de cette violation.

10. La doctrine actuelle s'interroge sur la pertinence de la distinction entre les délais de prescription et les délais de forclusion³.

Constatant que certains délais, qualifiés de délais de forclusion, sont considérés comme pouvant être interrompus ou suspendus (voy. M. DUPONT, *“Prescription et forclusion. Aspects, procéduraux”* in *Les défenses en droit judiciaire*, Larcier 2010, pp. 226-227)⁴, cette doctrine considère que le critère de distinction traditionnel ne permet pas, sur le plan des effets, de rendre compte des régimes applicables à tous les délais :

“S'il est certain que le régime général de la suspension et de l'interruption de la prescription ne s'applique pas, comme tel, aux délais de forclusion, il n'est pas exact de dire que les délais de forclusion ne peuvent pas être allongés par l'effet d'une cause de suspension ou d'interruption. Le régime applicable à ces délais varie au cas par cas” (voy. M. DUPONT, *“Prescription et forclusion. Aspects procéduraux”*, in *Les défenses en droit judiciaire*, Larcier, 2010, pp. 226-227).

11. Le délai pour agir en justice, même qualifié de délai de forclusion, est interrompu par l'introduction de la procédure : si l'acte est posé dans le délai, ce dernier a joué son rôle et n'a plus d'impact sur la suite de la procédure.

3. Pour une discussion des “contours incertains” et des “régimes juridiques variables” des délais préfix en droit français, voy. Sénat (France), Rapport d'information n° 338 (2006-2007) de MM. Jean-Jacques HYEST, Hugues PORTELLI et Richard YUNG, fait au nom de la commission des lois et de la mission d'information de la commission des lois, déposé le 20.06.2007, version PDF, p. 63 à 66, accessible via <http://www.senat.fr/rap/r06-338/r06-33824.html>.

4. Cette auteure se réfère aux art. 1423, 1648 et 1649 *quater* du Code civil.

Le délai pour agir en justice est donc, dans une certaine mesure, interrompu dans les conditions prévues par l'article 2244 du Code civil.

Il ne paraît donc pas y avoir d'obstacle à ce que dans l'hypothèse où l'acte introductif n'est pas régulier, l'article 2247 du Code civil, pris dans son ensemble, ait vocation à régir l'incidence de cette irrégularité sur l'effet interruptif de l'acte (en ce sens, M. DUPONT, *"Prescription et forclusion. Aspects procéduraux"*, in *Les défenses en droit judiciaire*, Larcier, 2010, p. 226).

Il faut ainsi avoir égard au fait que si l'acte irrégulier n'a, en principe, pas d'effet interruptif, il faut néanmoins voir si le juge a entendu rejeter définitivement la demande, ou a fait savoir que le demandeur débouté pourrait présenter à nouveau la même demande ultérieurement dans des circonstances déterminées.

12. L'application de l'article 2247 du Code civil a un délai traditionnellement considéré comme étant un délai de forclusion, peut être rapprochée de ce qu'a décidé la Cour de cassation de France à propos de l'article 2246 du Code civil.

Modifiant sa jurisprudence, elle a décidé :

"qu'aux termes de l'article 2246 du Code civil, la citation en justice donnée même devant un juge incompétent interrompt la prescription ; que les dispositions générales de ce texte sont applicables à tous les délais pour agir et à tous les cas d'incompétence ; qu'ayant relevé que l'instance avait été engagée par la saisine du tribunal d'instance dans le délai prévu par l'article 46 de la loi du 10 juillet 1965, la Cour d'appel en a exactement déduit que l'action était recevable" (Cass. (F), Chambre mixte, 24.11.2006, 04-18610).

13. Il s'impose donc de considérer qu'à moins que le juge qui constate l'irrégularité de la demande pour défaut de forme laisse entendre que la demande ne pourra être ré-introduite d'une manière régulière, l'acte introductif d'instance interrompt le délai de forclusion, même si cet acte est formellement irrégulier.

L'objectif d'un délai pour agir est, en effet, atteint si la partie tenue par ce délai, saisit le juge, fut-ce de manière irrégulière, avant qu'il ne soit échu.

En l'espèce, l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005, n'a tranché que la question de la régularité de l'acte introductif d'instance pour en déduire que compte tenu de l'irrégularité constatée, l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002 était irrecevable.

La Cour du travail ne s'est pas prononcée sur le fondement de la demande mais a précisé de *"manière superfétatoire"* que *"l'on pourrait s'interroger sur la régularité de la décision administrative entreprise le 18 octobre 2002, qui se fonde expressément sur l'article 2, § 15 de l'arrêté ministériel précité"*⁵.

Il résulte de ces précisions que la Cour du travail n'a pas entendu rejeter définitivement la demande et a donc admis, fut-ce implicitement⁶, que la (...) pourrait, éventuellement, présenter à nouveau la même demande ultérieurement sous une autre forme.

Il est d'ailleurs probable que sans ces précisions superfétatoires mais néanmoins importantes, la (...) n'aurait pas introduit la présente procédure.

14. En conséquence, le délai prévu par l'article 197, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 a été interrompu par la requête déposée le 14 novembre 2002.

La procédure n'a pas été introduite hors délai.

5. La Cour se réfère à l'A.M. du 05.04.1995 ayant été annulé par un arrêt du Conseil d'État du 29.06.2004 (arrêt n° 133.270).

6. Et sans, bien entendu, se prononcer sur la recevabilité de cette éventuelle action ultérieure.

§ 2. En ce qui concerne le fondement du recours

A. Rappel de l'objet de la contestation

15. Le litige ne concerne plus les interventions sollicitées le 9 octobre 2002, sur la base de l'article 34, 12^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en faveur des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Il n'est pas contesté que suite à l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté ministériel du 5 avril 1995 relatif aux interventions prévues en faveur des maisons de repos pour personnes âgées, les forfaits relatifs à la période du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre 2002, ont pu être facturés et payés à la (...).

Le litige concerne encore les interventions prévues sur base de l'article 34, 11^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en faveur des maisons de repos et de soins.

L'arrêté ministériel du 19 mai 1992 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en faveur des maisons de repos et de soins (MRS), prévoit en son article 2, § 9, que *"sous peine d'extinction du droit à l'intervention forfaitaire, le document visé au § 7 ainsi que les pièces justificatives (...), doivent parvenir au Service des soins de santé de l'INAMI, (...) au plus tard le 30 septembre lorsqu'il s'agit de l'octroi des intervention forfaitaires du 1^{er} juillet au 31 décembre..."*.

Il n'est pas contesté qu'en l'espèce, la demande d'intervention date du 9 octobre 2002 : elle a donc été introduite hors délai.

16. La (...) développe trois moyens pour considérer qu'elle a droit aux interventions nonobstant l'introduction tardive de la demande d'intervention.

En ce qui concerne la décision litigieuse du 18 octobre 2002, elle soutient qu'il appartient à l'INAMI de prendre une nouvelle décision concernant les interventions MRS (voir ses conclusions p. 15).

Elle évoque ensuite l'illégalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992, soit parce que la consultation préalable de la section de législation du Conseil d'État n'a pas été régulière, soit parce que le Ministre a excédé ses compétences en sanctionnant le délai d'introduction des formulaires de demandes d'intervention par une déchéance du droit.

À titre subsidiaire, elle développe que c'est par suite d'un cas de force majeure que les formulaires n'ont pas été introduits dans le délai prescrit de sorte que les interventions sont dues même si elles ont été sollicitées le 9 octobre 2002.

B. Examen des moyens développés par la (...)

En ce qui concerne la nécessité d'une nouvelle décision

17. C'est vainement que la (...) relève que la décision du 18 octobre 2002 ayant constaté l'introduction tardive du questionnaire relatif au nombre de journées facturées, ne visait expressément que les prestations prévues à l'article 32, 14^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, pour en déduire qu'une nouvelle décision de l'INAMI doit intervenir pour les forfaits MRS.

Même s'il fallait suivre cet argument et considérer qu'une décision complémentaire, portant sur les interventions MRS, est nécessaire, cette nouvelle décision ne pourrait que constater que le questionnaire a été rentré tardivement.

La Cour du travail ne pourrait alors faire droit à la demande : en tout état de cause, elle devrait constater que le questionnaire a été rentré tardivement.

Il apparaît dès lors sans intérêt de savoir si la décision du 18 octobre 2002 est formellement irrégulière et/ou ne concernait pas les interventions MRS.

En d'autres termes, le manque de précision et l'absence de motivation de la décision du 18 octobre 2002 ne pourraient avoir pour conséquence que les forfaits MRS sont dus.

En ce qui concerne l'illégalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992

18. C'est à tort que la (...) soutient que le Ministre ne disposait pas des habilitations nécessaires pour fixer le délai d'introduction du questionnaire et pour préciser que ce délai doit être respecté "sous peine d'extinction du droit à l'intervention forfaitaire".

L'article 37, § 12 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, a été modifié par l'article 5 de la loi du 20 décembre 1995, en vue de "créer une base légale pour les arrêtés ministériels relatifs à la fixation des conditions d'octroi des montants forfaitaires journaliers aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins" (Doc. Parl., Chambre, sess. 95/96, n° 207/4, p. 16).

Cet article précise, dorénavant, que "le ministre fixe, (...), l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11°, 12° et 13°, ainsi que les conditions de cette intervention" (souligné par la Cour du travail).

C'est à tort que la (...) soutient que la déchéance du droit constitue une sanction disproportionnée. En réalité, il ne s'agit pas d'une sanction, mais de la conséquence du non-respect d'une condition d'octroi des prestations.

Surabondamment, l'intention du législateur était également d'habiliter le Ministre à prévoir des sanctions. Il a en effet été précisé dans les travaux préparatoires de la modification de l'article 37, § 12 que cette habilitation "doit également permettre d'infliger des sanctions si des maisons de repos ne respectent pas les conditions..." (Doc. Parl., Chambre, sess. 95/96, n° 207/4, p. 16).

De manière encore plus accessoire, l'INAMI relève à juste titre qu'il ne pourrait être question de sanction disproportionnée alors que :

- d'une part, les renseignements à fournir étaient connus depuis la fin du 1^{er} trimestre 2002, la (...) était en possession du questionnaire depuis avril 2002 et le 5 septembre 2002, l'INAMI avait expressément rappelé (pièce 1^{er} du dossier de l'INAMI) les conséquences d'un éventuel dépôt tardif
- d'autre part, la réception des questionnaires dans un délai strict est nécessaire pour permettre à l'INAMI d'assurer le suivi des dépenses et de prendre les mesures nécessaires pour éviter les éventuels dépassements.

Enfin, l'article 174 de la loi coordonnée qui ne concerne pas les conditions d'octroi des prestations, mais seulement la prescription de l'action en paiement desdites prestations, n'a pas pour effet de soustraire de la compétence du Ministre, le pouvoir d'édicter un délai d'introduction de la demande de prestations et une sanction en cas de non respect de ce délai.

19. La (...) fait également valoir que l'arrêté ministériel est illégal en raison d'une absence de consultation régulière de la section de législation du Conseil d'État.

À propos des conséquences d'une éventuelle illégalité, l'INAMI relève, toutefois à juste titre, que lorsqu'elle écarte un arrêté sur pied de l'article 159 de la Constitution, la juridiction doit se référer à la réglementation préexistante, soit en l'espèce, à un arrêté ministériel du 10 avril 1991 qui présente le même vice que l'arrêté royal du 19 mai 1992, puisque l'urgence y est alléguée de la même manière.

Dans le cadre de la réouverture des débats, la Cour du travail a donc invité la (...) à clarifier la base légale des interventions MRS sollicitées au cas où l'illégalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 devrait être retenue pour cause de consultation irrégulière du Conseil d'État :

a) La (...) estime, tout d'abord, que le droit aux prestations MRS pourrait, en tout état de cause, être reconstitué, sur la base de l'article 34, 11° de la loi coordonnée et de l'arrêté ministériel soit du 19 mai 1992, soit du 10 avril 1991.

La Cour ne partage pas ce point de vue.

L'article 34, 11° de la loi coordonnée ne permet pas de connaître les montants qui pourraient être dus.

Par ailleurs, l'allégation que l'INAMI a fait application, au profit d'autres institutions, de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 ou de celui du 10 avril 1991, ne permet pas de faire droit à la demande de versement des interventions sollicitées par la (...).

Le principe de légalité tel qu'il découle de l'article 179 de la Constitution, fait obstacle à ce que le juge fasse application d'un arrêté (ministériel) dont il a constaté l'illégalité (voy. Cass. 10.10.2011, S.10.0112.F).

La circonstance qu'une autorité administrative, à qui il n'appartient pas d'écarter une norme sur pied de l'article 159 de la Constitution, a fait application d'un arrêté ministériel dont l'illégalité est reconnue à l'occasion d'une procédure particulière, n'autorise pas le juge à faire application de cet arrêté ministériel à l'occasion de ladite procédure.

b) Complémentairement, la (...) soutient que s'il fallait ne pas faire application des arrêts ministériels du 19 mai 1992 ou du 10 avril 1991, il y aurait lieu d'accorder les interventions prévues par l'arrêté du 28 décembre 1982 qui, à son estime, ne présente pas un vice de forme comparable aux arrêtés ultérieurs.

La Cour ne partage pas ce point de vue.

Il résulte des lois coordonnées sur le Conseil d'État du 12 janvier 1973, tel qu'en vigueur en 1982, que hors les cas d'urgence, le texte de tous avant-projets de loi ou d'arrêtés réglementaires doit être soumis à l'avis motivé de la section de législation du Conseil d'État.

Sur cette base, la Cour de cassation a pu décider :

"En règle, il appartient aux Ministres d'apprécier, sous réserve de leur responsabilité politique, l'urgence qui, en vertu de l'article 2, alinéa 2 de la loi du 23 décembre 1946 portant création d'un Conseil d'État, les dispense de soumettre à l'avis motivé du Conseil d'État, section de législation, le texte des avant-projets d'arrêtés réglementaires. Cependant, les cours et tribunaux ont, aux termes de l'article 107 (actuellement 159) de la Constitution, le pouvoir et l'obligation de contrôler la légalité des arrêtés qu'ils appliquent ; portant, ils doivent vérifier si le Ministre n'a pas, en se dispensant de solliciter l'avis du Conseil d'État, excédé, voire détourné son pouvoir par une méconnaissance de la notion légale de l'urgence" (Cass. 18.06.1976, Pas. 1976, p. 1135 ; Cass. 12.10.1976, Pas. 1977, I, p. 179 ; Cass. 05.05.1981, Pas. 1981, I, p. 1004 ; Cass. 24.11.1982, Pas. 1983, I, p. 383 ; Cass. 07.06.1983, J.T. 1984, p. 567).

La non-observation de la formalité substantielle que constitue la demande d'avis au Conseil d'État, sans que soit justifiée l'urgence invoquée, entraîne l'illégalité de l'arrêté (voir Cass. 09.09.2002, J.T.T. 2002, p. 437).

Le contrôle de l'urgence porte à la fois sur "les événements qui ont précédé et ceux qui ont suivi la déclaration d'urgence"⁷. La jurisprudence retient ainsi que :

- la motivation ne peut être manifestement tautologique et ne peut se réduire à des formules stéréotypées : "constitue par exemple une motivation tautologique, la motivation qui se borne à dire qu'il est urgent d'informer les destinataires des normes de leur existence ou qu'il est urgent d'élaborer ladite réglementation"⁸
- la motivation doit être pertinente. Il est donc requis que les motifs fassent apparaître la nécessité que "les mesures concernées entrent en vigueur sans délai à peine d'hypothéquer l'efficacité de la réglementation ou la réalisation du but poursuivi. La condition de la pertinence implique dès lors que la motivation se réfère à la garantie de l'efficacité des mesures concernées"⁹.

En l'espèce, l'urgence a, en ce qui concerne l'arrêté ministériel du 28 décembre 1982, été motivée, par le fait "qu'en vue de la conversion nécessaire des services hospitaliers en maisons de soins, il s'impose d'établir d'urgence le règlement assurance-maladie en matière de maisons de soins...".

Cette motivation qui n'indique pas en quoi consiste l'urgence, ne pouvait dispenser le Ministre de consulter le Conseil d'État.

L'arrêté du 28 décembre 1982 présente un vice comparable aux arrêtés ultérieurs.

c) L'absence de régularité formelle des arrêts ministériels devrait ainsi avoir comme conséquence que l'octroi des forfaits MRS manque de toute base légale.

20. En conséquence, les arguments développés par la (...) à propos de la légalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992, ne permettent pas de faire droit à sa demande d'octroi des interventions forfaitaires MRS pour la période du 1^{er} juillet 1992 au 31 décembre 2002.

En ce qui concerne la force majeure

21. Enfin, la (...) fait savoir que c'est en raison d'un cas de force majeure que le questionnaire destiné à permettre l'octroi des interventions forfaitaires a été introduit hors délai (soit après le 30.09.2002).

La circonstance qu'à l'époque des faits, la directrice, Madame Q souffrait d'un syndrome dépressif et de surmenage et était suivie médicalement depuis mai 2002, ne constitue pas un cas de force majeure.

Il appartenait à la (...), - à qui l'INAMI avait rappelé les graves conséquences qu'aurait un envoi tardif -, de veiller à ce qu'indépendamment de la situation médicale de sa préposée, le questionnaire soit effectivement envoyé en temps utile. Le manque de prévoyance, notamment, de la (...) exclut qu'elle puisse se prévaloir d'un cas de force majeure.

C. Conséquences

22. L'appel de la (...) n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

...

Dit le surplus non fondé.

...

7. R. Andersen, "L'urgence et la section de Législation du Conseil d'État", T.P.B., 2000, p. 8.

8. Avocat-général Th. Werquin, concl. précédant Cass. 17.11.2001, Pas. 2001, I, p. 1403.

9. Avocat-général Th. Werquin, concl. précédant Cass. 17.11.2001, Pas. 2001, I, p. 1403.

IV. Cour du travail de Bruxelles, 4 décembre 2013

Code judiciaire, articles 978, § 1^{er}, alinéa 2 et 991 - Frais et honoraires d'expertise - Délais de contestation

Les parties ne sont pas déchues du droit de contester les frais et honoraires de l'expert lorsque le rapport d'expertise contenant cet état de frais et honoraires n'a pas été notifié par lettre recommandée aux parties. En effet, le délai de 30 jours dans lequel les observations pouvaient être formulées n'a pas commencé à courir.

Arrêté royal du 14 novembre 2003, article 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o - Frais et honoraires d'expertise - Maisons de repos - Catégories de dépendance

Les expertises qui consistent à déterminer le degré de dépendance de plusieurs pensionnaires, bien que distinctes, se déroulent en même temps. Dès lors, les frais sont ramenés à la moitié des frais prévus par l'arrêté royal du 14 novembre 2013 pour chacune des expertises.

R.G. 2012/AB/336
INAMI c./SPRL V.P. et D.D.

...

LA PROCÉDURE

1. Par jugement du 24 juin 2011, le Tribunal du travail de Nivelles a, avant dire droit au fond, désigné le Docteur D. en qualité d'expert. La mission d'expertise, consistait à dire quel était le degré de dépendance de 11 pensionnaires¹ de la résidence V. à la date du 2 février 2011, en se basant sur la grille KATZ.

2. L'expert a déposé un rapport d'expertise, pour chacun des pensionnaires le 26 décembre 2011.

Il a joint à son rapport un état d'honoraire correspondant pour chaque pensionnaire, aux montants prévus à titre d'honoraires et à titre de frais, par l'arrêté royal du 14 novembre 2003.

Par ordonnance du 3 février 2012, le Tribunal du travail a, dans un des 11 dossiers, taxé les frais et honoraires demandés.

Dix ordonnances complémentaires ont été établies le 2 mars 2012 et ont été notifiées le 10 mars 2012.

3. L'INAMI a fait appel de ces ordonnances, par une requête d'appel du 6 avril 2012, sur pied de l'article 963 du Code judiciaire.

Des conclusions ont été déposées pour l'expert le 2 mai 2013 et pour l'INAMI le 11 juillet 2013.

