

4^e trimestre 2014

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Objectif budgétaire¹

Pour 2015, l'objectif budgétaire global pour les soins de santé est fixé à 23 846 820 000 EUR.

À partir de 2016, le montant de l'objectif budgétaire annuel global correspond au montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente, majoré d'une norme de croissance réelle de 1,5 %, ainsi que du montant qui correspond au surcoût dans l'année budgétaire de l'indexation des salaires, des interventions de l'assurance, des tarifs et des prix tels que prévus dans les dispositions réglementaires.

Pour l'année 2016, le montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente est en outre d'abord diminué de l'incidence du financement des investissements dans l'infrastructure et les services médicotecniques des hôpitaux.

2. Médicaments

a. Cotisations sur le chiffre d'affaires

Pour 2015, la loi-programme règle la perception des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2015 comme suit : ²

- la cotisation de base qui est prévue depuis 2006 est maintenue en 2015, avec un pourcentage de 6,73 %
- la cotisation contributive de 1 % qui a pour objectif de faire contribuer les firmes pharmaceutiques au maintien de la situation budgétaire est maintenue en 2015
- la cotisation orpheline, prévue pour faire contribuer les médicaments orphelins ayant un chiffre d'affaires de plus de 3 millions aux dépenses découlant de la solidarité, est également maintenue.

b. Contribution sur le marketing

La contribution a été introduite pour compenser l'effet négatif de la publicité sur l'augmentation du nombre de prescriptions de médicaments remboursables. Cette contribution est maintenue en 2015.³

1. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 142.

2. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 148-150.

3. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 151.

3. Saut d'index

Au cours de l'année civile 2015, aucune indexation ne sera appliquée sur les honoraires, les interventions, les tickets modérateurs, les plafonds des tickets modérateurs et les prix.⁴

4. Traitements expérimentaux

L'intervention pour la technologie expérimentale permettant de traiter les cellules dendritiques (les cellules de soutien, par ex. du tissu nerveux ou de la peau) afin d'obtenir un vaccin thérapeutique envisagé pour le traitement de patients souffrant d'un gliome de haut grade de malignité ou d'un mélanome malin, est prolongée jusqu'au 1^{er} octobre 2015.⁵

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Régime du tiers payant

La loi du 19 décembre 2014 instaure le principe de la facturation électronique aux organismes assureurs pour l'application du régime du tiers payant.⁶ Étant donné que la facturation électronique aux organismes assureurs dans le cadre de MyCarenet n'est actuellement pas encore disponible pour toutes les catégories de dispensateurs de soins, le Roi est compétent pour fixer la date à laquelle ce sera effectivement le cas pour une catégorie de dispensateurs de soins. Le dispensateur de soins qui fait partie d'une catégorie pour laquelle la disponibilité de la facturation électronique aux organismes assureurs dans le cadre de MyCarenet a été fixée par le Roi bénéficiera d'une période de transition de 2 ans, à compter de la date fixée par le Roi, pour passer au système de facturation électronique dans le cadre du régime du tiers payant.

En outre, le Roi est également habilité à rendre obligatoire l'application du régime du tiers payant pour les prestations de santé qu'il détermine et qui sont effectuées par des médecins généralistes pour des bénéficiaires de l'intervention majorée.

4. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 152.

5. A.R. du 19.09.2014 modifiant l'A.R. du 04.12.2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, alinéa premier, 2^e, de la loi SSI, pour le traitement du gliome de haut grade de malignité par immunothérapie au moyen d'une technique de cellules dendritiques autologues et pour le traitement du mélanome malin par immunothérapie au moyen d'une technique de cellules dendritiques autologues, M.B. 01.10.2014 (Éd. 2), p. 77595.

6. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 136, 137 et 139.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

MYCARENET

Le 1^{er} avril 2014, la force probante a été attachée aux documents électroniques concernant les données suivantes :⁷

- accords médecins-conseils - médicaments chapitre IV
- service assurabilité
- gestion du DMG
- consultation des tarifs
- service facturation.

L'équivalent papier pour ces données reste également valable.

b. Pharmaciens

La loi-programme du 19 décembre 2014 ajoute pour les pharmaciens un principe qui est déjà d'application dans d'autres secteurs dans lesquels les honoraires sont fixés par accord ou convention.⁸

L'indexation des honoraires du pharmacien pour les médicaments à usage humain ou l'affectation de la masse d'indexation ne peuvent avoir lieu que si l'existence de cette masse a été constatée au préalable.

