

I. Modifications légales et réglementaires

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2016	22.06.2016	Loi portant des dispositions diverses en matière de santé

Résumé des modifications

Dans le Titre I^{er} de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé, consacré à l'INAMI, les articles 2 à 30 introduisent les modifications suivantes :

- en vue de simplifier et d'harmoniser les procédures de remboursement des prestations pharmaceutiques, les procédures d'inscription et de modification concernant le remboursement des préparations magistrales, des moyens diagnostiques, des prestations remboursables du lait maternel, de l'alimentation de régime à usage médical et de l'alimentation parentérale, des dispositifs médicaux remboursables et des prothèses capillaires remboursables sont adaptées
- la possibilité est également donnée au Roi de définir une procédure spécifique qui permet d'étendre simplement et rapidement le remboursement de médicaments déjà repris dans la liste de spécialités pharmaceutiques remboursables à une utilisation pour les bénéficiaires de moins de 18 ans;

l'article 35^{bis} est modifié de manière à ce que l'entrée en vigueur du remboursement des spécialités pharmaceutiques puisse avoir lieu le jour qui suit la notification de la décision ministérielle au demandeur concerné pour certains types de procédures qui sont définies en concertation avec l'industrie pharmaceutique. On introduit également dans cette disposition un devoir de confidentialité concernant l'information qui est échangée entre le demandeur et l'INAMI et qui a été considérée comme confidentielle par le demandeur. Cet échange d'information s'inscrit dans le cadre de la conclusion de contrats en matière de règles de compensation lors de l'inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables;

Des mesures sont prises pour éviter que les spécialités (radio-)pharmaceutiques soient rayées d'office de la remboursabilité après un an d'indisponibilité. L'entreprise responsable peut introduire une exception à cet effet pour prolonger ce délai jusqu'à cinq ans

- la référence pour le calcul du cluster de "*médicaments les moins chers*" devient la spécialité pharmaceutique ayant la base de remboursement la plus basse par unité d'utilisation qui est effectivement disponible
- dans le cadre de l'introduction d'un trajet soins buccaux, un relèvement de la part personnelle est prévu pour certaines prestations, lorsque le trajet d'une visite annuelle chez le dentiste n'est pas suivi
- le système de financement des centres de psychiatrie légale est clarifié. Le financement comprend le remboursement de tous les coûts liés aux soins
- un groupe de remboursement V.8.7 (analogue de l'insuline humaine à durée d'action prolongée) est ajouté à l'exception à la baisse de prix de 7,5 % des médicaments biologiques
- un certain nombre d'adaptations purement techniques de la législation.

27.12.2016	18.12.2016	Loi portant des dispositions diverses en matière de santé
------------	------------	---

Résumé des modifications

Une 1^{re} modification à l'article 2 de la loi SSI vise à assimiler aux anciens grades académiques les nouveaux grades académiques issus de la réforme dite de Bologne dans la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cette assimilation rétroagira à la date des premières obtentions des nouveaux grades.

Les autres dispositions du Titre 2 de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé concernent :

- la Commission de Remboursement des Médicaments dont le président devra être un expert dans le domaine des médicaments, travaillant dans une institution universitaire (le président aura également droit de vote, afin d'harmoniser le nombre de voix dont disposent les représentants des institutions universitaires à celui accordé aux organismes assureurs)
- En matière de remboursement de référence, des alinéas supplémentaires ajoutés à l'article 35^{ter}, § 1^{er}, visent à corriger une situation désavantageuse pour le patient et l'assurance maladie, en introduisant également une diminution de plein droit de la base de remboursement des préparations combinées lorsque le système de remboursement de référence est appliqué pour au moins un des principes actifs composants. En effet, dans le système actuel, le système de remboursement de référence est appliqué aux spécialités originales si une spécialité générique remboursable, ayant le même ou les mêmes principes actifs, est disponible 2 mois avant la date d'application

il est possible qu'il existe sur le marché des préparations combinées (des médicaments avec 2 ou plusieurs principes actifs) à côté des préparations mono. Lorsque le système de remboursement de référence est appliqué pour une des préparations mono ou même pour les deux séparément suite à la disponibilité d'une spécialité générique, cette diminution n'est pas automatiquement appliquée pour les préparations combinées qui combinent ces principes actifs. Par conséquent, ces préparations combinées maintenaient dans le système actuel, leur base de remboursement plus élevée, ce qui est un désavantage pour le patient et l'assurance maladie