Les conseils des parties ont été entendus en chambre du conseil, à l'audience du 27 novembre 2011.

1. Référence 698/11 - la présente procédure concerne l'expertise de Monsieur S.

RECEVABILITÉ DE LA CONTESTATION

4. Selon l'article 978, § 1^{er}, alinéa 2 du Code judiciaire, "le jour du dépôt du rapport, l'expert envoie, par lettre recommandée à la poste, une copie du rapport et un état de frais et honoraires détaillé aux parties, et, par lettre missive, à leurs conseils".

En l'espèce, il n'est pas allégué que les parties auraient dispensé l'expert de faire usage d'un envoi recommandé.

5. L'article 991 du Code judiciaire précise,

"§ 1^{er}. Si, dans les trente jours du dépôt de l'état détaillé au greffe, les parties n'ont pas, conformément au § 2, informé le juge qu'elles contestent le montant des honoraires, et des frais réclamés par l'expert, celui-ci est taxé par le juge au bas de la minute de l'état et il en est délivré exécutoire conformément à l'accord intervenu entre les parties ou contre la ou les parties, ainsi qu'il est prévu pour la consignation de la provision.

§ 2. Si, dans le délai visé au § 1^{er}, une ou plusieurs parties ont exprimé leur désaccord de manière motivée sur l'état des frais et honoraires, le juge ordonne la comparution des parties conformément à l'article 973, § 2, afin de procéder à la taxation de frais et honoraires. (...)"

En l'espèce, il n'est pas contesté que les rapports d'expertise contenant les états de frais et honoraires, n'ont pas été notifiés par lettre recommandée aux parties: dans ces conditions, le délai de 30 jours dans lequel des observations pouvaient être formulées par les parties sur l'état d'honoraires, n'a pas commencé à courir.

6. On ne pourrait donc opposer à l'INAMI qu'il est déchu du droit de contester les frais et honoraires demandés par l'expert et ayant été confirmés par les ordonnances dont appel.

Partant, la contestation est recevable.

AU FOND

7. L'INAMI ne conteste pas les honoraires mais considère, au vu de la similitude des dossiers, que les frais administratifs doivent être réduits: il demande donc que l'ordonnance de taxation soit revue de manière à ce que le montant forfaitaire pour les frais ne soit accordé qu'une seule fois pour tous les dossiers.

L'expert lui oppose que selon le jugement de désignation d'expert, la mission consistait à exécuter 11 expertises distinctes de sorte qu'il n'y a pas lieu de réduire les frais.

À tort, l'expert soutient que la demande de réduction des frais s'apparenterait à une sanction de l'INAMI prise à son égard: la question est, en effet, uniquement de vérifier si, au regard des frais tels qu'ils se sont présentés, le montant réclamé est justifié.

8. La Cour estime que la situation ne correspond pas entièrement à l'hypothèse dans laquelle 11 expertises entièrement différentes auraient été accomplies.

L'expert a pu économiser différents frais (de dactylographie, d'envoi de convocation, de déplacement), du fait que bien que distinctes, les expertises se sont déroulées en même temps.

Il paraît toutefois excessif de considérer que les frais des 11 expertises se réduisent à ce qui habituellement correspond aux frais d'un seul dossier (c'est ainsi qu'il a fallu établir un rapport dans chaque dossier).

Dans ces conditions, il paraît raisonnable de considérer que les frais de l'expert correspondent à la moitié des frais prévus par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 (voir en ce sens, C. trav. Bruxelles, 05.12.2012, R.G. n° 2009/AB/51.959).

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant contradictoirement,

Confirme l'ordonnance de taxation des frais et honoraires du 2 mars 2012, sous la réserve que les frais sont ramenés de 106,18 EUR à 53,09 EUR.

...

V. Tribunal du travail de Bruxelles, 6 juin 2013

Prescription

Lorsqu'une nouvelle action est introduite par voie de conclusions complémentaires, celle-ci doit être virtuellement incluse dans l'action initiale. Si tel n'est pas le cas, la première citation n'interrompt pas la prescription de la nouvelle action (Cass. 07.05.2001, RW 2001-02, 992 ; A. VAN OEVELEN, "Krachlijnen van de bevrijdende verjaring in het burgerlijk recht", dans A. VAN REGENMORTEL, R. JANVIER et V. VERVLIET (eds.), "Verjaring en sociale zekerheid, reeks Actuele problemen van het sociaalzekerheidsrecht", n° 15, Bruges, Die Keure, 2011, n° 48 ; S. MOSSELMANS, Tussenvorderingen, dans APR, Gand, Story-Scientia, 2007, n°s 121, 237-239).

R.G. 642/08
L.C. c./INAMI

...

DE FEITEN

De heer C. geboren op 11 september 1952, heeft gewerkt in Nederland van 1974 tot 1979, in België als bediende van 1979 tot midden 1991 (formulier E 205 B), en in Luxemburg als bediende vanaf 1991.

Van november 2001 tot 14 november 2004 werkte de heer C. als meewerkende echtgenoot (zelfstandigenstatuut) in het bedrijf van zijn echtgenote te Luxemburg (formulier E 205 L).

Ingevolge zijn arbeidsongeschiktheid van 15 november 2004 heeft de heer S. zijn beroepsactiviteit als meewerkende echtgenoot in Luxemburg stopgezet (punt 7.5 van het formulier E 204 L).

De heer C. heeft op 14 juli 2005 een aanvraag tot het bekomen van een invaliditeitspensioen ingediend bij de CPACI te Luxemburg.

Op 20 juni 2006 kreeg het RIZIV van het CPACI een verzoek toegestuurd om een onderzoek te verrichten naar het recht van de heer C. op invaliditeitsuitkeringen ten laste van België.

Bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid was de heer C. aangesloten bij de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen in Luxemburg, had hij de hoedanigheid van zelfstandige en kan hij aanspraak maken op het *pro rata* dagbedrag dat wordt toegekend aan een invalide zelfstandige gerechtigde (punt 7.11 van het formulier E 204 L).

In toepassing van artikel 40, § 3, punt b van de EEG Verordening 1408/71 kan de heer C., ten laste van België aanspraak maken op een gepronatiseerde uitkering vanaf zijn intrede in invaliditeit, namelijk vanaf het tweede jaar van zijn arbeidsongeschiktheid, *in casu* vanaf 15 november 2005.

Het feit dat hij voordien zowel in België als in Luxemburg gedurende verscheidene jaren gewerkt heeft als loontrekkende doet hieraan geen afbreuk.

In toepassing van de Europese Verordening 1408/71 en de Belgische uitkeringsverzekering dient voor het berekenen van het bedrag van de uitkeringen ten laste van België rekening te worden gehouden met de hoedanigheid van gerechtigde bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

Bij beslissing van het RIZIV van 16 februari 2007 door de CPACI aan de heer C., betekend op 12 oktober 2007, werd aan de heer S. een *pro rata* invaliditeitsuitkering toegekend.

Er wordt hem meegedeeld dat hij vanaf 15 november 2005 ten laste van België aanspraak kan maken op het *pro rata* dagbedrag voor een invalide zelfstandige gerechtigde zonder gezinslast en zonder stopzetting van het bedrijf.

Bij verzoekschrift aangetekend verzonden naar de griffie op 11 januari 2008 betwist eisende partij de beslissing van 16 februari 2007 van het RIZIV.

Op 26 februari 2007 werd het RIZIV ervan in kennis gesteld dat de echtgenote van de heer C. haar bedrijf heeft stopgezet op 10 februari 2006, sedert 11 februari 2006 tevens arbeidsongeschikt erkend is en dat ze eveneens aanspraak kan maken op een *pro rata* invaliditeitspensioen ten laste van België vanaf 11 februari 2007.

In functie van deze gegevens heeft het RIZIV de beslissing van 16 februari 2007 gedeeltelijk herzien in die zin dat de beslissing geldig blijft voor de periode van 15 november 2005 tot en met 9 februari 2006 en dat vanaf 10 februari 2006 de heer C. aanspraak kan maken op het *pro rata* dagbedrag voor een invalide zelfstandige gerechtigde zonder gezinslast en met stopzetting van het bedrijf.

Deze beslissing werd door het RIZIV aan de CPACI te Luxemburg overgemaakt op 22 oktober 2007.

VERJARING

Het RIZIV roept overeenkomstig artikel 174, 1^o Gecoördineerde Wet 14 juli 1994 de verjaring in van de vordering van eisende partij met betrekking tot vergoeding voor de invaliditeitsperiode van 15 november 2004 – 14 november 2005.

In zijn verzoekschrift van 11 januari 2008 vordert de heer C. een herziening van de beslissing van 16 februari 2007 van het RIZIV en vordert een *pro rata*-uitkering onder het werknemersstelsel, gelet op zijn verzekeringsjaren als werknemer in België, ongeacht het feit dat hij in laatste instantie als zelfstandige was verzekerd in Luxemburg.

In zijn aanvullende conclusies neergelegd ter griffie op 21 augustus 2012 breidt eisende partij zijn vordering uit en vordert Belgische invaliditeitsuitkeringen voor het eerste jaar arbeidsongeschiktheid van 15 november 2004 tot en met 14 november 2005.

Overeenkomstig artikel 174 Gecoördineerde Wet 14 juli 1994 verjaart de vordering van het recht op uitkeringen 2 jaar na de maand waarop de uitkeringen betrekking hebben.

Eisende partij heeft zijn aanvraag om invaliditeitsuitkeringen te verkrijgen gedaan in Luxemburg op 17 mei 2005. De verjaring van het recht op uitkeringen wordt op algemene wijze geschorst vanaf de datum van aanvraag tot aan de datum van beslissing (art. 2257 B.W.).

In casu werd een beslissing genomen op 16 februari 2007 en door de Luxemburgse instelling betekend op 12 oktober 2007, datum vanaf wanneer de verjaring weer begint te lopen.

Eisende partij verzendt per aangetekend schrijven van 11 januari 2008 een verzoekschrift naar de griffie tot herberekening van zijn vergoeding onder het werknemersstelsel, waardoor de verjaring tot eind procedure wordt gestuit (art. 2244 B.W.).

Eisende partij heeft zijn vordering uitgebreid overeenkomstig artikel 807 Gerechtelijk Wetboek in aanvullende conclusies neergelegd ter griffie op 21 augustus 2012 en vordert invaliditeitsuitkeringen tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid.

Deze nieuwe vordering is niet virtueel begrepen in de originele vordering met als gevolg dat de verjaring niet wordt gestuit door het verzoekschrift aangetekend verzonden naar de griffie op 11 januari 2008 (Cass. 07.05.2001, RW 2001-02, 992; A. VAN OEVELEN, "Krachtlijnen van de bevrijdende verjaring in het burgerlijk recht" in A. VAN REGENMORTEL, R. JANVIER en V. VERVLIEET (eds.), *Verjaring en sociale zekerheid*, reeks Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht, nr. 15, Brugge, Die Keure, 2011, nr. 48; S. MOSSELMANS, *Tussenvorderingen*, in APR, Gent, Story-Scientia, 2007, nrs. 121, 237-239).

Het recht op invaliditeitsuitkeringen tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid is verjaard.

OM DEZE REDENEN

De Rechtbank

Gelezen mevrouw B. S., Substituut-Arbeidsauditeur, in haar schriftelijk advies.

Rechtsprekend op tegenspraak.

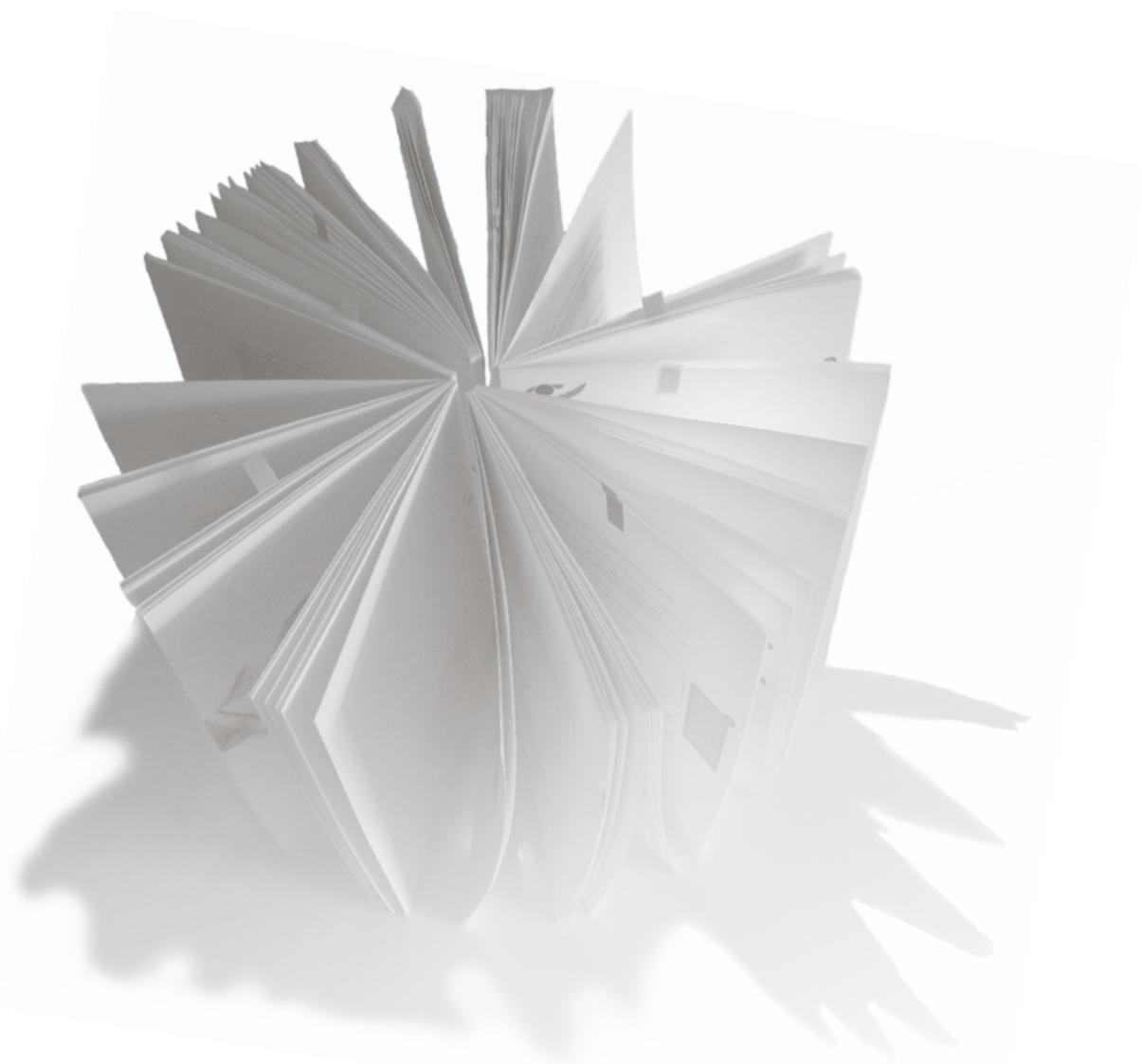
Verklaart de vorderingen ontvankelijk.

Verklaart de bijkomende vordering van de heer C. ongegrond wegens verjaring.

Verklaart de oorspronkelijke vordering ongegrond.

Veroordeelt de heer C. tot de kosten begroot op 1.320 EUR rechtsplegingsvergoeding.

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Information pseudo-médicale

Applications médicales - Sites web - Campagnes d'information - EBMPPracticeNet

Question n° 5-6239 posée le 11 mai 2012 à Madame la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Sénateur ANCIAUX¹

Quels que soient la maladie ou le symptôme, vous trouverez toujours quelque part une application vous proposant des diagnostics sur un Smartphone ou un site web. Cette évolution peut être considérée comme une victoire ou comme une malédiction pour les soins de santé.

De telles applications peuvent permettre un diagnostic précoce et amener ainsi le patient à consulter plus rapidement un médecin si nécessaire. Elles contribuent également à la connaissance de l'état de santé et de la médecine en général et permettent au patient de s'affirmer davantage dans son interaction avec le médecin. Ces avantages ne sont avérés que si les applications sont développées de manière scientifique et si on les utilise de manière responsable.

On observe aujourd'hui une prolifération considérable de ces applications qui échappent à tout contrôle de leur caractère scientifique. Certaines applications sont ainsi, par exemple, développées et sponsorisées par des firmes pharmaceutiques qui cherchent ainsi à vendre davantage de médicaments. L'utilisation de ces applications peut aussi stimuler la tendance hypocondriaque des individus et gonfler le recours à nos services médicaux, avec toutes les conséquences financières et logistiques qui s'ensuivent.

Ces applications peuvent avoir l'effet inverse et bien plus dommageable : les patients peuvent choisir de ne plus consulter un médecin généraliste et de s'en remettre totalement au jugement de l'application.

Mes questions sont les suivantes.

- 1) La ministre est-elle consciente de ce problème ? Comment évalue-t-elle ce phénomène ? Les conséquences sont-elles déjà perceptibles dans le domaine de la santé publique ?
- 2) Existe-t-il, au sein du Service public fédéral (SPF) Santé publique, un service chargé d'observer ce phénomène et d'intervenir (éventuellement) contre ces applications qui menacent les soins de santé ?
- 3) Quelles mesures la ministre envisage-t-elle pour réguler la prolifération des applications médicales et faire ainsi de celles-ci un instrument positif pour nos soins de santé ?
- 4) Il s'agit bien sûr d'un problème transfrontalier qui nécessite sans doute une approche européenne. Ce phénomène fait-il l'objet d'une concertation avec la Commission européenne et les autres États membres de l'Union européenne ? Des actions européennes sont-elles prises ou envisagées à ce sujet ? Ce problème est-il également évoqué dans d'autres forums internationaux ? Si oui, lesquels et avec quels effets ?

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

Réponse

1) Les applications qui proposent des diagnostics via un Smartphone ou un site web ne peuvent pas être dissociées de la problématique de l'information pseudo médicale disponible sur internet. À ce sujet, j'ai maintes fois exprimé mon inquiétude face à la prolifération des informations et des pratiques douteuses sur internet. Les informations, publicités et offres en vente de divers produits de santé sont innombrables sur Internet et il est essentiel de rester très prudent. À titre d'exemple, certaines applications que vous mentionnez dans votre question sont liées à des spams qui orientent généralement les internautes vers des sites illégaux de vente de médicaments qui proposent en majorité des médicaments contrefaits ou falsifiés. Il est donc indispensable d'alerter le citoyen sur les risques auxquels il expose sa santé quand il achète des médicaments ou tout autre produit de santé par internet, hors du circuit légal. De plus, il est impossible de donner une réponse précise quant au nombre de sites qui proposent des applications soi-disant médicales existants sur internet. Le nombre de sites web qui sont accessibles pour le citoyen belge est infini et variable. Il est donc à ce jour très difficile d'en évaluer les conséquences sur la santé publique.

2) Il n'existe pas de service qui observe ce phénomène des applications avec suggestions de diagnostics au sein du Service public fédéral (SPF) Santé publique. Le contexte budgétaire actuel ne permet pas la mise en place d'un tel service mais la réflexion sur l'accessibilité des applications qui menacent la santé publique et la diffusion de l'information à caractère médicale sur internet doit être poursuivie.

3) Mon engagement pour proposer des informations de qualité via internet aux patients se traduit par exemple par le soutien que j'ai activement apporté aux deux grandes campagnes d'information qu'a lancées l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

La première campagne, intitulée "Médicaments par Internet ? Ne surfez pas avec votre santé!" a été lancée le 19 octobre 2009. L'AFMPS y sensibilisait le grand public aux risques potentiels auxquels il expose sa santé en achetant des médicaments hors du circuit légal. L'objectif était d'alerter et d'informer le citoyen sur les risques encourus, afin qu'il puisse ensuite adopter le bon comportement pour sa santé. Et il était par ailleurs important de rappeler au grand public le rôle essentiel que jouent les médecins et les pharmaciens pour un bon usage des médicaments et des produits de santé. Cette campagne d'envergure nationale s'articulait autour du site www.medicaments-par-internet.be qui est toujours en ligne à ce jour. Le site met aussi l'internaute en garde contre les consultations "médicales" en ligne proposées par certains sites.