3. Prestations

La loi coordonnée prévoit le principe suivant : les frais de déplacement, les frais de personnel, les frais liés à l'utilisation de locaux, les frais pour l'acquisition, la modernisation, les réparations importantes et l'entretien de l'équipement nécessaire, les frais pour le matériel et les biens de consommation médicale ainsi que les frais administratifs et les frais liés à la fourniture de documents prévus par ou en vertu de la loi notamment sont compris dans les tarifs fixés par l'assurance obligatoire pour les prestations de santé (sauf les exceptions prévues par ou en vertu de la loi).⁹

a. Médecins

Les tarifs du ticket modérateur sont simplifiés à partir 1^{er} janvier 2015.¹⁰

7. Règlement du 17.03.2014 portant exécution des art. 9*bis* et 22, 11°, de la loi SSI, M.B. 25.11.2014 (Éd. 2), p. 91895.

8. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 145.

9. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 138.

10. A.R. du 19.12.2014 modifiant l'art. 37*bis* de la loi SSI, M.B. 29.12.2014 (Éd. 3), p. 106452 et A.R. du 19.12.2014 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. 29.12.2014 (Éd. 3), p. 106451.

- Pour une consultation chez un médecin-spécialiste, un ticket modérateur fixe de 3 EUR est prévu pour les bénéficiaires du régime préférentiel et de 12 EUR pour les autres bénéficiaires
- Pour la consultation d'un spécialiste le samedi, le dimanche, ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures, un supplément de 1,5 EUR est dû pour les bénéficiaires du régime préférentiel et de 6 EUR pour les autres bénéficiaires.

b. Praticiens de l'art dentaire

À partir du 1^{er} décembre 2014, la nomenclature de l'art dentaire est modifiée en ce qui concerne les radiographies panoramiques pour les jeunes de moins de 18 ans ainsi qu'en ce qui concerne l'endodontie sur les dents de lait.¹¹

- La réglementation telle qu'elle s'applique aux adultes est dès lors étendue aux bénéficiaires de moins de 18 ans. Il y a 1 remboursement par 2 années civiles, sauf en cas de trauma de la sphère oro-faciale
- La radiographie de contrôle lors d'un traitement du canal radiculaire n'est plus obligatoire pour les dents de lait.

c. Bandagistes

Une règle interprétative confirme que les aides à la mobilité fabriquées ou modifiées sur mesure ne doivent pas figurer sur la liste des produits admis au remboursement pour qu'un remboursement soit prévu.¹² Il s'agit d'interventions forfaitaires pour le surcoût engendré par l'adaptation d'accessoires prévus dans la nomenclature, tels que des repose-jambes, des accoudoirs, des tablettes, etc.

d. Médicaments

REMBOURSEMENT DE RÉFÉRENCE

À partir du 8 janvier 2015, quelques dispositions sont modifiées dans la base légale du système de remboursement de référence.¹³

- Introduction, le 1^{er} mars 2015, d'une diminution supplémentaire de 6 % de la base de remboursement pour les spécialités de référence pour lesquelles l'ouverture initiale du cluster a eu lieu il y a déjà six ans (en d'autres termes au plus tard le 01.04.2009)
- Cette adaptation s'applique également aux génériques et aux copies
- Pour les spécialités qui bénéficient d'une exception à l'application du système de remboursement de référence, mais pour lesquelles la base de remboursement est tout de même diminuée de la moitié du pourcentage de la diminution classique, telles que les formes injectables et les spécialités, une diminution supplémentaire unique de 3 % est appliquée le 1^{er} mars 2015.

11. A.R. du 25.09.2014 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. 15.10.2014 (Éd. 2), p. 80149, et le corrigendum, M.B. 25.11.2014 (Éd. 2), p. 91904 et A.R. du 25.09.2014 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. 15.10.2014 (Éd. 2), p. 80152.

12. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 17.11.2014, M.B. 15.12.2014, p. 101297.

13. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 143-144.

PRESCRIPTIONS MEILLEUR MARCHÉ

La définition de “prescrire bon marché” est modifiée à partir du 1^{er} janvier 2015.¹⁴

Les spécialités originales, les génériques ou les copies qui ressortissent au remboursement de référence doivent dorénavant être prescrits en DCI ou faire partie du groupe des médicaments les moins chers, comme cela s’applique dans la mesure délivrance du médicament le moins cher en DCI.

Les produits qui ne s’alignent pas sur ces prix continuent d’être remboursés mais n’entrent plus en ligne de compte pour les nouveaux quotas de prescription “les moins chers”. De cette façon, le prescripteur est encouragé à prescrire le moins cher possible et les patients chroniques ne doivent pas changer de médicament en cours de traitement à la suite de l’introduction de cette mesure.