- l'article 36^{septies} nouveau attribue au Roi la compétence de fixer les règles et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire paye un honoraire au médecin généraliste reconnu pour la gestion du dossier médical global. Par cet ajout, l'honoraire ne sera seulement dû que si le médecin généraliste utilise un dossier médical électronique. Ce dossier médical électronique doit être géré par un logiciel enregistré par la plate-forme eHealth. Les médecins généralistes qui seront reconnus à partir du 1^{er} janvier 2017 devront satisfaire aux conditions (pour les médecins généralistes qui étaient déjà reconnus, une période transitoire est prévue et s'étend jusqu'au 31.12.2020)
- dans le cadre du "Maximum à facturer", l'article 37^{duodecies}, § 3, de la loi prévoit actuellement que les bénéficiaires qui se trouvent dans certaines situations dignes d'intérêt (par ex. arrêt de l'activité professionnelle, chômeur complet depuis au moins six mois) peuvent demander à leur organisme assureur de déterminer le montant actuel du revenu du ménage ;

Pour rendre cette procédure de situations dignes d'intérêt plus accessible, la modification légale supprime la limitation à certaines situations et rend cette procédure possible dans tous les cas dans lesquels le revenu du ménage est descendu en dessous d'un des montants déterminés par le Roi

- une modification à l'article 54 de la loi permet d'instituer un régime d'avantages sociaux pour les infirmiers à domicile. Tout comme pour les autres prestataires de soins qui bénéficient déjà de ce régime, les conditions d'octroi ainsi que les modalités de ce régime seront reprises dans un arrêté royal
- à l'instar d'autres IPSS tels que l'ONVA, l'ONSS ou l'ONP, une modification de l'article 167 permet à l'INAMI de transiger et de compromettre. L'administrateur général pourra désormais décider de transiger dans tous les cas où les intérêts de l'INAMI ou du régime ASSI sont engagés, sous réserve de l'approbation du Comité de gestion du service compétent (dans l'hypothèse où les montants en jeu sont importants)
- La possibilité est offerte dans l'article 174, pour les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, d'interrompre une prescription par un message électronique via le réseau Carenet - My Carenet
- Il est instauré, à partir de l'année 2017, une cotisation indemnitaire sur le chiffre d'affaires, pour autant qu'un dépassement du budget global fixé soit constaté et établi pour cette année t par le Conseil général. Le système de récupération du dépassement budgétaire mis maintenant en place via cette cotisation indemnitaire permet d'avoir deux mois supplémentaires de données sur les dépenses pour consolider l'estimation du dépassement budgétaire de l'année en cours (année t)
- Un nouvel alinéa est inséré à l'article 73bis afin de préciser la notion de "*documents réglementaires*" qui y est utilisée. Cette précision est nécessaire dans la mesure où les documents papier sont progressivement abandonnés en faveur d'un processus de facturation électronique. L'extension de l'application de l'article 73bis nécessite également une adaptation de l'article 142. Cet article précise, en effet, l'échelle de sanction pour les infractions administratives décrites à l'article 73bis
- En matière de méthodes de recherche, une disposition est introduite dans la loi autorisant le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à recourir à la preuve par extrapolation
- L'article 33 de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé vise à clarifier la portée de l'article 16 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé en précisant, avec effet au 1^{er} septembre 2012, que l'accès au dossier de patient vise bien le droit de consulter et d'obtenir une copie du dossier de patient.