La seconde campagne média de l'AFMPS, "Un médicament n'est pas un bonbon !", qui a été présentée à la presse le 12 septembre 2011 fut déclinée entre autres sous forme de bannières présentes sur différents sites internet. L'accent est mis sur l'importance de suivre l'avis et les recommandations du médecin et du pharmacien. L'achat de médicaments en ligne constitue l'axe central du message, mais l'attention du public est aussi attirée sur les risques encourus et les précautions à prendre face à la diffusion d'informations sur la santé et face aux nombreux produits de santé qui sont régulièrement offerts à la vente sur internet.

Il y a deux ans, l'asbl EBMPPracticeNet, financée par l'INAMI, a été mise en place. Celle-ci a comme objectif principal de mettre gratuitement à la disposition de tous les dispensateurs de soins belges (et par extension des patients) une banque de données online qualitative, étendue, uniformisée et actualisée de directives de pratique et de prescriptions (et par extension d'informations pour les patients) dans le but d'optimiser la qualité et l'efficacité de la dispensation de soins dans le secteur des soins de santé. Ces recommandations de bonnes pratiques sont disponibles via une plateforme électronique. Dans une première phase, les actions de la plate-forme EBMPPracticeNet cibleront les médecins généralistes. L'objectif est que ceux-ci puissent consulter les recommandations directement via leur dossier médical électronique.

Dans une seconde phase, l'information sera également disponible pour les autres catégories de professionnels de la santé. Dans la dernière phase, l'information sera présentée de manière telle que le patient puisse s'informer sur les meilleurs traitements disponibles. Cette initiative contribuera certainement à augmenter l'offre d'informations de qualité sur internet.

4) Les pouvoirs publics belges sont compétents pour les sites web hébergés sur des serveurs belges. Pour les sites hébergés en Europe, une action est possible mais compliquée. Une collaboration renforcée sur cette problématique avec la Commission européenne et les autres états membres de l'Union européenne (U.E.) est indispensable. Si l'application provient de pays tiers, avec hébergement du site web dans des pays tiers, la situation est évidemment beaucoup plus complexe.

II. Statut de conventionnement du médecin

Affichage - Obligation légale - Contrôle

Question n° 5-6368, posée le 31 mai 2012 à Madame la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, par Monsieur le Sénateur ANCIAUX¹

Test-Achats a vérifié si les médecins respectent bien l'obligation légale d'afficher clairement leur statut, par exemple dans la salle d'attente, et s'ils s'en tiennent aux conventions. Il a été constaté qu'en moyenne, seulement 20% des médecins respectent cette obligation.

D'où les questions suivantes.

- 1) Comment la ministre évalue-t-elle et apprécie-t-elle le constat de Test-Achats selon lequel à peine 20% des médecins respectent l'obligation d'afficher leur statut, par exemple dans leur salle d'attente?
- 2) Le Service public fédéral Santé publique ou un autre organisme officiel contrôle-t-il le respect de cette obligation? La ministre peut-elle confirmer les conclusions de Test-Achats?
- 3) Des médecins ne respectant pas l'obligation légale ont-ils déjà été sanctionnés? Si oui, combien étaient-ils et de quelles sanctions ont-ils écopé? Si non, comment la ministre explique-t-elle l'inertie des pouvoirs publics?
- 4) De quels instruments la ministre dispose-t-elle pour obliger les médecins à toujours respecter cette obligation légale? Prévoit-elle des mesures spécifiques?

Réponse

En réponse à votre question et en plus du rappel de la législation en vigueur, je tiens à vous informer du développement récent de certains projets de loi que j'ai défendu devant le Conseil des ministres fin de cette année 2013.

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

À l'heure actuelle, en ce qui concerne le statut de conventionnement, l'article 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit effectivement que les médecins sont tenus à un affichage clair et visible dans la salle d'attente du cabinet médical. Ceux-ci doivent préciser s'ils sont conventionnés ou non ou partiellement conventionnés. En cas de conventionnement partiel, l'affichage doit en outre comprendre les jours et heures durant lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

Précédemment avant l'année 2010, seuls les médecins conventionnés et partiellement conventionnés étaient tenus d'afficher dans la salle d'attente ou au bureau d'accueil, un document mentionnant les jours et heures où ils appliquent l'accord. Cette obligation ne s'appliquait pas aux médecins non conventionnés.

Si la procédure réglementaire relative aux sanctions visées à l'article 168, alinéa 5 de la loi précitée n'est pas, à ce jour, organisée, il faut constater que la réception d'un contentieux relatif à l'affichage, tant par la Commission nationale médico-mutualiste compétente pour concilier, le cas échéant, les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords que par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est soit totalement absente soit rarissime.

Ce service reçoit en moyenne sur ces 10 dernières années, 1 plainte par an en matière de contestation du montant des honoraires. Dans ce cas, le service vérifie si l'affichage a bien eu lieu. Dans la négative, un avertissement est fait au dispensateur avec un rappel des recommandations de l'Accord national médico-mutualiste concernant l'information et l'affichage clair et adapté du statut du médecin qu'il ait adhéré complètement, partiellement ou qu'il n'ait pas adhéré à l'accord ainsi que les périodes de conventionnement ou de conventionnement partiel.

Par ailleurs, je tiens à vous informer que l'INAMI a travaillé au sein d'un groupe de travail ad hoc à la problématique de la transparence des honoraires médicaux vis-à-vis du patient afin de satisfaire à la réglementation européenne (2011/24/Union européenne (UE)) en matière de droit du patient. Ce faisant, le groupe de travail a établi une proposition de modification légale reprenant l'application de la directive et établissant plusieurs règles supplémentaires dans l'intérêt du patient.

En lien direct avec le thème de votre question, une première avancée s'est concrétisée avec le projet de loi approuvé par le Conseil des ministres le 20 septembre 2013. Ce projet prévoit notamment la mise à disposition, sur le site internet de l'INAMI, d'un moteur de recherche permettant de consulter le statut de conventionnement des prestataires de soins. Cela permettra aux patients d'en prendre connaissance de manière préalable à sa consultation. Ce projet de loi a fait l'objet d'un vote favorable en Commission Santé publique de la Chambre des Représentants ce 15 janvier 2014.

De plus, les autres conclusions de ces travaux ont été longuement discutées avec le secteur au sein des organes compétents de l'INAMI. Celles-ci ont été transposées en un avant-projet de loi relatif à la transparence financière sur lequel le Gouvernement a marqué son accord en première lecture ce 19 décembre 2013.

Le projet prévoit, entre autres, que les conventions et accords devront contenir à l'avenir des clauses relatives à la manière dont est effectué le contrôle du respect des engagements par les dispensateurs de soins qui y ont adhérés. Les Commissions de conventions seront ainsi amenées à réaliser un rapport au Comité de l'assurance. Cela permettra à terme d'objectiver les conclusions reprises par Test Achats ou, plus récemment, par certaines mutualités.

III. Commission de remboursement des Médicaments

Conditions de remboursement - Définition des groupes-cibles de patients

Question n° 5-7114, posée le 4 octobre 2012 à Madame la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, par Monsieur le Sénateur ANCIAUX¹

Pharma.be, le porte-parole de l'industrie pharmaceutique, constate que la Belgique délimite systématiquement de manière plus restrictive que dans les pays voisins les groupes de patients pouvant prétendre au remboursement de médicaments spécifiques.

- 1) Savez-vous à quels groupes de patients et à quels médicaments Pharma.be fait référence ?
- 2) Quelle est votre réponse à la critique de Pharma.be selon laquelle la Belgique délimite systématiquement de manière plus restrictive que dans les pays voisins les groupes de patients pouvant prétendre au remboursement de médicaments spécifiques ? Y a-t-il quelque chose de vrai dans cette affirmation ? Dans l'affirmative, quelle est la motivation ? Dans la négative, la ministre peut-elle prouver le contraire ?

Réponse

Pour la définition du groupe cible des patients, la Commission de Remboursement des Médicaments se base en premier lieu sur les indications enregistrées. Étant donné que l'enregistrement émis par l'“European Medicines Agency” (EMA) ne signifie pas automatiquement qu'il y a une indication pour prescrire et rembourser le médicament en Belgique, des critères ont été rédigés afin d'établir si un remboursement par l'assurance doit ou non être accordé. Les principaux critères surtout pour des médicaments oncologiques coûteux sont l'efficacité, les effets secondaires spécifiques, la qualité des études cliniques et les coûts. Dans une notice scientifique, les indications peuvent parfois être reprises en termes plus généraux. Les notions qui sont reprises dans les conditions de remboursement sont souvent décrites de manière plus précise que ce qui est mentionné dans la notice scientifique, ce qui peut donner l'impression qu'un remboursement plus limité est attribué. Pour des raisons pharmaco-économiques, en raison de priorités sociales et pour obtenir des garanties sur l'usage bon et judicieux, les indications peuvent être limitées à des groupes cibles spécifiques et à des dispensateurs de soins spécialisés ou à des hôpitaux.

Ce remboursement conditionnel pour lequel une autorisation préalable du médecin-conseil est requise, ce que l'on appelle le “contrôle a priori”, est un outil très utile qui permet de développer et de mener une politique médicamenteuse judicieuse. Ces autorisations ne sont toutefois pas nécessaires si le bénéficiaire est hospitalisé et seulement pour les médicaments qui sont repris dans un forfait. Des médicaments coûteux avec des indications bien précises sont sur une liste séparée et ne tombent pas sous le forfait attribué.

Ce remboursement conditionnel apparaît moins dans d'autres pays parce qu'ils utilisent un autre mécanisme budgétaire. Aux Pays-Bas par exemple, un budget général est attribué à l'hôpital, budget qui sert aussi à payer les frais des médicaments. De plus, il existe dans ce pays, un budget spécifique pour les médicaments coûteux comme les oncolytiques. La responsabilité en matière de gestion des médicaments coûteux revient à l'administration de l'hôpital. Il en ressort que les hôpitaux néerlandais organisent souvent des adjudications pour des médicaments. En France, un système similaire est appliqué. En Angleterre, le "National Health Service" attribue également aux hôpitaux, via ses trusts régionaux, un budget fixé préalablement avec lequel ils payent les frais de médicaments.

IV. Cyber-attaques

Politique de sécurité de l'information à l'INAMI - Mesures de protection

Question n° 1239, posée le 2 octobre 2013 à Madame la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, par Monsieur le Représentant DE CLERCQ¹

L'extrême dépendance de notre société à l'égard des technologies de l'information et des télécommunications (TIC) est très pertinemment épinglée dans la vision stratégique de la Belgique sur la cyber sécurité, d'autant plus qu'il n'existe souvent plus de salut en dehors du cyberspace. Dans ces conditions, la disponibilité et le fonctionnement de ces systèmes sont cruciaux. Ils constituent en effet l'épine dorsale garantissant le fonctionnement de secteurs vitaux comme l'approvisionnement en énergie et en eau, les transports, le secteur financier, les soins de santé, sans oublier les services publics.

Les dégâts occasionnés par le dérèglement ou la défaillance totale ou partielle de l'infrastructure TIC de ces secteurs sont énormes et compromettent la continuité des activités sociales. Plusieurs incidents dont certains très récents, ont démontré que quelques logiciels malveillants judicieusement utilisés suffisent pour se livrer à l'espionnage économique et politique. D'autre part, l'existence de gigantesques banques de données stockant des données à caractère personnel menace la vie privée des citoyens.

Face à la cybermenace, la stratégie de cybersécurité de notre pays tend très justement à garantir la sécurisation et la protection optimales des infrastructures critiques et des systèmes informatiques des services publics qu'il faut préserver de tout dérèglement ou défaillance. Les systèmes et les réseaux TIC des services publics doivent être surveillés, protégés et contrôlés. Un point de contact central doit recueillir les signalements de tentatives d'intrusion ou de perturbations et assurer le suivi de manière à pouvoir tirer les enseignements des incidents rapportés.

1. Bulletin n° 146, Chambre, session ordinaire 2013-2014, p. 43.

Dans un premier temps, des normes de sécurité et des directives standard seront mises en place pour les différents types de système. Les services publics vont de leur côté procéder à une évaluation et à l'agrément de leurs propres systèmes d'ordinateurs et de réseaux. Les réseaux par lesquels transitent des informations classifiées et sensibles seront soumis à des audits de sécurité et la politique de sécurité mise en œuvre par les exploitants des infrastructures critiques fera l'objet d'une évaluation régulière.

Un inventaire des capacités en matière de cybersécurité existant dans les différents services publics sera tout d'abord dressé pour parer au mieux aux incidents les plus graves. Chaque département disposera des moyens appropriés et des experts et chercheurs en nombre suffisant pour pouvoir assumer et exercer les missions et les responsabilités afférentes à la cybersécurité.

1. a) Pour la période 2009-2013, disposez-vous des statistiques annuelles relatives au nombre de cyber incidents visant les services publics relevant de vos attributions, à leur nature et à l'étendue des dégâts occasionnés?
 - b) Des informations publiques ont-elles été utilisées à cette occasion?
 - c) Quelle a été la procédure appliquée?
2. Pour la période précitée, est-il possible d'obtenir un récapitulatif des mesures prises par les services publics relevant de vos attributions, pour contrer la cyber menace?
3. a) Quel est à votre estime le degré de vulnérabilité aux cyberattaques et celui de l'efficacité du dispositif de protection de vos services pour les parer?
 - b) Pouvez-vous illustrer votre réponse à l'aide de quelques exemples?
4. a) Quelles mesures avez-vous prises et comptez-vous prendre pour garantir la réalisation des objectifs arrêtés dans la stratégie belge en matière de cyber sécurité?
 - b) À votre estime, quels moyens sont nécessaires à cet effet?
 - c) Quelle enveloppe financière êtes-vous disposé à libérer pour la mise en œuvre de cette stratégie?

Réponse

...

III. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

1. a) À ce jour, l'INAMI n'a observé aucune attaque ciblée sur son réseau.
 - b) Aucun vol n'a été constaté ni signalé.
 - c) Les cyber-attaques sont décelées et détectées sur deux niveaux. Les systèmes de prévention des intrusions (IPS) sur l'extranet sont gérés par la Smals et les alertes concernant l'INAMI sont redirigées vers l'INAMI pour analyse. Les systèmes IPS, propres à l'Institut national détectent, également les alertes et dans certains cas, bloquent la communication. L'Institut n'a pas de chiffres de cyber-attaques, car toutes les alertes étaient jusqu'à présent, "faux positifs" (alertes qui après analyse ne semblent pas avoir de raison malveillante).

Dans le passé, l'INAMI a plusieurs fois été informé par les administrateurs de l'extranet de la circulation de virus dangereux ou de nouvelles cyber-attaques qui ont essayé de s'introduire sur le réseau de la sécurité sociale. Indépendamment de l'avertissement, une action appropriée a été mise en place (par ex. des contrôles supplémentaires sur les log files IPS, messages de mise en garde vers les utilisateurs finaux, etc.).

2. À l'INAMI un projet d'amélioration continue de la sécurité de l'information est en cours, basé sur la norme ISO 27001. La politique de sécurité de l'information est principalement basée sur un processus continu de gestion des risques qui conduit à des actions correctives, y compris de sécurité spécifique aux processus et systèmes, mais aussi à la sensibilisation des employés par groupes cibles spécifiques.

L'INAMI a construit sa sécurité sur tous les composants de son réseau. Tout d'abord, le réseau de l'INAMI est intégré dans l'extranet de la sécurité sociale, géré par la BCSS-Smals. L'extranet utilise un modèle de sécurité multicouche et protège les réseaux des IPSS par des pare-feu, des IPS (Intrusion Prevention System), DMZ, serveurs proxy, anti-malware, etc.

D'autre part, le réseau de l'INAMI est protégé d'une manière équivalente à celle de l'extranet par un modèle de sécurité multicouche (avec deux niveaux de pare-feu, IPS, DMZ, serveurs proxy, anti-malware, etc.).

Afin de répondre à des besoins de sécurité encore plus élevée l'INAMI implémente une nouvelle architecture réseau et ce, afin de se préparer aux nouvelles technologies et aux tendances comme BYOD et le Cloud. Ce modèle de sécurité est un modèle de "trusted zone" (zone de confiance) dans lequel toutes les communications entre les serveurs se font de point-à-point et protégées par un pare-feu. De plus, tous les serveurs "hardenés" (suppression des fonctionnalités qui ne sont pas nécessaires mais qui pourraient être utilisées par des pirates informatiques ou des logiciels malveillants).

Sur les pc et les ordinateurs portables, différentes fonctionnalités de sécurité sont installées telles que: anti-malware, un logiciel pare-feu, antivirus de sécurité, une sécurité d'accès niveau du BIOS, le disque dur et le système d'exploitation, la protection contre la connexion des mémoires USB, cryptage des informations sur le disque dur, les certificats machine et utilisateur et polices de groupe Active Directory.

L'Institut met en place une stratégie qui consistera à organiser des audits du trafic entrant sur son réseau et des tests d'intrusion dans ses systèmes.

3. a) Il y a certainement un risque. L'INAMI est une institution de la Sécurité Sociale qui traite des données à caractère personnel dont des données médicales.

b) Dans le cas de l'INAMI, l'un des avantages est que son réseau se trouve derrière l'infrastructure extranet pour laquelle la Banque Carrefour et la Smals prennent la responsabilité de la sécurisation des différents niveaux du réseau.

4. a) L'INAMI n'est pas impliqué et n'a aucune information sur la stratégie mise en place.

b) et c) Sans objet vu la réponse au point 4 a) de la question.

...

V. CAAMI

Membres - Affiliation d'office

Question n° 1279, posée le 4 novembre 2013 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, par Madame la Représentante Sminate¹

Dans notre pays, il est obligatoire de s'affilier à une mutualité.

Les personnes qui ne s'affilient pas volontairement à une mutualité sont affiliées d'office à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).

1. Pourriez-vous fournir, pour la période de 2009 au troisième trimestre de 2013 inclus, un aperçu annuel:
 - a) du nombre total d'affiliations à la CAAMI?
 - b) du nombre total d'affiliations d'office à la CAAMI?
2. Pourriez-vous fournir pour 1. a) et 1. b) une ventilation:
 - a) par Région (selon le domicile du bénéficiaire)?
 - b) par nationalité du bénéficiaire?

Réponse

En réponse à votre question, je peux vous communiquer que - contrairement à ce qui est suggéré dans la question - il n'y a pas en Belgique d'affiliation d'office lorsqu'une personne ne s'affilie pas volontairement auprès d'une mutualité de son choix.

Cependant, avec l'accord de principe de l'INAMI, un Centre Public d'Action Sociale peut faire inscrire d'office auprès de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) une personne qui lui demande de l'aide et qui semble ne pas être affiliée.

Le simple fait de l'inscription ne signifie pas que la personne est automatiquement assurée. Pour cela, il faut d'abord vérifier si toutes les conditions de l'assurabilité sont remplies.

1. Le nombre de membres de la CAAMI est relativement stable. Au 31 décembre 2012, la CAAMI comptait 83.757 membres, dont 57.176 titulaires. 6.520 appartenaient à la catégorie "résidents en Belgique". Il s'agit ici principalement d'allocataires du CPAS. La plupart des membres de cette catégorie habitent dans les grandes villes (Bruxelles, Anvers, Gand, Liège, Charleroi).

1. Bulletin n° 144, Chambre, session ordinaire 2013-2014, p. 226.

Le tableau ci-dessous offre un aperçu du nombre de membres par année. Il n'y a pas de chiffres disponibles pour 2009. Le nombre total de membres comprend: les assurés belges (indépendamment de leur domicile) et les assurés étrangers qui résident en Belgique.

Période	Nombre total de membres CAAMI
31 décembre 2010	81 135
31 décembre 2011	81 967
31 décembre 2012	83 957
30 septembre 2013	86 218

Le mode d'inscription auprès de la CAAMI (spontané ou d'office via un CPAS) n'est pas enregistré en tant que tel. L'expérience démontre qu'il s'agit d'un très petit nombre d'exceptions.