Les quotas des prescripteurs seront fixés par arrêté royal après concertation au sein des différentes commissions. Vu la modification de la définition de “prescrire bon marché”, un certain temps est en effet nécessaire pour permettre aux prescripteurs de prendre connaissance des nouvelles règles et pour modifier leur comportement.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE

En attendant le remboursement d’un nouveau médicament contre l’hépatite C, pour lequel la procédure a déjà été entamée à la Commission de remboursement des médicaments, la ribavirine peut être remboursée sans autorisation préalable et sans obligation d’association avec l’interféron.¹⁵

e. Conventions bilatérales en matière de sécurité sociale

La Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République fédérative du Brésil est entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2014.¹⁶ Cette convention, qui règle l’application des législations belges et brésiliennes de sécurité sociale s’applique aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants.

Cette convention ne s’applique cependant pas aux prestations de l’assurance obligatoire soins de santé. Elle prévoit, sous certaines conditions, le remboursement des soins de santé dispensés pendant un séjour temporaire dans l’autre pays ou en cas d’installation dans l’autre pays. Le remboursement des soins de santé dispensés au Brésil est effectué aux conditions visées à l’article 294 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996.

14. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 146-147.

15. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 22.12.2014, M.B. 31.12.2014, (Éd. 2), p. 107166.

16. Loi du 19.01.2014 portant assentiment à la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République fédérative du Brésil, signée à Bruxelles le 04.10.2009, M.B. 21.11.2014, p. 91385 et Arrangement administratif relatif à l’application de la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République fédérative du Brésil, M.B. 05.12.2014, (Éd. 2), p. 96535.

III. Indemnités

1. Mesures prévues par la loi-programme du 19 décembre 2014

La loi-programme du 19 décembre 2014 prévoit 4 mesures importantes dans le secteur des indemnités¹⁷.

a. La réinsertion socioprofessionnelle

En vue de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail, il est stipulé que très rapidement après le début de l'incapacité de travail le médecin-conseil de l'organisme assureur établit un plan de réinsertion multidisciplinaire pour le titulaire dont la réinsertion peut être envisagée au vu de ses capacités restantes. À cette fin, le médecin-conseil prendra contact avec les acteurs concernés. Ce plan sera par ailleurs suivi de manière régulière. Le Roi doit déterminer le contenu et les conditions du plan de réinsertion ainsi que les modalités de son suivi régulier.

b. Détermination de la rémunération perdue comme base de calcul des indemnités

La loi-programme confère au Roi une compétence limitée dans le temps - plus précisément pendant un an (2015) - pour déterminer la rémunération perdue qui servira de base au calcul des indemnités à charge de l'assurance indemnités et maternité. Contrairement à la situation actuelle où l'indemnité est calculée sur la base de la rémunération perdue telle que constatée au début du risque, le nouveau calcul se fait sur la base de la période de référence des quatre trimestres qui précèdent celui au cours duquel le risque se manifeste.

c. Stage d'attente

Pour pouvoir prétendre aux indemnités d'incapacité de travail, le titulaire doit accomplir un stage d'attente de six mois au cours duquel il doit prouver un volume de travail et un montant salarial suffisants. Ce volume de travail comporte 120 jours de travail ou jours assimilés pour un travailleur salarié à temps plein et 400 heures de travail ou heures assimilées pour un travailleur salarié à temps partiel. Il est prévu de prolonger ce stage d'attente de 6 mois à 12 mois. Cette prolongation résulte de la constatation selon laquelle un stage d'attente de six mois n'est pas en accord avec un droit prolongé aux indemnités d'incapacité de travail qui pour certains titulaires peut totaliser plusieurs années voire durer jusqu'à l'âge de la pension. Le Roi est compétent pour fixer la date d'entrée en vigueur de cette mesure. Les conditions d'ouverture du droit aux indemnités de maternité (120 jours de travail ou jours assimilés ou 400 heures de travail ou heures assimilées pendant un stage d'attente de six mois) demeurent inchangées.

17. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 153-169.

d. Mesure de limitation pour le titulaire chômeur en incapacité de travail

Avant le 1^{er} janvier 2015, la “mesure d’alignement” pure et simple est applicable au titulaire chômeur reconnu en incapacité de travail pendant les six premiers mois de l’incapacité de travail. Cette mesure implique qu’il a droit à une indemnité d’incapacité de travail dont le montant est égal à celui de l’allocation de chômage qu’il aurait perçue s’il n’avait pas été reconnu en incapacité de travail. Pour les incapacités de travail qui débutent à partir du 1^{er} janvier 2015, cette “mesure d’alignement” est uniquement applicable dans les situations où le montant de l’allocation de chômage est inférieur ou égal au montant de l’indemnité d’incapacité de travail. Si le montant de l’allocation de chômage est supérieur au montant de l’indemnité d’incapacité de travail, c’est le montant de l’indemnité d’incapacité de travail qui est octroyé (“mesure de limitation”). Pour l’octroi des indemnités de maternité, la “mesure d’alignement” pure et simple demeure applicable.

2. Calcul des indemnités dans quelques situations particulières

La réglementation concernant le calcul des indemnités a été modifiée pour tenir compte de certaines situations particulières¹⁸.

a. Travailleurs occasionnels dans le secteur de l’horeca

Pour les travailleurs occasionnels dans le secteur de l’horeca qui remplissent les conditions pour bénéficier du forfait réduit et qui sont déclarés sous les numéros de fonction 94 (travailleur rémunéré par jour) ou 95 (travailleur rémunéré par heure), le salaire journalier moyen n’est pas égal à la rémunération soumise à cotisations sociales (forfait réduit) mais égal à la rémunération pour le numéro de fonction “55” (“garçon de café”).

b. Octroi d’une allocation d’insertion, d’une allocation de formation, d’une allocation de stage ou d’une allocation d’établissement le dernier jour de la possession de la qualité de titulaire ou le jour précédant le début d’une période d’assurance continuée

Les indemnités sont uniquement dues au titulaire à condition qu’il n’y ait pas eu de période ininterrompue de plus de trente jours entre le jour du début de son incapacité de travail et le dernier jour d’une période au cours de laquelle il avait la qualité de titulaire (“règle des trente jours”). Il est désormais précisé que l’indemnité doit être calculée sur la rémunération perdue égale au salaire minimum constaté par le comité paritaire national auxiliaire pour employés à la date de début de l’incapacité de travail pour un employé de la catégorie I ayant une expérience professionnelle de niveau 0 si l’intéressé, en application de la règle des “trente jours” maintient son droit aux indemnités après la perte de sa qualité de titulaire qu’il possédait en raison de l’octroi d’une des indemnités suivantes :

- allocation d’insertion
- allocation de formation
- allocation de stage
- allocation d’établissement.

18. Règlement du 15.10.2014 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l’art. 80, 5^e, de la loi SSI, M.B. 05.11.2014, p. 84446.

Cette rémunération perdue vaut également si l'intéressé a bénéficié de ce type d'indemnité le jour avant le début d'une période d'assurance continuée.

c. Travailleur à temps partiel volontaire qui reprend le travail et opte pour le régime de réduction des demi-allocations de chômage

Le travailleur à temps partiel volontaire qui reprend le travail et opte pour le régime de réduction des demi-allocations de chômage a droit à une indemnité calculée sur deux composantes. Pour la composante "emploi", il est tenu compte de la rémunération perdue qui résulte de l'emploi. Pour la composante "chômage", un coefficient est appliqué à la rémunération perdue (en fonction du nombre de demi-allocations de chômage auxquelles l'intéressé peut prétendre).

3. Adaptations hors index au 1^{er} septembre 2014

Au 1^{er} septembre 2014, il y a eu une revalorisation des indemnités de 2 % (à l'exclusion des minima) pour le titulaire dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008.¹⁹

IV. Contrôle administratif

1. Sanctions administratives²⁰

À partir du 1^{er} janvier 2015, les sanctions administratives consistant en une exclusion du bénéfice des indemnités journalières sont alourdies en fonction de la durée de l'infraction :

- l'assuré qui a commis une infraction pendant 1 jour au moins jusqu'à 30 jours au plus peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 3 jours au moins et 49 jours au plus
- l'assuré qui a commis une infraction pendant 31 jours au moins jusqu'à 100 jours au plus peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 50 jours au moins et 120 jours au plus
- l'assuré qui a commis une infraction pendant au moins 101 jours peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 150 jours au moins et 400 jours au plus.

Le délai de prescription des infractions et l'application des sanctions administratives sont portés de 3 ans à 5 ans.

19. Adaptation hors index au 01.09.2014 du montant de certaines prestations sociales, M.B. 03.10.2014 (Éd. 2), p. 78399.

20. Loi-programme du 19.12.2014, M.B. 29.12.2014 (Éd. 2), art. 170.