2. a) Le tableau ci-dessous comprend un aperçu du nombre de membres par région. Il convient ici de remarquer que les assurés belges qui résident à l'étranger ne sont pas repris. Le nombre de membres est donc considérablement moins élevé que le nombre total de membres repris dans le précédent tableau.

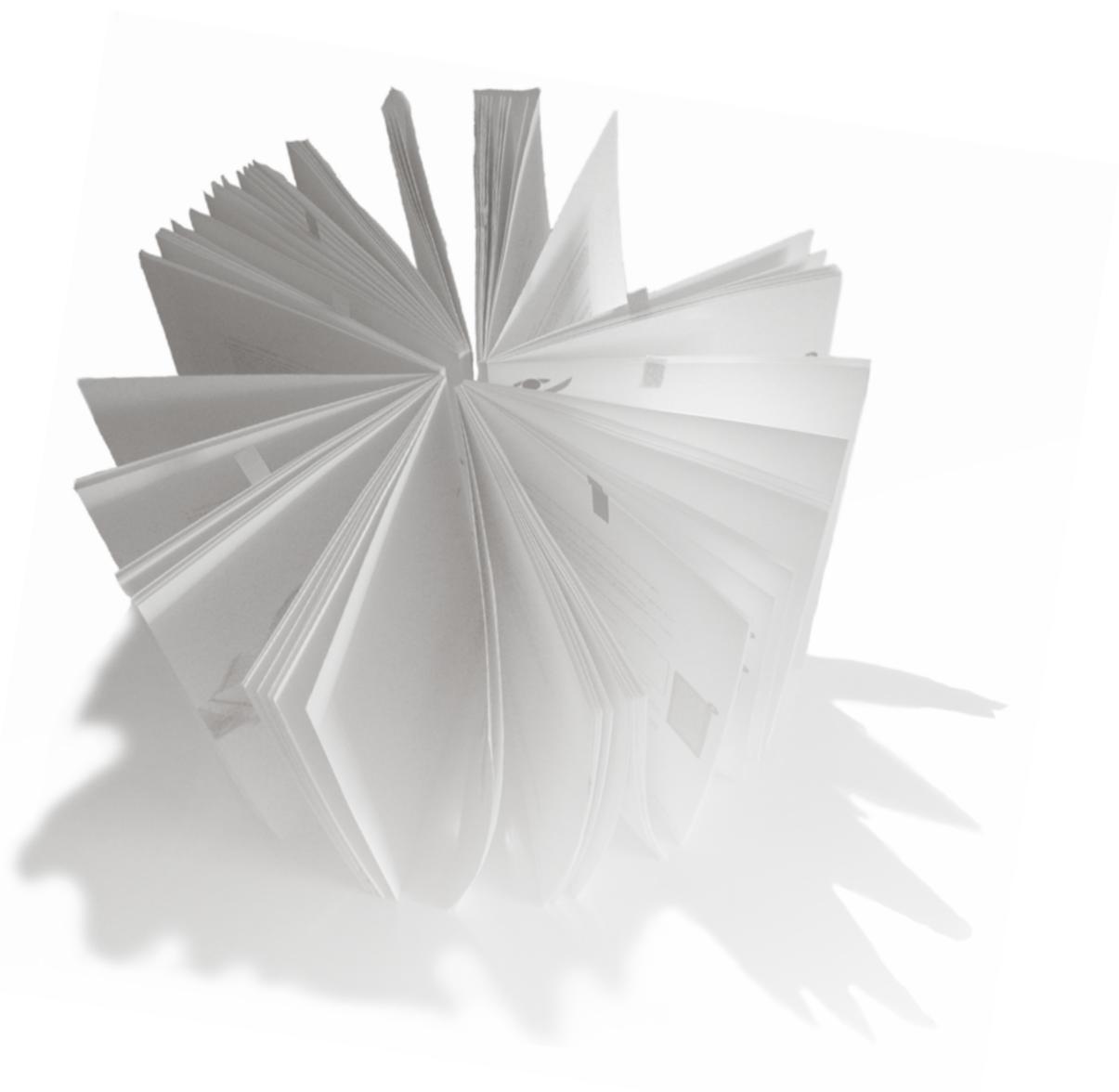
Région	Nombre de membres (domicile en Belgique)
Bruxelles	14 249
Flamande	28 723
Wallone	33 454

b) Le tableau ci-dessous comprend un aperçu du nombre de membres par nationalité. Par souci de clarté, seules les 10 nationalités les plus courantes ont été reprises.

Nationalité	31 décembre 2010	31 décembre 2011	31 décembre 2012	30 septembre 2013
Belge	51 497	50 862	52 007	53 234
Française	4 886	5 516	6 248	6 780
Italienne	3 499	3 297	3 147	3 075
Marocaine	2 960	2 735	2 494	2 401
Espagnole	1 818	1 790	1 756	1 771
Turque	1 228	1 173	1 086	1 043
Allemande	994	1 053	1 133	1 197
Néerlandaise	990	1 024	1 059	1 109
Slovaque	862	906	889	902
Camerounaise	734	794	864	930

5^e Partie

Directives de l'INAMI



Statut de personne atteinte d'une affection chronique

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2013

1. Introduction

Dans le cadre du programme "Priorité aux malades chroniques", la Ministre a proposé de créer un statut de personne atteinte d'une affection chronique.

L'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) a été publié au Moniteur belge du 23 décembre 2013.

On parle du statut de "personne atteinte d'une affection chronique" et non de statut de "malade chronique" pour éviter toute confusion car ce dernier terme est déjà repris dans la loi pour viser d'autres situations (dispositions relatives aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique (art. 37, § 16*bis* de la loi SSI) et aux enfants malades chroniques (art. 25*quinquies* de la loi SSI) qui conservent leurs droits).

Ce statut prévoit une reconnaissance de la personne atteinte d'une affection chronique et a pour objectif d'aider les personnes atteintes de maladie chronique sévère à faire face à leurs frais de soins de santé. Il leur permet de bénéficier automatiquement de certains droits spécifiques qui seront progressivement développés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ou hors de ce cadre.

Le statut de personne atteinte d'une affection chronique est ouvert :

- ou de manière automatique par la mutualité auprès de laquelle est affilié ou inscrit le bénéficiaire : sur la base d'un critère financier (chap. II de l'A.R.) ou sur la base du bénéfice effectif de l'allocation forfaitaire (chap. III de l'A.R.)
- ou sur la base d'une attestation médicale établie par un médecin spécialiste, qui atteste que le bénéficiaire est atteint d'une maladie rare ou orpheline (chap. IV de l'A.R.).

2. Critères sur la base desquels le statut est octroyé

L'arrêté royal reprend différents critères permettant d'identifier les bénéficiaires qui ont recours à divers soins, spécifiques ou non, de manière répétée ou continue et donc chronique, entraînant des dépenses répétées et ce, quelle que soit la pathologie chronique spécifique dont ils souffrent.

2.1. Premier critère : critère financier

Le premier critère choisi est un critère financier : des dépenses de santé d'au minimum 300 EUR par trimestre civil, pendant au moins huit trimestres consécutifs, les huit trimestres civils concernés constituant deux années civiles consécutives.

2.1.1. DÉPENSES DE SANTÉ

Il s'agit des dépenses pour les prestations couvertes totalement ou partiellement par l'assurance obligatoire soins de santé, c'est-à-dire comprenant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé **et** l'intervention personnelle visée aux articles 37 et suivants de la loi SSI.

Précisions relatives à la notion de dépenses de santé :

- **L'ensemble des prestations pour lesquelles il y a une prise en charge totale ou partielle par l'assurance obligatoire soins de santé** sont comptabilisées, c'est-à-dire notamment toutes les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi SSI (visites et consultations de médecins, frais infirmiers, kinésithérapie, médicaments, etc.).

Dès lors, les prestations exclues du maximum à facturer telles que visées à l'article 37^{sexies}, alinéa 8 de la loi SSI sont prises en compte dans le cadre du compteur statut.

Il s'agit :

- des médicaments Cs et Cx
- des hospitalisations dans un hôpital psychiatrique à partir du 366^e jour d'hospitalisation.
- Il est tenu compte tant de **l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que de l'intervention personnelle** – en somme, des honoraires conventionnels –, afin de ne pas pénaliser les bénéficiaires de l'intervention majorée, pour lesquels les interventions personnelles sont moins élevées (le statut n'a donc aucune incidence sur la réglementation intervention majorée).

Il est tenu compte de la consommation réelle en soins.

S'il n'y a pas d'intervention personnelle effectivement payée par le bénéficiaire (ex.: un dispensateur de soins n'exige pas le paiement de l'intervention personnelle), il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le compteur statut. Seuls sont pris en compte les montants facturés, que ce soit au bénéficiaire ou à l'organisme assureur (O.A.).

 Imaginons une prestation avec un honoraire conventionnel de 100 EUR : une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé de 75 EUR et une intervention personnelle de 25 EUR.

 Quels sont les montants à prendre en considération ?

1. Le bénéficiaire ne bénéficie pas du MAF. Il paie 100 EUR, on le rembourse 75 EUR et on incrémente le compteur de 100 EUR.

2. Le bénéficiaire bénéficie du MAF. Il paie 100 EUR, on lui rembourse les 75 EUR à charge de l'assurance soins de santé obligatoire et les 25 EUR restants vu qu'il bénéficie du MAF => on incrémente le compteur de 100 EUR.

3. Le bénéficiaire bénéficie du MAF. Il est hospitalisé. Le droit MAF a été communiqué à l'hôpital => Les 100 EUR sont facturés directement à l'O.A. => on incrémente le compteur de 100 EUR.

4. Le dispensateur réclame uniquement les 75 EUR à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et pas l'intervention personnelle de 25 EUR => on incrémente le compteur de 75 EUR.

- Tel qu'il ressort de l'exposé des motifs de la loi¹, **il n'est pas tenu compte des coûts non couverts par l'assurance** obligatoire soins de santé car ils ne sont pas enregistrés donc difficilement identifiables et quantifiables. Actuellement, des mesures visant à enregistrer les frais liés à des médicaments non remboursés sont mises en œuvre, avec pour objectif d'en évaluer la consommation pour ensuite éventuellement prendre des mesures pour intervenir dans ces frais.
Cependant, leur enregistrement sans remboursement ne les fait actuellement pas entrer dans le compteur statut.

Précisions relatives à certaines prestations :

- En ce qui concerne l'**hospitalisation** :

L'intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation et l'intervention personnelle sont prises en compte dans le cadre du compteur statut. Pas les suppléments de chambre.

L'intervention dans les honoraires et l'intervention personnelle sont prises en compte, pas les suppléments.

L'intervention dans les médicaments est prise en compte, ainsi que le forfait à charge du patient.

Les médicaments non remboursables ne sont pas pris en compte (voir néanmoins le point ci-dessous "autres forfaits").

Les "frais divers" ne sont pas pris en compte.

- En ce qui concerne les **implants**, il doit être tenu compte de la marge de sécurité et de la marge de délivrance.

Pour rappel, la marge de délivrance, visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, est un montant plafonné de 10 % du prix de vente de l'implant qui est facturé au bénéficiaire et qui vise à couvrir les coûts d'achat, de gestion de stock et de stérilité pour le pharmacien d'hôpital.

La marge de sécurité est le pourcentage ajouté à la base de remboursement. Au cas où le prix d'achat de l'implant dépasse ce montant (remboursement + %), l'implant n'est pas pris en compte pour le remboursement. Est donc à prendre en compte la part de la marge de sécurité (visée à l'art. 35, § 4 et 35bis, § 4 de la nomenclature), qui est mise à charge du bénéficiaire comme supplément pour autant que l'assurance obligatoire soit effectivement intervenue pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été portée en compte².

1. "En ce qui concerne les dépenses totales de santé, il est envisagé de tenir compte à la fois du montant remboursé par l'assurance soins de santé obligatoire et de l'intervention personnelle qui reste à charge de l'assuré social. Dans le projet actuel, les suppléments exigés des assurés sociaux ne seraient pas pris en considération. Dans ce cadre, le coût, tel que défini ci-dessus, des prestations prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire serait, en tout cas comptabilisés. La disposition légale telle que rédigée permet une évolution du statut en fonction des buts à atteindre et de l'évolution de la situation des patients atteints d'une maladie chronique. Ainsi, il n'est pas envisageable que des prestations de santé non encore prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire soient prises en considération parce qu'elles grèvent plus ou moins lourdement le budget du malade chronique".

2. Dans l'hypothèse où l'implant n'aurait pas été notifié alors qu'il devait l'être, il ne peut être mis à charge ni de l'assurance SSI, ni du patient (art. 35 septies, § 1^{er} de la loi SSI). Dans ce cas, il n'entrera donc pas dans le compteur statut (en outre, l'O.A. n'est pas informé du montant de l'implant).

S'agissant ici du pourcentage d'un tarif déterminé, montant connu des organismes assureurs, il doit être pris en compte dans le compteur statut (contrairement à un supplément "classique" qui est indéterminable par les O.A.).

- En ce qui concerne les soins dispensés à un abonné d'une **maison médicale** : le forfait que l'O.A. paie par abonné à la maison médicale est pris en compte (ainsi que tous les soins pour lesquels il y a une intervention "classique").
Les soins pour lesquels les O.A. n'interviennent pas ne sont pas pris en compte.
- En ce qui concerne l'**allocation journalière**, appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, fixée conformément à l'article 37, § 12 de la loi SSI et l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 et octroyée par l'assurance obligatoire soins de santé pour les résidents séjournant en maison de repos et de soins (MRS) ou en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) : il y a lieu d'en tenir compte dans le compteur statut, même pour les résidents classés en catégorie 0³.
- En ce qui concerne les **autres forfaits** :
 - quand un forfait remplace une intervention pour une prestation, il est pris en compte. Il s'agit en effet de prestations qui sont remboursées par l'assurance obligatoire
 - quand un forfait est accordé en vue d'un soin déterminé qui n'est normalement pas pris en charge par l'assurance obligatoire :
 - l'intervention prévue par l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o et alinéa 4 de la loi SSI, en ce qui concerne les **pansements actifs**, est prise en compte
 - l'intervention prévue par l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o et alinéa 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les **analgésiques**, est prise en compte
 - l'allocation forfaitaire prévue par l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o et alinéa 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les patients atteints du **syndrome de Sjögren**, est prise en compte
 - l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le **matériel d'incontinence** visé à l'article 34, 14^o de la loi SSI, prévoit deux types d'allocations forfaitaires annuelles. Ces deux types d'allocations sont pris en compte
 - l'intervention prévue par 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^o de la loi SSI, notamment pour certains produits d'alimentation particulière, est prise en compte dans les dépenses de santé

3. Cette intervention est notamment fixée sur base de la catégorie de dépendance à laquelle appartiennent les résidents (degrés de dépendance divers déterminés par les lettres A, B, C, Cd – dans la catégorie 0 sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et qui ne sont pas déments).

- le forfait, prévu par l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis de la loi SSI (le dénommé **forfait soins, appelé ci-après "allocation forfaitaire"**), est également pris en compte pour l'année pour laquelle l'allocation forfaitaire est octroyée. Une allocation forfaitaire qui est octroyée pour 2014 est un indicateur de dépenses de santé en 2014 et sera alors aussi prise en compte dans le compteur de 2014 (même si elle est payée en 2015).

Si l'allocation forfaitaire attribuée pour une année déterminée est payée durant cette même année, elle est comptabilisée dans le trimestre durant lequel elle est payée.

Si l'allocation forfaitaire attribuée pour une année déterminée est payée l'année suivante, elle doit être comptabilisée dans le dernier trimestre de l'année pour laquelle elle est attribuée (trimestre qui se rapproche le plus du moment du paiement).

Cette règle vaut pour **tous les forfaits annuels**.

- En ce qui concerne les **frais de transport** :

En principe sont seules prises en compte les interventions de l'assurance obligatoire soins de santé et pas le montant réellement payé, qui dépend du choix du moyen de transport et n'est pas toujours connu par les O.A.

- Dans le cadre de **l'aide médicale urgente**, un remboursement d'une partie des frais de transport par les services ambulanciers est prévu par l'arrêté royal du 26 avril 2009 portant exécution de l'article 34, alinéa 1^{er}, 28^o, de la loi SSI. Cette intervention est prise en considération. La partie qui n'est pas remboursée est considérée par les O.A. comme un supplément et n'est pas enregistrée, elle n'est donc pas prise en considération
- L'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 34, alinéa 1^{er}, 27^o, de la loi SSI prévoit une intervention dans les **frais de déplacement des parents (ou tuteur légal) de patients de moins de 18 ans atteints d'un cancer**. Cette intervention est prise en compte dans le compteur de l'enfant
- Un remboursement est également prévu pour le **transport des patients atteints d'un cancer** conformément à l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11 de la loi SSI. Cette intervention est prise en compte
- L'assurance obligatoire intervient dans les frais de **transport des prématurés** : on retrouve ce principe dans l'arrêté royal du 8 janvier 1992 portant extension du champ d'application de l'article 34, 10^o de la loi SSI, aux frais de transport des prématurés et nouveau-nés dont la vie est menacée ou qui courent le risque de séquelles neurologiques permanentes. L'intervention de l'assurance obligatoire est comptabilisée dans le compteur du bénéficiaire à qui l'intervention est octroyée
- Il existe aussi un remboursement pour les **patients dialysés**, prévu par l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés. Cette intervention est prise en considération
- En ce qui concerne la **rééducation fonctionnelle**, on retrouve la réglementation dans l'arrêté ministériel du 14 décembre 1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle. Cette intervention est prise en considération

- L'arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les **frais de voyage des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle** avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type, prévoit une intervention. Ces frais sont pris en compte.
- En ce qui concerne la **rééducation fonctionnelle** : les interventions qui sont octroyées aux bénéficiaires dans le cadre de la rééducation fonctionnelle et qui sont facturées aux O.A., sont également prises en compte dans le cadre du statut
- En ce qui concerne l'**oxygénothérapie** : que l'oxygénothérapie soit délivrée par le pharmacien ou par l'hôpital, les interventions qui sont octroyées aux bénéficiaires par l'assurance obligatoire soins de santé, ainsi que les interventions personnelles sont prises en compte dans le compteur statut, mais pas les suppléments
- Pour les bénéficiaires traités dans le cadre d'une convention avec un hôpital (convention d'oxygénothérapie de longue durée), il faudra que l'intervention soit bien déterminée pour être connue de l'O.A. et pouvoir être prise en compte
- En ce qui concerne les interventions du **Fonds Spécial de Solidarité** visé aux articles 25 et suivants de la loi SSI : même s'il s'agit d'une intervention exceptionnelle de l'assurance obligatoire soins de santé, il y a lieu d'en tenir compte dans le compteur statut
- En ce qui concerne les **interventions dans le cadre des "conventions article 56 de la loi SSI"** :

Dans la majeure partie de ces conventions, les frais qui sont prévus ne sont pas individualisables (il n'est en d'autres termes pas possible pour les O.A. de déterminer à combien s'élèvent les interventions pour un bénéficiaire déterminé). Etant donné que le statut devrait être accordé de manière automatique sur base du premier critère, ces frais ne pourront dès lors pas non plus être pris en considération dans le cadre du statut.

Dans le cadre de certaines de ces conventions, il est tout à fait possible de déterminer par bénéficiaire quelle intervention est octroyée pour lui. Ces interventions sont dès lors prises en considération.

En ce qui concerne les détenus et les internés, le raisonnement est identique : dans la mesure où les prestations ne sont pas individualisables, on n'en tient pas compte dans le compteur statut.

2.1.2. INDEXATION

Le montant de 300 EUR est indexé chaque année.

Ce montant fixé pour l'année de référence 2013 est adapté au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente.

La première indexation intervient pour l'année de référence 2014.

Ceci signifie que pour avoir le statut :

- en 2013, il faut minimum 300 EUR de dépenses de santé chaque trimestre des années 2011 et 2012
- en 2014, il faut minimum 300 EUR de dépenses de santé chaque trimestre des années 2012 et 2013
- en 2015, il faut minimum 300 EUR de dépenses de santé chaque trimestre de l'année 2013 et 300 EUR indexé chaque trimestre de l'année 2014 (index 2014)
- en 2016, il faut minimum 300 EUR indexé de dépenses de santé chaque trimestre de l'année 2014 (index 2014) et 300 EUR indexé chaque trimestre de l'année 2015 (index 2015),...

2.1.3. PÉRIODICITÉ

La base trimestrielle a été choisie afin de cibler le caractère chronique et mieux tenir compte des frais réels.

-  conditionnements de 3 mois pour les médicaments, traitements paramédicaux facturés par "groupe" de séances,....

Ce sont les trimestres civils qui sont visés. On travaille par année civile afin que la mesure soit administrativement simple à appliquer. Les huit trimestres civils concernés constituent donc *deux années civiles consécutives*.

En ce qui concerne la durée, l'option de huit trimestres consécutifs a été choisie pour ne pas sélectionner les "accidents de santé" c'est-à-dire les personnes qui présentent des frais importants répétés, sur une période limitée dans le temps, sans souffrir pour autant d'une maladie chronique.

-  une personne ayant eu un accident ayant nécessité une intervention chirurgicale, une ou plusieurs hospitalisations, de la rééducation... mais qui, après cela, n'a plus d'autre conséquence sur l'avenir.

2.2. Deuxième critère : critère basé sur le bénéfice effectif de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16bis, 2° de la loi SSI et à son arrêté d'exécution du 2 juin 1998

Le **second critère** est basé sur le bénéfice de l'allocation forfaitaire telle que prévue à l'article 37, § 16bis, 2° de la loi SSI et à l'arrêté royal du 2 juin 1998 exécutant cet article.

Pour rappel, les bénéficiaires doivent répondre aux deux conditions cumulatives suivantes pour bénéficier de l'allocation forfaitaire :

- L'ensemble des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire (*plafond tickets modérateurs*) pour les prestations effectuées durant l'année civile concernée et au cours de l'année civile précédente doit atteindre 450 EUR par an pour les bénéficiaires ordinaires et 365 EUR par an pour les bénéficiaires de l'intervention majorée
- Dans le courant de l'année civile concernée, il faut se trouver dans une des situations énumérées par l'article 2 de l'arrêté royal précité (*situations de dépendance*).

Pour bénéficier du statut de personne atteinte d'une affection chronique sur la base de ce second critère, les bénéficiaires doivent effectivement bénéficier de cette allocation forfaitaire, et pas seulement remplir les conditions.

2.3. Troisième critère : octroi sur la base d'une maladie rare ou orpheline

Le troisième critère sur la base duquel le statut est octroyé est la maladie rare ou orpheline. Pour que le statut soit ouvert sur la base de ce critère, les deux conditions suivantes doivent être remplies :

- le bénéficiaire doit avoir engagé un total de minimum 300 EUR de dépenses de santé par trimestre civil, durant huit trimestres civils consécutifs, qui constituent deux années civiles (cf. le premier critère)
- le bénéficiaire doit être atteint d'une maladie rare ou orpheline, tel qu'il ressort d'une attestation médicale établie par un médecin spécialiste.

L'attestation est transmise au médecin-conseil de l'O.A. et est établie conformément au modèle annexé à l'arrêté royal.

3. Octroi du statut et durée du premier octroi

On travaille avec des années civiles. Le statut est chaque fois octroyé à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle on remplit les conditions, sauf dans le cadre du statut octroyé sur la base d'une maladie rare ou orpheline. Le droit est accordé jusqu'au 31.12.x+1.

Lorsque le troisième critère s'applique, d'autres règles s'appliquent : le statut est octroyé pour une période plus longue.

3.1. Sur la base du critère financier

En ce qui concerne les bénéficiaires qui peuvent bénéficier du statut sur la base du premier critère (les dépenses totales de santé), le statut est octroyé automatiquement.

Les O.A. comptabilisent dans un compteur les dépenses totales de santé par personne et lorsque le minimum de 300 EUR durant huit trimestres consécutifs durant les deux années civiles précédentes est atteint, le statut est octroyé.

 En 2014 (peu importe le moment en 2014), l'O.A. vérifie si le statut peut être octroyé à un bénéficiaire sur la base des deux années civiles précédentes. Quand un bénéficiaire a comptabilisé durant 8 trimestres consécutifs 300 EUR de dépenses de santé, le statut est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2014 et ce jusqu'au 31 décembre 2015.

En 2012 : 300 EUR durant les 4 trimestres

En 2013 : 300 EUR durant les 4 trimestres

Statut : est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2014 jusqu'au 31 décembre 2015

Prolongation ? Le 1^{er} janvier 2016 : quid 2014 ? OK : jusqu'au 31 décembre 2016.

3.2. Sur la base du bénéfice effectif de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16*bis*, 2^o de la loi SSI et à son arrêté d'exécution du 2 juin 1998

En ce qui concerne les personnes qui peuvent bénéficier du statut sur la base du bénéfice de l'allocation forfaitaire, l'octroi du statut est également automatique (l'allocation forfaitaire elle-même est octroyée automatiquement ou sur demande, art. 7 de l'A.R. du 02.06.1998).

Le statut est octroyé sur la base du second critère pour l'année qui suit l'année pour laquelle l'allocation forfaitaire est octroyée (donc à partir du 01.01.x – quand on a bénéficié de l'allocation forfaitaire pour l'année x-1). Le statut est octroyé jusqu'au 31.12.x+1.

 Un bénéficiaire paie effectivement 450 EUR d'interventions personnelles en 2013. Dans le courant de 2014, il se trouve dans une des situations de dépendance, décrites dans l'arrêté royal du 2 juin 1998, et paie à nouveau 450 EUR d'interventions personnelles. Pour cette personne, l'allocation forfaitaire sera accordée pour l'année 2014 (peut-être en 2014, mais il est également possible que ce soit en 2015). Le statut sera par conséquent accordé, et ce à partir du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2016.

En 2013 : 450 EUR d'interventions personnelles

En 2014 : idem + situation de dépendance (l'allocation forfaitaire est octroyée)

Statut : est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2016

Prolongation ? Le 1^{er} janvier 2017 : quid 2015 ? OK : jusqu'au 31 décembre 2017.

3.3. Sur la base du critère maladie rare ou orpheline

Le statut (sur la base du troisième critère) est octroyé au bénéficiaire pour une période de cinq années civiles, à partir du 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'attestation médicale a été transmise, pour autant qu'il soit satisfait au critère des dépenses de santé pour les deux années civiles précédant l'année de l'octroi.

Ces dépenses de santé (300 EUR par trimestre) doivent donc avoir été supportées durant les deux années civiles qui précèdent l'octroi du statut.

L'attestation médicale est transmise par le bénéficiaire ou le médecin spécialiste dans le courant de la première année d'ouverture du statut. Elle est établie pendant la même année civile que celle de sa transmission, pour éviter qu'un bénéficiaire ne transmette par exemple en 2016 une attestation de 2014.

En pratique, lorsqu'un bénéficiaire satisfait au premier critère (a suffisamment de dépenses de santé), l'O.A. octroie automatiquement le statut sur la base du premier critère. Le statut est alors ouvert à partir du 1^{er} janvier de l'année x, jusqu'au 31.12.x+1. Ensuite les règles "normales" de prolongation du statut s'appliquent en principe.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire ou le médecin spécialiste transmet au médecin-conseil, dans le courant de l'année x, une attestation médicale, la période d'ouverture du droit sera prolongée de façon à ce que la durée totale de l'ouverture du droit soit de cinq années civiles (jusqu'au 31.12.x+4).

 En 2012 et 2013, un bénéficiaire a durant 8 trimestres consécutifs des dépenses de santé de 300 EUR. Début 2014, le statut sera automatiquement ouvert, vu que l'intéressé satisfait aux conditions du premier critère. Si le bénéficiaire concerné transmet dans le courant de 2014 une attestation médicale au médecin-conseil, la période d'ouverture du droit courra jusqu'au 31 décembre 2018.

4. Prolongation du statut

Après avoir examiné les règles relatives à l'ouverture du statut et à la durée du premier octroi, de nouvelles règles s'appliquent pour sa prolongation.

Indépendamment du critère sur la base duquel le statut a été ouvert, il peut être prolongé au 1^{er} janvier d'une année x de trois manières.

Le bénéficiaire doit ainsi :

- soit avoir comptabilisé durant l'année $x-2$ un total de dépenses de santé de 1.200 EUR : le statut est dans ce cas prolongé pour une année civile, jusqu'au 31.12. x
- soit avoir bénéficié pour l'année $x-2$ de l'allocation forfaitaire : le statut est dans ce cas prolongé pour une année civile, jusqu'au 31.12. x
- soit avoir (renouvelé et) notifié au médecin-conseil de l'O.A. l'attestation médicale attestant la maladie rare ou orpheline, conforme au modèle annexé à l'arrêté, rédigé par un médecin spécialiste durant l'année $x-1$ (année civile précédant l'année de prolongation) : le statut est dans ce cas prolongé pour cinq années civiles, jusqu'au 31.12. $x+4$.



Le statut est ouvert et octroyé à un bénéficiaire du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018. Pour pouvoir prolonger le statut le 1^{er} janvier 2019, il doit :

- soit avoir comptabilisé durant l'année 2017 1.200 EUR de dépenses de santé : le statut est alors prolongé du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019
- soit avoir bénéficié pour l'année 2017 de l'allocation forfaitaire : le statut est alors prolongé du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019
- soit avoir (renouvelé si le statut lui a été octroyé sur base du 3^e critère et) notifié au médecin-conseil son attestation médicale, durant l'année 2018 : le statut est alors prolongé du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023.

Si l'attestation est transmise au cours d'une autre année (par ex., la 3^e année de l'ouverture du statut ou la 3^e année de la prolongation du statut), ce n'est pas valable et le droit ne peut pas être prolongé.



Le statut est ouvert en 2013 jusqu'au 31 décembre 2017. Le bénéficiaire transmet une attestation médicale en 2015 : celle-ci ne peut pas servir de base pour une prolongation en 2018, pas même pour prolonger de deux ans.



Le statut est ouvert et octroyé à un bénéficiaire du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018. Il n'y a pas de prolongation possible pour 2019. Pour pouvoir prolonger le statut le 1^{er} janvier 2020, il doit :

- soit avoir comptabilisé durant l'année 2018, 1.200 EUR de dépenses de santé : le statut est alors prolongé du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020
- soit avoir bénéficié pour l'année 2018 de l'allocation forfaitaire : le statut est alors prolongé du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020
- soit avoir notifié au médecin-conseil une nouvelle attestation médicale durant l'année 2019.

Il est donc accepté que, dans la situation où les règles de la prolongation s'appliquent (voir pt 5), l'attestation médicale ne soit pas communiquée dans le courant de la dernière année du statut, mais peut aussi l'être dans le courant d'une année pour laquelle il n'existe pas de statut (pour autant qu'il n'y ait pas encore eu deux années sans statut d'écoulées - voir ci-dessous). L'attestation médicale doit être notifiée dans la même année que celle durant laquelle elle a été établie.

Le statut n'est pas prolongé quand le bénéficiaire ne satisfait plus aux conditions de prolongation.

Le bénéficiaire verra cependant à nouveau son statut prolongé pour une année civile lorsqu'il comptabilise des dépenses de santé d'au moins 1.200 EUR indexés durant l'année x-2 ou bénéficie effectivement de l'allocation forfaitaire pour l'année x-2, ou a notifié une attestation médicale et ce, quel que soit le critère par lequel son statut a été à l'origine ouvert et **pour autant** qu'il ne soit pas resté plus de deux années consécutives sans le bénéfice du statut.

À défaut, il devra à nouveau répondre aux conditions d'ouverture du statut, plus strictes que les conditions de prolongation (voir pt. 6).

 un bénéficiaire bénéficie du statut jusqu'au 31 décembre 2018. Pour que son statut soit prolongé à partir du 1^{er} janvier 2019, il devra répondre aux conditions de prolongation telles qu'explicitées dans l'exemple 1 ci-dessus à savoir :

- Soit avoir comptabilisé durant l'année 2017, 1.200 EUR de dépenses de santé : son statut sera alors prolongé du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019
- Soit avoir bénéficié durant l'année 2017 de l'allocation forfaitaire : son statut sera alors prolongé du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019
- Soit avoir renouvelé et notifié au médecin-conseil une attestation médicale (si le statut lui a été octroyé sur base du 3^e critère), soit l'avoir simplement notifiée (si l'attestation médicale est obtenue pour la première fois) durant l'année 2018 : son statut sera alors prolongé du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023.

S'il ne satisfait pas à ces conditions de prolongation, le statut n'est pas prolongé pour 2019.

Cependant, si avant le 1^{er} janvier 2021, il répond à nouveau à ces conditions de prolongation, son statut sera prolongé (soit pour une année civile s'il répond à une des deux premières conditions, soit pour cinq années civiles s'il répond à la troisième).

5. Ouverture rétroactive du statut

Comment gérer une ouverture de statut avec effet rétroactif si le bénéficiaire bénéficie déjà du statut pour une année ultérieure ?

 Ouverture du "statut 2013" en 2015 alors que le bénéficiaire bénéficie déjà du "statut 2015".

Le 20 avril 2015, l'O.A. constate qu'un bénéficiaire remplit les conditions pour bénéficier du statut en 2013 mais cette personne bénéficie déjà du "statut 2015" depuis le 5 janvier 2015.

En effet, cette situation peut se présenter puisque fin 2014, les bénéficiaires peuvent encore rentrer des attestations de soins de fin 2012 (prescription de 2 ans) ; il est donc possible que ces dépenses de santé reçues fin 2014, qui peuvent être déterminantes pour l'octroi du statut (plafond atteint ou octroi de l'allocation forfaitaire), soient traitées et comptabilisées début de l'année 2015.

- Le 5 janvier 2015, le "statut 2015" est ouvert du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016
- Le 20 avril 2015, le "statut 2013" doit être ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014.

Il ne peut y avoir qu'un statut ouvert pour un assuré => on ouvre donc le droit tout logiquement sur base du premier statut possible, le "statut 2013" donc du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014.

Que faire alors pour les années 2015 et 2016 ?

On se situe dans le cadre des règles de prolongation du "statut 2013" bien qu'il y ait eu l'ouverture du "statut 2015".

Dans ce cas :

Si le 5 janvier 2015, le "statut 2015" a été octroyé sur la base du premier critère, les années 2015 et 2016 peuvent systématiquement être considérées comme années pour lesquelles les conditions de prolongation du "statut 2013" sont remplies. En effet, les années 2013 et 2014 ont servi d'années de référence pour l'ouverture du "statut 2015" donc il y a eu pour ces années minimum 300 EUR de dépenses de santé par trimestre => on sait donc qu'il y a eu minimum 1.200 EUR de dépenses de santé en 2013 et 2014.

- Le statut est ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014
- 2015 est une prolongation du statut sur la base de 2013
- 2016 est une prolongation du statut sur la base de 2014.

Si le 5 janvier 2015, le "statut 2015" a été octroyé sur la base du deuxième critère, l'année 2015 ne peut en revanche pas dans cette hypothèse systématiquement être considérée comme année pour laquelle les conditions de prolongation du "statut 2013" sont remplies (contrairement à 2016).

En effet, 2014 a servi d'année de référence pour l'ouverture du "statut 2015" donc on sait que le bénéficiaire a bénéficié de l'allocation forfaitaire en 2014.

- Le droit est ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014
- 2016 est une prolongation du statut sur la base de 2014 (année du bénéfice de l'allocation forfaitaire)
- La prolongation pour l'année 2015 doit normalement être analysée sur la base de l'année de référence 2013, mais dans cette situation spécifique, il est accepté que le statut soit prolongé pour l'année 2015. Le bénéficiaire bénéficie en effet du statut pour 2013 et 2014, et on sait qu'il en bénéficiera aussi en 2016 vu que, avant que le statut 2013-2014 n'ait été ouvert, un statut 2015-2016 était octroyé sur la base du second critère.

Le même raisonnement est valable pour la situation dans laquelle un statut est ouvert rétroactivement pour l'année x, alors que le bénéficiaire bénéficie déjà du statut pour l'année x+1.



Ouverture du "statut 2013" le 10 janvier 2015, alors que le bénéficiaire bénéficie déjà du "statut 2014"

En 2014, le “statut 2014” est ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015.

Le 20 avril 2015, l'O.A. constate que le bénéficiaire remplit les conditions pour bénéficier du “statut 2013”, alors que cette personne bénéficie déjà du “statut 2014”.

Le 20 avril 2015, le “statut 2013” doit par conséquent être ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014.

Que faire pour l'année 2015 ?

Les règles de prolongation du “statut 2013” s'appliquent ici, même si un “statut 2014” était déjà ouvert en 2014.

L'année 2015 qui était au départ une année qui tombait dans la période d'ouverture du droit, devient maintenant (éventuellement) une année pour laquelle le statut doit être prolongé.

Dans ce cas :

Si le “statut 2014” a été octroyé sur la base du premier critère, l'année 2015 peut donc être considérée comme une année pour laquelle les conditions de prolongation du “statut 2013” sont remplies. En effet, les années 2012 et 2013 ont servi d'années de référence pour l'ouverture du “statut 2014”, donc il y a eu pour ces années minimum 300 EUR de dépenses de santé par trimestre, ce qui signifie qu'il y a eu minimum 1.200 EUR de dépenses de santé pour l'année entière.

- Le droit est ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014
- 2015 est une prolongation du statut sur la base de 2013.

Si le “statut 2014” avait été ouvert sur la base du second critère, cela signifie que le bénéficiaire a bénéficié de l'allocation forfaitaire en 2013.

- Le statut est ouvert pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014
- 2015 est une prolongation du statut sur la base de 2013.

6. Fin du statut et règles de réouverture

Le statut n'est pas prolongé quand le bénéficiaire ne satisfait plus aux conditions de prolongation et il prend fin après deux ans sans prolongation.

Lorsque le statut a pris fin, le bénéficiaire doit, pour voir son statut rouvert, à nouveau répondre aux conditions d'ouverture du statut, plus strictes que les conditions de prolongation.

- Un bénéficiaire bénéficie du statut jusqu'au 31 décembre 2018. Son statut n'est prolongé ni en 2019, ni en 2020. À partir du 1^{er} janvier 2021, il devra, pour voir son statut rouvert, non pas répondre aux conditions de prolongation du statut mais aux conditions d'ouverture du statut, qui sont plus strictes.

7. Notification des décisions par l'organisme assureur

La Charte de l'assuré social ne s'applique pas à la réglementation relative au statut, étant donné que ce statut ne confère pas en lui-même d'intervention particulière (la charte ne s'appliquera qu'aux droits qui y seront liés).

L'O.A. informe le bénéficiaire par simple lettre qu'il satisfait aux conditions pour se voir octroyer le statut.

L'O.A. ne doit cependant pas y indiquer de date relative à la durée de la première reconnaissance du statut car cela l'obligerait, pour chaque année de prolongation, à adresser un courrier au bénéficiaire. Le nom du bénéficiaire et le numéro de Registre National sont mentionnés, tout comme le fait que le tiers payant peut être appliqué sur la base de ce courrier. L'O.A. peut décider de communiquer dans ce courrier au bénéficiaire qu'il est dans son intérêt de remettre ses attestations de soins rapidement, en vue de la continuité du statut.

Le bénéficiaire doit cependant être informé par son O.A., par simple lettre également, quand son droit ne peut pas être prolongé.

On ne peut être sûr que le statut ne peut être prolongé que lorsque le délai de prescription de 2 ans applicable pour la remise des attestations de soins est expiré. C'est donc à partir du 01.01.x+1 qu'on peut considérer avec certitude qu'un bénéficiaire n'a plus droit au statut pour l'année x et qu'il doit donc lui être communiqué au plus tard le 01.01.x+1 que le statut n'a pas été prolongé.

Il est bien sûr conseillé de communiquer le plus rapidement possible au bénéficiaire que le statut n'est, à un moment déterminé, pas encore prolongé (ex. : déjà en janvier de l'année x), vu que la non-prolongation du statut a une influence sur certains droits du bénéficiaire (ex. : l'application du tiers payant).

 Pour rappel, pour vérifier si le droit au statut est prolongé durant une année x, le bénéficiaire doit comptabiliser des dépenses de santé d'au moins 1.200 EUR indexés ou avoir bénéficié effectivement de l'allocation forfaitaire durant l'année x-2 et ce, quel que soit le critère par lequel son droit a été à l'origine ouvert.

Le dernier jour pour rentrer des attestations de soins de l'année x-2, avant prescription, est au plus tard le 31.12.x (à supposer que le bénéficiaire détienne une ou des attestation(s) datant de décembre x-2). C'est donc à partir du 01.01.x+1 qu'on peut considérer avec certitude qu'un bénéficiaire n'a plus droit au statut.

La lettre doit préciser quelles sont les voies de recours applicables en cas de contestation de la décision (3 mois à dater de la notification de la décision ou de la prise de connaissance de la décision par l'assuré social en cas d'absence de notification) et le tribunal compétent (Trib. Trav. conformément à l'art. 581, 1^o et 2^o du C. jud.).

Le bénéficiaire conserve également la possibilité de refuser le bénéfice du statut par simple lettre à son organisme assureur qui le mentionnera dans son dossier. Le statut ne lui sera dans ce cas plus octroyé automatiquement mais pourra l'être sur simple nouvelle demande, pour autant bien sûr qu'il en remplisse toujours les conditions.

8. Entrée en vigueur

L'arrêté royal produit ses effets le 1^{er} janvier 2013.

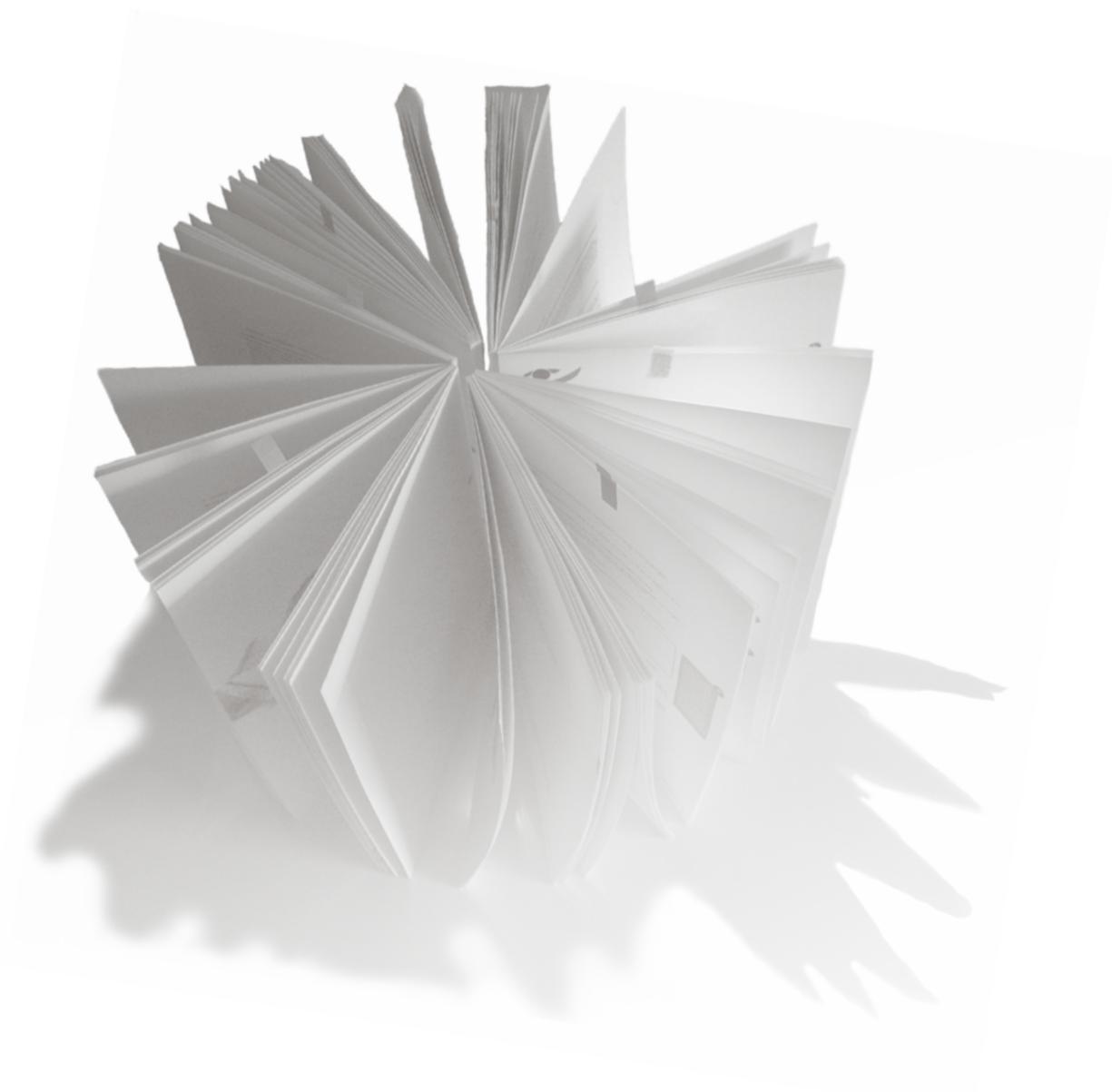
Pour l'octroi effectif du statut en 2013, il faut donc pouvoir comptabiliser les dépenses de santé pour les deux années qui précèdent (pour rappel huit trimestres consécutifs de dépenses - conditions d'ouverture du premier critère), donc à partir de l'année 2011 ou bénéficier de l'allocation forfaitaire (conditions d'ouverture du deuxième critère) durant l'année 2012.



Circulaire O.A. n° 2013/474 - 3995/8 du 24 décembre 2013.

6^e Partie

Données de base



I. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1^{er}, 1^o, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd. 2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

1^{er} septembre 2008 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2.148,87 EUR

1^{er} septembre 2010 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2.191,85 EUR

1^{er} mai 2011 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2.235,68 EUR

1^{er} février 2012 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2.280,40 EUR

1^{er} décembre 2012 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 14 = 2.326,00 EUR

Valeurs par trimestre (montants en EUR)		
1 ^{er} trimestre 2008	$2.065,42 \times 3/3$	2.065,42
2 ^e trimestre 2008	$2.065,42 \times 1/3 + 2.106,73 \times 2/3$	2.092,96
3 ^e trimestre 2008	$2.106,73 \times 2/3 + 2.148,87 \times 1/3$	2.120,78
4 ^e trimestre 2008	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
1 ^{er} trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
2 ^e trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
3 ^e trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
4 ^e trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
1 ^{er} trimestre 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
2 ^e trimestre 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
3 ^e trimestre 2010	$2.148,87 \times 2/3 + 2.191,85 \times 1/3$	2.163,20
4 ^e trimestre 2010	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85
1 ^{er} trimestre 2011	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85
2 ^e trimestre 2011	$2.191,85 \times 1/3 + 2.235,68 \times 2/3$	2.221,07
3 ^e trimestre 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68
4 ^e trimestre 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68
1 ^{er} trimestre 2012	$2.235,68 \times 1/3 + 2.280,40 \times 2/3$	2.265,49
2 ^e trimestre 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40
3 ^e trimestre 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40
4 ^e trimestre 2012	$2.280,40 \times 2/3 + 2.326,00 \times 1/3$	2.295,60
1 ^{er} trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
2 ^e trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
3 ^e trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00

En vigueur à partir du 23 décembre 2013.

 Circulaire O.A. n° 2013/470 - 248/58 du 24 décembre 2013.

II. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2014

a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2013 :	$\frac{122,40}{121,05} = 1,0112$
Moyenne des indices des prix 2012 :	

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2014 (montants en EUR)

de	0,00	à	17.719,92
de	17.719,93	à	27.241,07
de	27.241,08	à	36.762,25
de	36.762,26	à	45.886,69
dès	45.886,70		

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2014.

 Circulaire O.A. n° 2014/25 - 3998/30 du 17 janvier 2014.

III. Frais de transport en ambulance - Aide médicale urgente - Tarifs au 1^{er} janvier 2014 - SPF Santé Publique

Veillez trouver ci-après les tarifs pour les frais de transport en ambulance organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente comme communiqué par le SPF Santé Publique (A.R. 07.04.1995) :

montant forfaitaire jusqu'à 10 km	61,46 EUR
à partir du 11 ^e km jusqu'au 20 ^e km	6,14 EUR
à partir du 21 ^e km	4,70 EUR
montant par aire d'électrodes (défibrillateur)	58,34 EUR

 Circulaire O.A. n° 2014/24 - 3910/1348 du 17 janvier 2014.

IV. Modification du Tableau III : Salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)

1. Éléments de base

Le tableau III repris en annexe remplace à partir du 1^{er} janvier 2014, le tableau III qui était repris dans la circulaire O.A. n° 2013/186 - 45/243 du 6 mai 2013¹ et est d'application à partir du 1^{er} janvier 2014 pour les titulaires dont l'incapacité de travail débute au plus tôt ce jour-là.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2014.



Circulaire O.A. n° 2014/1 - 45/246 du 6 janvier 2014.

1. Publiée dans le B.I. n° 2013/1.

Tableau III - Période à partir du 1^{er} janvier 2014

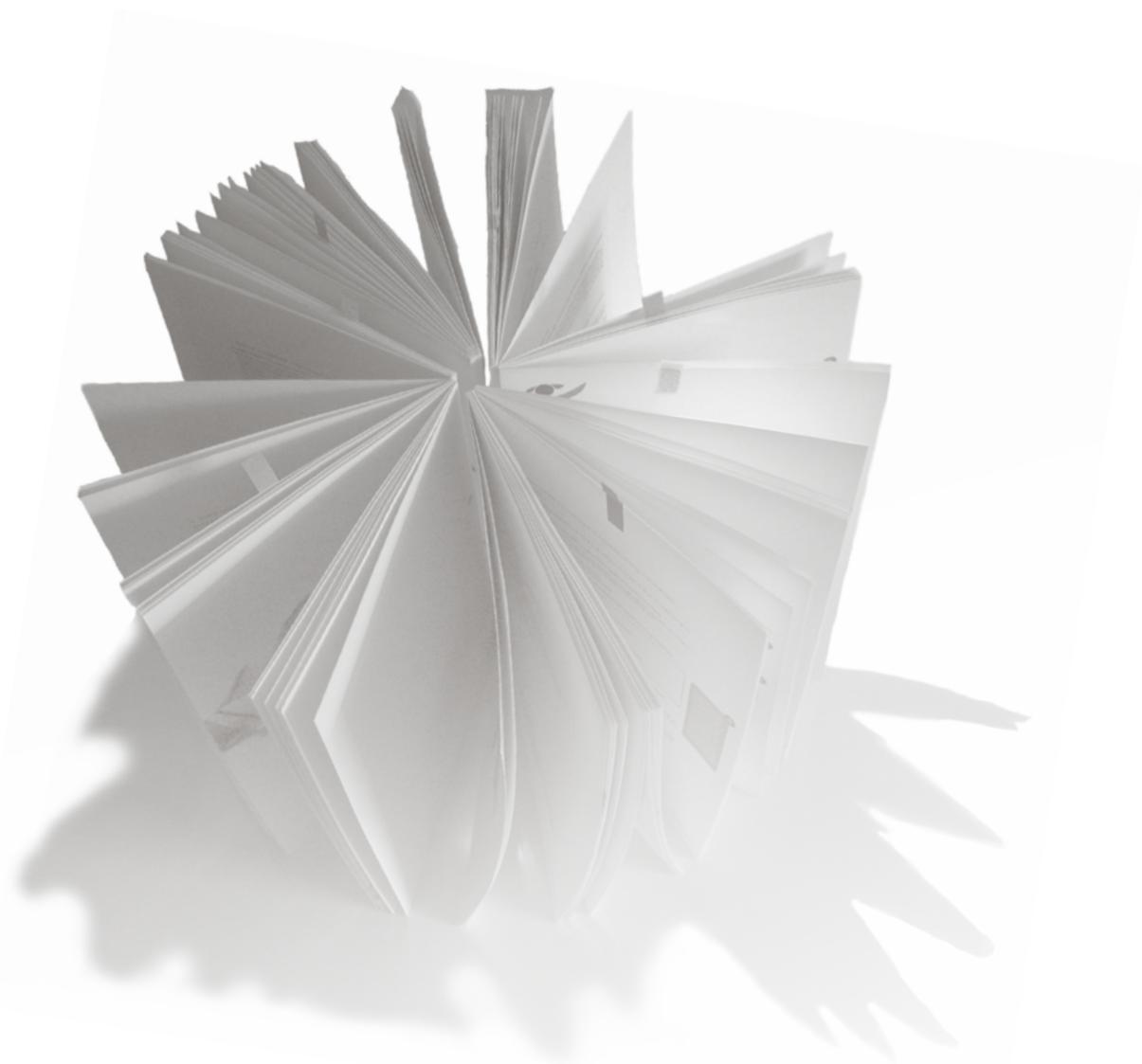
Incapacité primaire Catégorie de titulaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	60 % du salaire	150 % de l'indemnité à 60 %	125 % de l'indemnité à 60 %	170 % de l'indemnité à 60 %	145 % de l'indemnité à 60 %
0 année d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de transition. ○ Jeune chômeur qui effectue une formation professionnelle en entreprise ou un stage d'insertion en entreprise. ○ Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement. ○ Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements 	63,2300	37,9380	56,9070	47,4225	64,4946	55,0101
9 années d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Titulaire qui ne dispose d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (assurance continuée) 	65,2881	39,1729	58,7594	48,9661	66,5939	56,8007

Tableau III - Période à partir du 1 ^{er} janvier 2014 (suite)								
Invalidité Catégorie de titulaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	65 % du salaire	55 % du salaire	40 % du salaire	150 % de l'indemnité à 65 %	125 % de l'indemnité à 65 %	170 % de l'indemnité à 65 %	145 % de l'indemnité à 65 %
0 année d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> • Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de transition. • Jeune chômeur qui effectue une formation professionnelle en entreprise ou un stage d'insertion en entreprise. • Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement. • Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements 	63,2300	41,0995	34,7765	25,2920	61,6493	51,3744	69,8692	59,5943
9 années d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> • Titulaire qui ne dispose d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (assurance continuée) 	65,2881	42,4373	35,9085	26,1152	63,6560	53,0466	72,1434	61,5341

Ces montants ne tiennent pas compte de l'application des minima.

7^e Partie

Statistiques



I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 3^e trimestre 2013

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Imagerie médicale	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Consultations, visites et avis	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Prestations spéciales	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Chirurgie	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynécologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Surveillance	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accréditation médecins	3.180	3.180	9.076	10.617	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471	6.547	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	9.075	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709	6.908	
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393	15.912	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	0	0	0	0	
Total médecins	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.955.943	7.110.317
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121	13.287	13.198
Total dentistes	198.161	388.851	579.468	775.562	810.470
3. Prestations pharmaceutiques	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Soins par bandagistes	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Soins par opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Soins par audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Transport	0	0	0	0	238
Total	1.268.530	2.572.585	3.877.351	5.195.106	5.334.146

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) À domicile, dans un centre	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
Total dialyse	94.125	188.558	288.423	391.476	396.291
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Centres de soins de jour	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Prime syndicale	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	277	
Total	604.424	1.169.916	1.766.594	2.366.241	2.367.070
17. Fin de carrière	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590	1.260	1.919	2.575	2.634
Total	32.792	66.084	101.953	137.069	150.205
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652	363.792	500.031	561.805
20. Fond Spécial	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopédie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Régularisations + Refacturation	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
26. Patients chroniques	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Soins palliatifs	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Matériel corporel humain	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	121	235	397	535	526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Projets thérapeutiques	134	263	407	521	1.335
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	380	735	1.098	1.424	2.686

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
32. Internés	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Sevrage tabac	224	430	629	837	2.535
34. Circuit de soins psychiatriques	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	50.000
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. SM/SLA/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	9.069
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	2.964
45. Accord social	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Divers	1.305	1.488	2.752	8.441	30.821
- Affectation fonds d'avenir					0
- Initiatives 2010 BMF					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					1.093.460
Total	0	0	0	0	1.148.607
Total général	5.993.230	11.922.699	17.837.635	24.077.470	25.869.336

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR)

Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	320.076	648.505	946.041	1.253.159	
b) Imagerie médicale	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Consultations, visites et avis	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Prestations spéciales	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Chirurgie	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynécologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Surveillance	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accréditation médecins	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	22	6.239	6.734	6.802	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	3.476	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) Fonds d'impulsion	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Soutien de la pratique médecine générale	432	637	685	17.093	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	0	0	0	0	
Total médecins	1.886.293	3.745.514	5.463.071	7.265.430	7.304.023
2. a) Honoraires dentaires	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accréditation	15	26	13.893	14.076	14.148
Total dentistes	204.043	402.123	599.517	804.594	822.036
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Soins par bandagistes	62.531	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Soins par opticiens	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Soins par audiciens	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Transport	0	0	0	0	238
Total	1.330.420	2.685.322	4.037.545	5.418.398	5.537.867
14. Hôpital militaire - prix all-in	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait dialyse rénale	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
Total dialyse	100.271	201.059	302.445	404.042	417.311

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	312.786	620.074	935.500	1.251.036	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329	441.974	668.759	898.829	
c) Centres de soins de jour	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Prime syndicale	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.359	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	132	438	
Total	628.583	1.233.979	1.854.695	2.484.066	2.516.463
17. Fin de carrière	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688	1.419	2.080	2.715	2.955
Total	34.613	68.129	103.192	138.113	152.897
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005	397.389	533.873	602.074
20. Fond Spécial	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopédie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
26. Patients chroniques	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Soins palliatifs	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Matériel corporel humain	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	171	339	504	700	551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Projets thérapeutiques	105	201	237	337	4.698
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	347	654	916	1.191	5.754
32. Internés	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Sevrage tabac	234	459	645	859	2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59	120	120	120	0
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	0

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	8.696
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	3.053
45. Accord social	0	65	823	8.688	18.199
46. Divers	1.539	2.003	2.684	3.255	32.678
- Gel montants réservés					70.049
- Compensation économies mars 2012					20.247
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					0
Total	0	0	0	0	145.443
Total général	6.363.652	12.612.485	18.667.167	24.984.951	25.627.379

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	305.530	635.092	930.408		
b) Imagerie médicale	281.702	581.964	856.725		
c) Consultations, visites et avis	523.660	1.014.034	1.492.545		
d) Prestations spéciales	308.588	629.042	923.746		
e) Chirurgie	282.989	588.528	865.848		
f) Gynécologie	22.401	45.755	68.263		
g) Surveillance	101.673	209.990	309.423		
h) Forfait accréditation médecins	6	8.497	12.291		
i) Forfait dossier médical	0	0	0		
j) Forfait télématique	19	2.339	4.459		
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0		
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	19.886	33.644	46.740		
m) Fonds d'impulsion	7.057	14.640	19.110		
n) Soutien de la pratique médecine générale	473	593	641		
o) Tests ADN effectués à l'étranger	240	240	240		
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	538	626	694		
Total médecins	1.854.762	3.764.984	5.531.133		7.544.861
2. a) Honoraires dentaires	211.948	419.956	613.738		826.934
b) Forfait accréditation	29	34	14.928		14.523
Total dentistes	211.977	419.990	628.666		841.457
3. Prestations pharmaceutiques	1.060.095	2.160.451	3.180.912		4.248.545
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	298.775	619.416	946.392		1.282.530
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.916	12.485	24.292		22.307
6. Soins par kinésithérapeutes	169.315	331.226	489.487		657.250
7. Soins par bandagistes	65.271	131.966	200.316		290.265
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	164.573	335.461	488.586		700.552
10. Soins par opticiens	7.163	14.061	20.531		32.687
11. Soins par audiciens	12.766	25.540	39.865		57.624
12. Accouchements par accoucheuses	4.288	8.420	12.797		17.638
13. Prix de la journée d'entretien	1.319.992	2.640.460	3.963.354		5.510.542
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.265	122.036	182.498		260.151
Transport	0	0	0		235
Total	1.378.257	2.762.496	4.145.852		5.770.928
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.694	4.386	6.377		8.098
15. Dialyse					
a) Médecins	38.652	77.024	115.267		157.208
b) Forfait dialyse rénale	36.614	73.390	109.697		156.119
c) À domicile, dans un centre	28.359	55.131	82.934		120.947
d) Dialyse de nuit	0	0			0
Total dialyse	103.625	205.545	307.898		434.274

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	325.303	656.489	993.009		
b) Maisons de repos pour personnes âgées	233.360	470.657	712.288		
c) Centres de soins de jour	5.346	10.703	16.228		
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.702	159.897	234.842		
e) Prime syndicale	2.578	4.096	4.096		
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	3.163	3.163		
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0		
Total	650.289	1.305.005	1.963.626		2.633.895
17. Fin de carrière	43.748	70.734	97.667		130.216
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	24.960	49.593	74.352		107.357
b) Initiatives d'habitation protégée	11.361	21.817	32.692		44.123
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	768	1.488	2.171		3.548
Total	37.089	72.898	109.215		155.028
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	134.091	278.394	419.639		620.727
20. Fond Spécial	313	811	1.118		14.166
21. Logopédie	21.854	43.694	60.745		83.691
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0		0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.312	15.746	23.750		32.209
24. Régularisations + Refacturation	-30.248	-52.546	-68.907		-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.243	150.106	214.554		372.949
b) MAF fiscal	0	0	0		0
Total maximum à facturer	111.243	150.106	214.554		372.949
26. Patients chroniques	22.249	40.986	67.620		98.806
27. Soins palliatifs	3.850	8.034	11.553		13.387
28. Soins palliatifs (patient)	3.878	7.624	11.252		20.589
29. Matériel corporel humain	1.881	3.655	5.178		7.325
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	174	345	542		847
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	120	224	331		329
b) COMA	99	210	321		555
c) Projets thérapeutiques	113	213	348		4.828
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	332	647	1.000		5.712
32. Internés	11.243	11.243	24.132		34.522
33. Sevrage tabac	233	466	670		1.233
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0	0		0

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0	0	0		0
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000		3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0		0
38. Maisons médicales	24.290	52.646	84.403		115.607
39. SM/SLA/Huntington	2.003	4.138	6.528		9.056
40. Patients chroniques extra	0	0	0		6.029
41. Trajets de soins	0	0	0		0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0		0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0		12.310
44. Maladies rares	0	0	0		2.071
45. Accord social	1.316	27.712	28.430		27.137
46. Divers	1.102	1.936	2.428		24.413
- Diminution financement alternatif					346.132
- Diminution financement alternatif conclave mars 2013					38.745
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					51.448
Total	0	0	0		436.325
Total général	6.396.699	12.843.701	19.091.247		26.676.586

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en %

Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	13,4	12,1	8,8	6,3
b) Imagerie médicale	13,9	11,9	8,1	4,3
c) Consultations, visites et avis	4,1	4,4	5,2	3,8
d) Prestations spéciales	9,1	8,0	6,3	4,9
e) Chirurgie	8,6	7,0	5,0	4,1
f) Gynécologie	3,3	3,7	1,6	1,0
g) Surveillance	10,4	8,8	6,9	6,6
h) Forfait accréditation médecins	104,8	250,6	70,6	55,0
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-52,2	0,9	4,1	3,9
k) Contrôle de qualité biologie clinique				-61,7
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	249,8	-16,0	-21,2	-14,4
m) Fonds d'impulsion	57,2	-46,3	-54,2	-35,2
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,5	17,5	-50,8	7,4
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
Total médecins	10,0	8,1	6,2	4,4
2. a) Honoraires dentaires	3,0	3,4	3,4	3,7
b) Forfait accréditation	114,3	116,7	5,9	5,9
Total dentistes	3,0	3,4	3,5	3,7
3. Prestations pharmaceutiques	3,9	2,8	1,0	-0,6
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,7	9,2	7,2	6,8
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,5	25,4	15,5	15,5
6. Soins par kinésithérapeutes	3,9	1,1	2,5	3,0
7. Soins par bandagistes	6,2	5,4	5,7	5,5
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	16,3	16,4	14,8	13,8
10. Soins par opticiens	0,2	2,4	2,9	2,1
11. Soins par audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	8,0
12. Accouchements par accoucheuses	3,3	6,3	4,9	4,2
13. Prix de la journée d'entretien	4,5	4,1	3,9	4,1
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	13,1	11,8	9,5	8,2
Transport				
Total	4,9	4,4	4,1	4,3
14. Hôpital militaire - prix all-in	-79,3	-50,8	-66,0	-24,0
15. Dialyse				
a) Médecins	7,0	6,6	5,0	3,4
b) Forfait dialyse rénale	8,3	8,2	6,1	4,1
c) À domicile, dans un centre	3,6	4,8	3,0	1,8
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	6,5	6,6	4,9	3,2

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,6	6,7	6,2	5,4
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,7	3,5	4,0	4,4
c) Centres de soins de jour	22,6	20,0	18,7	15,7
d) Harmonisation salariale personnel MRS	8,9	7,9	6,5	6,6
e) Prime syndicale	2,0	6,9	-41,7	-41,7
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-32,5	-40,6	-58,5	-30,5
g) Centres de jour palliatifs				58,1
Total	4,0	5,5	5,0	5,0
17. Fin de carrière	9,0	10,4	10,9	11,3
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,0	-1,1	-3,0	-2,5
b) Initiatives d'habitation protégée	13,7	13,2	11,7	8,6
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,6	12,6	8,4	5,4
Total	5,6	3,1	1,2	0,8
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	10,5	9,2	9,2	6,8
20. Fond Spécial	-80,6	-71,2	-68,6	-65,9
21. Logopédie	4,2	4,3	4,2	4,2
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,9	4,9	2,9	3,3
24. Régularisations + Refacturation	-16,1	-10,2	-13,4	-14,5
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
26. Patients chroniques	-0,5	6,5	16,3	5,5
27. Soins palliatifs	10,0	6,7	6,1	7,1
28. Soins palliatifs (patient)	11,4	10,0	10,1	10,6
29. Matériel corporel humain	33,6	22,4	21,0	20,7
30. Équipes multidisciplinaires voitures	41,3	44,3	27,0	30,8
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	-8,7
b) COMA	12,6	6,1	0,8	-2,8
c) Projets thérapeutiques	-21,6	-23,6	-41,8	-35,3
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-8,7	-11,0	-16,6	-16,4

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
32. Internés	-38,5	163,2	10,3	-5,4
33. Sevrage tabac	4,5	6,7	2,5	2,6
34. Circuit de soins psychiatriques	1,7	-90,4	-93,0	-93,2
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,9	10,2	11,2	9,2
39. SM/SLA/Huntington	17,5	14,3	16,2	18,5
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social			-89,7	-51,9
46. Divers	17,9	34,6	-2,5	-61,4
Total général	6,2	5,8	4,7	3,8

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en %				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-4,5	-2,1	-1,7	
b) Imagerie médicale	-7,0	-5,1	-3,6	
c) Consultations, visites et avis	4,6	5,4	5,8	
d) Prestations spéciales	-4,2	-2,8	-2,8	
e) Chirurgie	-2,5	1,9	3,5	
f) Gynécologie	-5,1	-3,6	-3,2	
g) Surveillance	0,9	4,4	5,0	
h) Forfait accréditation médecins	-99,9	-23,7	-20,6	
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-13,6	-62,5	-33,8	
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	15,4	18,4	13,6	
m) Fonds d'impulsion	395,6	808,2	631,3	
n) Soutien de la pratique médecine générale	9,5	-6,9	-6,4	
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
Total médecins	-1,7	0,5	1,2	
2. a) Honoraires dentaires	3,9	4,4	4,8	
b) Forfait accréditation	93,3	30,8	7,4	
Total dentistes	3,9	4,4	4,9	
3. Prestations pharmaceutiques	-6,7	-4,2	-3,5	
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	3,6	4,9	6,5	
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,4	3,4	6,7	
6. Soins par kinésithérapeutes	2,2	3,5	4,3	
7. Soins par bandagistes	4,4	1,7	2,5	
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	3,0	5,5	5,2	
10. Soins par opticiens	8,5	10,8	12,4	
11. Soins par audiciens	13,2	10,6	12,5	
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	5,1	6,0	
13. Prix de la journée d'entretien	3,8	2,9	2,7	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-0,8	1,8	2,8	
Transport	-100,00	-100,00	-100,0	
Total	3,6	2,9	2,7	

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	470,8	71,3	146,6	
15. Dialyse				
a) Médecins	1,4	1,2	1,0	
b) Forfait dialyse rénale	3,4	3,3	2,7	
c) À domicile, dans un centre	6,1	2,3	1,8	
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	3,3	2,2	1,8	
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	4,0	5,9	6,1	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	5,0	6,5	6,5	
c) Centres de soins de jour	15,6	16,2	16,5	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,8	2,6	2,3	
e) Prime syndicale	8,0	63,6	63,6	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0	-27,1	-27,1	
g) Centres de jour palliatifs			-100,0	
Total	3,5	5,8	5,9	
17. Fin de carrière	16,4	15,1	14,6	
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	6,7	7,9	6,3	
b) Initiatives d'habitation protégée	7,9	5,1	4,8	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	11,6	4,9	4,4	
Total	7,2	7,0	5,8	
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,2	4,7	5,6	
20. Fond Spécial	-69,9	-66,8	-64,2	
21. Logopédie	7,0	5,9	6,0	
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,3	4,8	7,1	
24. Régularisations + Refacturation	-10,6	-10,9	-6,0	
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,1	1,1	0,2	
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	0,1	1,1	0,2	
26. Patients chroniques	7,7	7,9	4,9	
27. Soins palliatifs	-1,9	-1,8	2,8	

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
28. Soins palliatifs (patient)	7,0	9,2	7,7	
29. Matériel corporel humain	16,6	15,6	5,6	
30. Équipes multidisciplinaires voitures	1,8	1,8	7,5	
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	11,1	17,3	9,2	
b) COMA	-26,1	-19,8	-14,6	
c) Projets thérapeutiques	7,6	6,0	46,8	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-4,3	-1,1	9,2	
32. Internés	181,0	-36,1	36,3	
33. Sevrage tabac	-0,4	1,5	3,9	
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,0	-100,0	-100,0	
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	10,3	16,4	20,5	
39. SM/SLA/Huntington	21,1	11,7	14,9	
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social		42.533,8	3.354,4	
46. Divers	-29,7	-3,3	-9,5	
Total général	0,5	1,8	2,3	

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique				
b) Imagerie médicale				
c) Consultations, visites et avis				
d) Prestations spéciales				
e) Chirurgie				
f) Gynécologie				
g) Surveillance				
h) Forfait accréditation médecins				
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique				
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)				
m) Fonds d'impulsion				
n) Soutien de la pratique médecine générale				
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
Total médecins	24,6	49,9	73,3	
2. a) Honoraires dentaires	25,6	50,8	74,2	
b) Forfait accréditation	0,2	0,2	102,8	
Total dentistes	25,2	49,9	74,7	
3. Prestations pharmaceutiques	25,0	50,9	74,9	
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,3	48,3	73,8	
5. Frais spécifiques services soins à domicile	48,9	56,0	108,9	
6. Soins par kinésithérapeutes	25,8	50,4	74,5	
7. Soins par bandagistes	22,5	45,5	69,0	
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	23,5	47,9	69,7	
10. Soins par opticiens	21,9	43,0	62,8	
11. Soins par audiciens	22,2	44,3	69,2	
12. Accouchements par accoucheuses	24,3	47,7	72,6	
13. Prix de la journée d'entretien	24,0	47,9	71,9	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	22,4	46,9	70,2	
Transport	0,0	0,0	0,0	
Total	23,9	47,9	71,8	

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013 - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	33,3	54,2	78,7	
15. Dialyse				
a) Médecins	24,6	49,0	73,3	
b) Forfait dialyse rénale	23,5	47,0	70,3	
c) À domicile, dans un centre	23,4	45,6	68,6	
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	23,9	47,3	70,9	
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins				
b) Maisons de repos pour personnes âgées				
c) Centres de soins de jour				
d) Harmonisation salariale personnel MRS				
e) Prime syndicale				
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
Total	24,7	49,5	74,6	
17. Fin de carrière	33,6	54,3	75,0	
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	23,2	46,2	69,3	
b) Initiatives d'habitation protégée	25,7	49,4	74,1	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	21,6	41,9	61,2	
Total	23,9	47,0	70,4	
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,6	44,8	67,6	
20. Fond Spécial	2,2	5,7	7,9	
21. Logopédie	26,1	52,2	72,6	
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,8	48,9	73,7	
24. Régularisations + Refacturation	32,3	56,1	73,6	
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	29,8	40,2	57,5	
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	29,8	40,2	57,5	
26. Patients chroniques	22,5	41,5	68,4	
27. Soins palliatifs	28,8	60,0	86,3	
28. Soins palliatifs (patient)	18,8	37,0	54,7	
29. Matériel corporel humain	25,7	49,9	70,7	

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013 - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	20,5	40,7	64,0	
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	36,5	68,1	100,6	
b) COMA	17,8	37,8	57,8	
c) Projets thérapeutiques	2,3	4,4	7,2	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	5,8	11,3	17,5	
32. Internés	32,6	32,6	69,9	
33. Sevrage tabac	18,9	37,8	54,3	
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0	100,0	
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	21,0	45,5	73,0	
39. SM/SLA/Huntington	22,1	45,7	72,1	
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	
44. Maladies rares	0,0	0,0	0,0	
45. Accord social	4,8	102,1	104,8	
46. Divers	4,5	7,9	9,9	
Total général	24,0	48,1	71,6	

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

Libellé	Décembre 2012 (1)	Mars 2013 (2)	Juin 2013 (3)	Septembre 2013 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	6,27	1,76	-0,76	-1,45
b) Imagerie médicale	4,28	-0,87	-4,08	-4,20
c) Consultations, visites et avis	3,82	3,96	4,34	4,34
d) Prestations spéciales	4,92	1,52	-0,50	-1,90
e) Chirurgie	4,12	1,26	1,53	3,05
f) Gynécologie	1,00	-1,10	-2,57	-2,63
g) Surveillance	6,57	4,11	4,36	5,18
h) Forfait accréditation médecins	55,00	-28,69	-25,72	-22,07
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	3,89	4,23	-56,06	-33,52
k) Contrôle de qualité biologie clinique	-61,70	-61,70	-61,70	-61,70
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-14,40	-24,68	2,39	14,00
m) Fonds d'impulsion	-35,21	36,13	217,33	450,18
n) Soutien de la pratique médecine générale	7,42	7,67	6,51	12,13
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
Total médecins	4,45	1,50	0,67	0,77
2. a) Honoraires dentaires	3,71	3,94	4,24	4,74
b) Forfait accréditation	5,94	5,98	5,85	7,48
Total dentistes	3,74	3,98	4,26	4,79
3. Prestations pharmaceutiques	-0,64	-3,31	-4,13	-3,99
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	6,77	5,75	4,70	6,25
5. Frais spécifiques services soins à domicile	15,48	15,20	4,57	6,71
6. Soins par kinésithérapeutes	2,99	2,55	4,22	4,28
7. Soins par bandagistes	6,93	4,70	3,20	4,39
8. Soins par orthopédistes	4,43	5,38	4,04	2,08
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	13,78	10,17	8,20	6,57
10. Soins par opticiens	2,14	4,50	6,62	9,45
11. Soins par audiciens	8,01	12,82	15,61	17,54
12. Accouchements par accoucheuses	4,17	5,34	3,64	4,99
13. Prix de la journée d'entretien	4,12	3,95	3,55	3,20
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,24	4,76	3,25	3,23
Transport				
Total	4,30	3,98	3,54	3,20

(1) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)

(2) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)

(3) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

(4) Septembre 2013 = (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012) / (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011)

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

Libellé	Décembre 2012 (1)	Mars 2013 (2)	Juin 2013 (3)	Septembre 2013 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	-24,01	23,16	32,56	148,19
15. Dialyse				
a) Médecins	3,43	2,05	0,83	0,46
b) Forfait dialyse rénale	4,10	2,92	1,82	1,64
c) À domicile, dans un centre	1,77	2,42	0,63	0,86
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	3,21	2,46	1,13	0,99
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,44	5,02	5,04	5,46
b) Maisons de repos pour personnes âgées	4,37	5,48	5,88	6,29
c) Centres de soins de jour	15,66	14,14	14,08	14,40
d) Harmonisation salariale personnel MRS	6,62	4,36	3,86	3,43
e) Prime syndicale	-41,70	-37,95	-8,06	63,60
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-30,54	-49,71	-22,08	11,15
g) Centres de jour palliatifs	58,12	58,12	58,12	-25,18
Total	4,98	4,83	5,13	5,65
17. Fin de carrière	11,28	13,97	14,02	14,19
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	-2,52	-1,35	1,85	4,49
b) Initiatives d'habitation protégée	8,61	7,23	4,76	3,71
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	5,44	4,56	1,83	2,56
Total	0,76	1,22	2,71	4,21
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	6,77	5,54	4,57	4,22
20. Fond Spécial	-65,92	-56,34	-58,97	-59,88
21. Logopédie	4,21	4,97	5,12	5,53
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,28	3,66	3,23	6,46
24. Régularisations + Refacturation	-14,51	-12,42	-15,21	-8,56
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-0,50	4,03	3,83	2,50
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	-0,50	4,03	3,83	2,50

(1) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)
(2) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)
(3) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)
(4) Septembre 2013 = (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012) / (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011)

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

Libellé	Décembre 2012 (1)	Mars 2013 (2)	Juin 2013 (3)	Septembre 2013 (4)
26. Patients chroniques	5,49	7,47	6,12	-1,23
27. Soins palliatifs	7,10	3,22	1,29	3,96
28. Soins palliatifs (patient)	10,57	9,37	10,13	8,72
29. Matériel corporel humain	20,73	16,99	17,36	8,94
30. Equipes multidisciplinaires voitures	30,84	20,17	10,49	14,95
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-8,68	-1,04	8,67	2,06
b) COMA	-2,80	-12,43	-15,73	-14,31
c) Projets thérapeutiques	-35,32	-29,88	-23,97	27,64
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-16,36	-15,46	-11,84	2,66
32. Internés	-5,39	28,51	-45,33	9,59
33. Sevrage tabac	2,63	1,30	0,00	3,63
34. Circuit de soins psychiatriques	-93,24	-96,56	-100,00	-100,00
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,00	0,00	0,00	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	9,18	8,65	12,33	16,22
39. SM/SLA/Huntington	18,45	19,32	16,79	17,18
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social	-51,94	-44,66	100,29	231,92
46. Divers	-61,44	-67,75	-64,40	-64,18
Total général	3,77	2,33	1,81	2,02

(1) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)

(2) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)

(3) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

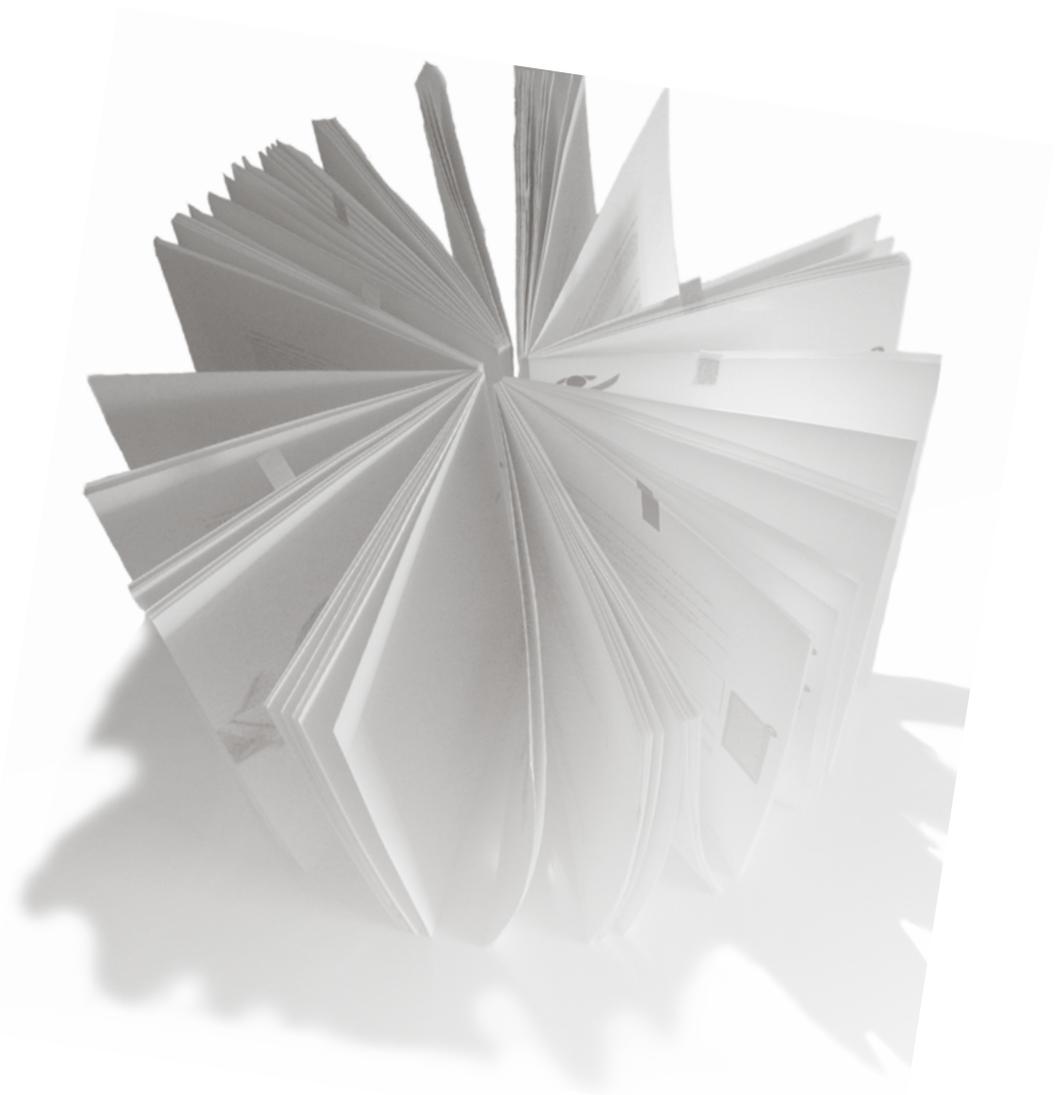
(4) Septembre 2013 = (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012) / (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011)

II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médecins										
- Médecins de médecine générale	18.378	18.217	18.028	17.934	17.909	17.986	18.027	18.070	18.214	18.352
- Médecins spécialistes	19.836	20.372	20.801	21.459	22.020	22.406	22.768	23.170	23.500	23.734
Pharmaciens	11.618	11.882	12.109	12.305	12.602	12.892	13.201	13.546	13.880	14.321
Dentistes	8.660	8.655	8.714	8.643	8.668	8.681	8.822	8.880	8.996	9.148
Accoucheuses	5.083	5.299	5.466	5.504	5.592	5.640	5.897	6.203	6.518	6.873
Infirmières	62.190	64.190	65.946	62.701	64.744	67.373	68.160	70.828	73.750	77.044
Kinésithérapeutes	28.252	24.935	25.406	25.683	26.123	26.514	27.059	27.672	28.423	29.386
Logopèdes	3.922	4.252	4.148	4.465	4.856	5.225	5.671	6.140	6.692	7.136
Orthoptistes	86	89	94	93	100	104	107	109	109	112
Orthopédistes	559	434	454	475	482	504	517	553	576	585
Bandagistes	8.653	7.533	7.786	7.918	8.089	8.278	8.416	8.511	8.683	8.877
Bandagistes (implants)	836	888	906	920	930	961	1.008	1.020	1.022	1.054
Opticiens	3.306	3.326	3.255	3.263	3.320	3.374	3.457	3.530	3.563	3.616
Audiciens	1.039	1.085	1.107	1.137	1.177	692	773	847	951	1.137
Pharmaciens-biologistes	583	593	598	595	603	609	616	623	628	640

8^e Partie

Prix des publications



Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014 (en EUR)

1. Bulletin d'information INAMI

Revue: paraît 4 fois par an 32,00



Le bulletin d'information est aussi disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-Rom 5,00
À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible 5,00

a. Loi coordonnée du 14 juillet 1994

Mises à jour 2014 25,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 52,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Mises à jour 2014 5,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 22,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 12,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 14,00

d. Prestations de santé (règlement)

Mises à jour 2014 6,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 18,00

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 13,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables ... 58,00

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Mises à jour 2014	6,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeable ... 12,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeable . 168,00
Mises à jour 2014	52,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Textes de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeable ... 87,00
Mises à jour 2014	28,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi coordonnée du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003 et arrêtés d'exécution
- règlement des indemnités du 16 avril 1997 et arrêtés d'exécution.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeable .. 68,00
Mises à jour 2014	45,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeable .. 49,00
Mises à jour 2014	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, accès à partir de la page d'accueil du site.

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

4. Information technique

Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille	0,12
Abonnement ²	Provision de 50,00
Index 1964-2012.....	CD-Rom 6,00

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI, disponible uniquement via le site internet de l'INAMI (version imprimable)

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochure gratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliant gratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant, selon disponibilité gratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Edition juin 2014.....gratuit

f. Liste des offices de tarification agréés gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) 12,50



Les publications reprises au point 5 (a à e) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

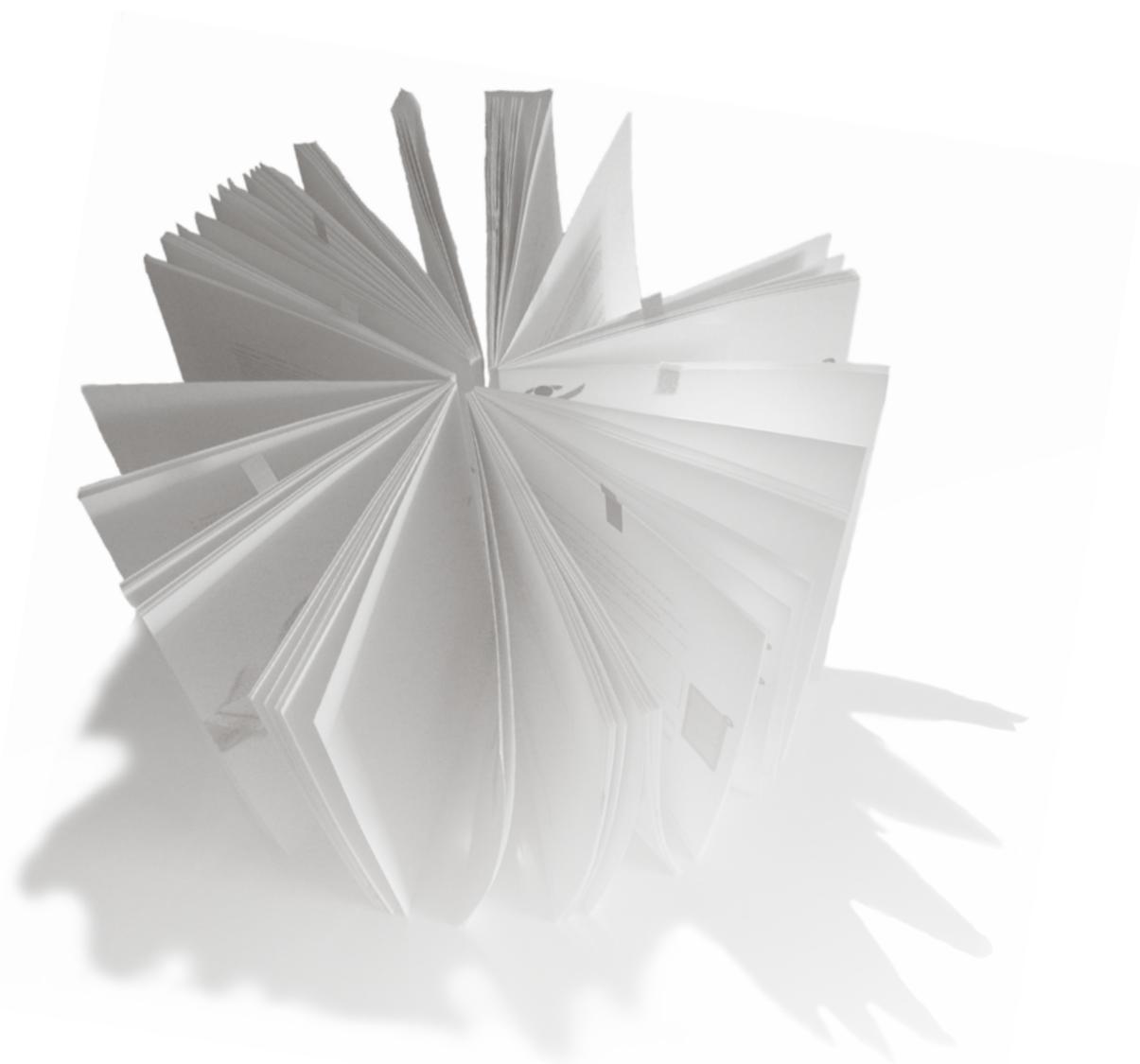
2. Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2014.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail : abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 73 87, e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : bib@inami.fgov.be

 Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au CCP: IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la publication souhaitée.

Sommaire de l'année 2013



Sommaire général - Année 2013

1^{re} Partie - Études¹

L'appel Synopsis pour une gestion efficace du contentieux au sein de l'INAMI, par S. Stevens	6
Organisation et financement des postes de garde de médecine générale en Belgique Développement d'un modèle de financement, par C. Van Loon	152
Suivi des mutations par le Service du contrôle administratif de l'INAMI, par A. Taelmans, J. Demey et D. Marcelis	384

2^e Partie - Évolution de la législation

Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	
<ul style="list-style-type: none"> • 4^e trimestre 2012 • 1^{er} trimestre 2013 • 2^e trimestre 2013 • 3^e trimestre 2013 	40 196 276 392

3^e Partie - Jurisprudence

Conseil d'État

Conseil d'État, 2 octobre 2013 Prestation non effectuée - Double facturation d'une même prestation - Infraction matérielle - Absence de cause de justification ou d'excuse	288
--	-----

Cour de cassation

Cour de cassation, 8 avril 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 191, alinéa 1 ^{er} , 15 ^o Financement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Cotisations sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques - Calcul	67
---	----

1. Les articles signés n'engagent que leur(s) auteurs..

Cour de cassation, 16 décembre 2013 Arrêté royal du 20 juillet 1971, articles 6, 1 ^o , 10, §§ 3 et 59 - Régime des travailleurs indépendants - Notion d'incapacité de travail - Incapacité primaire	410
Cour du travail	
Cour du travail de Bruxelles, 19 janvier 2012 Règlement du 17 mars 1999, articles 6, 7 et 8 Renonciation à la récupération de l'indu - Notion de ménage	74
Cour du travail de Gand, section de Bruges, 12 octobre 2012 Le fait qu'une assurée souffre du SFC, ne signifie pas nécessairement qu'elle répond de ce fait aux conditions prévues par l'article 100, § 1 ^{er} , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. C'est donc l'incidence fonctionnelle des plaintes sur la capacité de gain qui permettra de déterminer si l'intéressée peut continuer à être reconnue incapable de travailler. L'affirmation simple de l'assurée, selon laquelle les personnes souffrant du SFC ne sont plus à même de faire des efforts, n'a pas été démontrée et n'est d'ailleurs pas fondée sur le plan scientifique. Le fait que l'expert ait mentionné dans sa requête adressée à la Cour du travail que les séances prévues n'avaient pas eu lieu pour cause de "maladie" (terme placé entre guillemets) dans le chef de l'assurée ne permet pas de conclure à l'absence d'objectivité ou au parti pris de l'expert	223
Cour du travail d'Anvers, section d'Anvers, 11 décembre 2012 Code judiciaire, article 978 - Expertise - Conclusions expert	226
Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 20 décembre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 - Incapacité de travail <i>ad futurum</i>	227
Cour du travail de Bruxelles, 11 janvier 2013 Au-delà de la première année d'incapacité de travail, il faut que le travailleur indépendant soit reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement (tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle)	78
Cour du travail de Bruxelles, 7 mars 2013 Code judiciaire, articles 2, 52, 53 et 867 Loi du 14 juillet 1994, article 23, § 3 A.R. du 3 juillet 1996, articles 138, 139 et 142 Nature du délai d'introduction de la demande - Pas de prolongation	312
Cour du travail de Bruxelles, 20 mars 2013 Autorité de la chose jugée Code judiciaire, article 700, alinéa 2 - Recevabilité - Application de la loi dans le temps	306
Cour du travail de Bruxelles, 29 avril 2013 Arrêté royal du 3 juillet 1996, articles 325, 326, §§ 1 ^{er} et 3, c et 327 - Non récupération de l'indu - Inscription en frais d'administration	303

Cour du travail de Bruxelles, 20 juin 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 Reprise d'une activité non autorisée Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, alinéa 4 Récupération de l'indu - Prescription quinquennale - Intention frauduleuse	216
Cour du travail d'Anvers, Section de Hasselt, 27 juin 2013 Article 100, § 1 ^{er} , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Critères d'évaluation de l'incapacité de travail - Mentions qui doivent figurer sur le certificat médical présenté par l'assuré pour l'évaluation pertinente de l'incapacité de travail - Rôle des circonstances socio-familiales	300
Cour du travail d'Anvers, 10 septembre 2013 Articles 100, § 1 ^{er} , et 168 <i>quinquies</i> , § 2, 3 ^o et § 3, premier alinéa, 1 ^o , de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Exercice d'activités non autorisées - Petites annonces	292
Cour du travail de Bruxelles, 17 octobre 2013 Arrêté royal du 3 juillet 1996, article 327, § 2, alinéa 1 ^{er} , b) - Dispense d'inscription en frais d'administration - Récupération de l'indu par l'organisme assureur	409
Cour du travail de Bruxelles, 4 décembre 2013 Code judiciaire, articles 978, § 1 ^{er} , alinéa 2 et 991 - Frais et honoraires d'expertise - Délais de contestation Arrêté royal du 14 novembre 2003, article 1 ^{er} , alinéa 1 ^{er} , 2 ^o - Frais et honoraires d'expertise - Maisons de repos - Catégories de dépendance	421
Cour du travail de Bruxelles, 18 décembre 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 167, alinéa 2 - Nature du délai de recours Code civil, articles 2244 et 2247 - Interruption et suspension du délai de recours Constitution, article 159 - Principe de légalité	413
Tribunal du travail	
Tribunal du travail de Bruges, 19 décembre 2012 L'expert judiciaire peut être remplacé dès lors que celui-ci communique par courrier qu'il n'est pas en mesure de poursuivre l'expertise, étant donné qu'il pourrait être tenté d'attribuer le même score que lors de sa précédente évaluation de la perte d'autonomie de l'intéressé	225
Tribunal du travail de Bruxelles, 14 mars 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 34, alinéas 2 et 73 Caractère expérimental - Aléa thérapeutique	62
Tribunal de travail de Bruges, 24 avril 2013 Code judiciaire, article 1022 Indemnité de procédure - Délégué syndical	81
Tribunal de travail de Bruxelles, 6 juin 2013 Prescription	423

Tribunal du travail de Courtrai, Section de Courtrai, 4 septembre 2013 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - SCF - Effort physique supplémentaire - Travail à mi-temps - Catégorie de professions	299
Tribunal du travail de Termonde, Section de Saint-Nicolas, 10 septembre 2013 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Loi du 11 avril 1995, article 20 Indemnités d'incapacité de travail - Allocations de chômage - Intérêts judiciaires	295
Tribunal du travail de Termonde, Section de Saint-Nicolas, 10 septembre 2013 Article 100, § 1 ^{er} , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Critères d'évaluation de l'incapacité de travail - La capacité de travail à temps plein n'est pas un critère d'évaluation de l'incapacité de travail	297

4^e Partie - Questions et réponses parlementaires

Plan fédéral de lutte contre la pauvreté Octroi automatique de droits sociaux - Projets et mesures pour simplifier l'octroi de droits sociaux	84
Médecine factuelle Suivi et évaluation des études cliniques - Industrie pharmaceutique - Impact sur le comportement prescripteur - Politique en matière de psychotropes - Utilisation chez les enfants	87
Premier Plan Cancer Stratégie - Mesures et projets - Financement	89
Médicaments biosimilaires Efforts pour encourager leur utilisation - Impact financier pour les hôpitaux - Remboursement en catégorie F des EPO biosimilaires	92
Observatoire des maladies chroniques Composition - Missions	94
Tabacologues Chiffes des professionnels de santé exerçant en tant que tabacologues - Répartition par région	96
Prestataires de soins non-conventionnés Honoraires - Attestations de soins délivrées aux patients - Renseignements à fournir par le médecin sur l'attention de soins donnés	97
Fraude sociale Point central de contact	230
Médicaments génériques Utilisation en milieu hospitalier	231
Projet "Back to work" Economies réalisées	318

Point de contact national belge "Info Soins de santé transfrontaliers.be"	321
Syndrome d'Asperger Dépistage, diagnostic et suivi - Rôle des centres de référence pour les troubles du spectre autistique	322
Prescription médicale informatisée Généralisation	324
Information pseudo-médicale Applications médicales - Sites web - Campagnes d'information - EBMPracticeNet	428
Statut de conventionnement du médecin Affichage - Obligation légale - Contrôle	430
Commission de remboursement des Médicaments Conditions de remboursement - Définition des groupes-cibles de patients	432
Cyber-attaques Politique de sécurité de l'information à l'INAMI - Mesures de protection	433
CAAMI Membres - Affiliation d'office	436

5^e Partie - Directives de l'INAMI

Article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Reprise d'un travail adapté - Suppression du caractère préalable de l'autorisation du médecin-conseil	100
Déclaration sur l'honneur d'une personne à charge	328
Article 294, § 1 ^{er} , 14 ^o , deuxième alinéa, sous a), 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 Liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable	334
Addendum à la circulaire O.A. n° 2011/24-406/8 du 17 janvier 2011 concernant la procédure de régularisation en cas de reprise d'un travail non autorisé par un titulaire reconnu en incapacité de travail	335
Statut de personne atteinte d'une affection chronique	440

6^e Partie - Données de base

Revalorisation des indemnités - Adaptations	114
Modification du tableau III : Salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE) - Corrigendum	118 et 459

Statut OMNIO - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	234
Statut BIM - Moyenne des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 ^{er} , 5 ^o et 6 ^o) pour l'année 2013	235
Statut BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 ^{er} , 5 ^o et 6 ^o) à partir du 1 ^{er} septembre 2013	236
Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3 ^e al. de l'A .R. du 03.07.1996) - Résidents, indexation et moyenne annuelle	237
Revalorisation des prestations au 1 ^{er} septembre 2013	344
Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)	349
Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	456
Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2014	457
Frais de transport en ambulance - Aide médicale urgente - Tarifs au 1 ^{er} janvier 2014 - SPF Santé publique	458

7^e Partie - Statistiques

Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé	
• Année 2012	122
• 1 ^{er} trimestre 2013	240
• 1 ^{er} semestre 2013	352
• 3 ^e trimestre 2013	464
Évolution du nombre de dispensateurs de soins	485

8^e Partie - Bibliographie

Les soins de santé : bien plus que de la médecine	262
European Yearbook of Disability Law - Volume 4	262

9^e Partie - Prix des publications

Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013 et 2014	144, 266, 374 et 488
---	----------------------

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
M. Jan Demey
Mme Nancy De Marneffe
Mme Christel Heymans
Mme Linda Maesen
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
M. Youssef Elboutaibe
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

4 numéros par an - 32 EUR
IBAN : BE 84 6790 2621 5359
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726