29.12.2016 - Édition 2

25.12.2016

Loi-programme (1)

Résumé des modifications

Dans le cadre de cette loi-programme, les mesures suivantes sont adoptées :

- le niveau de facturation des médicaments biologiques, inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, délivrés en hôpital à partir du 1^{er} janvier 2017 et pour lesquelles un biosimilaire est disponible, est diminué de 10 %
- à l'article 73 de la loi qui prévoit la base légale de la prescription "bon marché", sont apportées deux modifications à partir du 1^{er} janvier 2017 :
 - d'une part, le pourcentage minimal de prescriptions "bon marché" pour les médecins généralistes est augmenté de 50 % à 60 %

- d'autre part, la définition d'un médicament "bon marché" est adaptée : le groupe des médicaments les "moins chers", est le cluster dans lequel les spécialités sont groupées par molécule, dosage et taille de conditionnement, constitué de la spécialité dont la base de remboursement par unité d'utilisation est la plus basse et qui est effectivement disponible, et des spécialités disponibles dont la base de remboursement par unité d'utilisation n'est pas élevée de plus de 5 % que la plus basse, étant entendu que si le groupe des spécialités les moins chères ne comporte pas au moins 3 spécialités différentes, les spécialités disponibles dont la base de remboursement par unité d'utilisation est la plus basse ou la pénultième ou l'antépénultième sont aussi prises en compte.

Si 3 spécialités ne se trouvent pas dans la fourchette de 5 %, le médicament le moins cher, le deuxième et le troisième médicament le moins cher, sont considérés comme bon marché. Il semble y avoir d'importantes différences de prix entre le médicament le moins cher et le troisième médicament le moins cher. Pour cette raison, une fourchette supplémentaire de 20 % est instaurée entre le médicament le meilleur marché et le troisième médicament le meilleur marché, à côté de la "fourchette de 5 %"

- la contribution sur le marketing, prévue à l'article 191, alinéa 1^{er}, 31°, de la loi, qui a été instaurée pour contrebalancer l'effet de la promotion sur l'augmentation du volume de prescription des médicaments remboursables est maintenue pour l'année 2017
- les cotisations sur le chiffre d'affaires prévues à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°*novies* (cotisation standard), 15°*duodecies* (cotisation contributive) et 15°*terdecies* (contribution "orpheline") de la loi sont reconduites en 2017
- une évaluation budgétaire correcte du secteur des spécialités pharmaceutiques ne peut avoir lieu que si les recettes des conventions – article 81 – peuvent également être portées en compte au cours du processus budgétaire et financier complet. Pour réaliser cet objectif, un certain nombre d'articles de la loi sont adaptés
- l'article 16 de la loi-programme reprend les mesures d'économies sur la masse d'indexation des secteurs d'honoraires
- les dispositions relatives au maximum à facturer sont adaptées de façon à indexer les plafonds de tickets modérateurs applicables à partir du 1^{er} janvier 2017
- l'article 53 de la loi est adapté afin de fournir, en cas de recours aux attestations de soins donnés électroniques, la base légale nécessaire à la transmission d'informations par l'INAMI au SPF Finances. Cette transmission est destinée à compenser la perte d'informations qui résulte pour l'administration fiscale de la suppression de la facturation papier puisque les informations liées aux commandes de formules de reçu-attestation de soins donnés n'existent plus
- un honoraire spécifique est attribué au pharmacien d'officine pour l'exécution d'une prescription pour une spécialité pharmaceutique remboursable inscrite au chapitre IV
- enfin cette loi-programme comporte, dans son Chapitre 4 (art. 31 à 34 inclus), un certain nombre de modifications réglementaires dans le cadre de la mesure relative à l'allongement du stage requis pour l'ouverture du droit aux indemnités d'incapacité de travail dans le régime de l'assurance indemnités pour les travailleurs salariés (où il est dorénavant prévu un stage de douze mois en lieu et place de six mois). Ces modifications concernent :
 - la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses (à savoir une adaptation apportée au chapitre qui fixe un régime de cotisations spécifiques pour les fonctionnaires (statutaires) dont la relation de travail a pris fin)
 - la loi du 6 février 2003 portant des dispositions sociales pour des militaires qui retournent à la vie civile.

En outre, une mesure de transition particulière y est également insérée.

Les dispositions légales mentionnées ci-dessous précisent à cet effet que, depuis le 1^{er} janvier 2017, l'employeur doit verser, en cas de cessation de la relation de travail après le 31 décembre 2016, et sous certaines conditions, les cotisations dues par l'employeur et le travailleur calculées sur une période de douze mois (en lieu et place de six mois), à l'organisme percepteur de cotisations de sécurité sociale. Cette période de douze mois correspond en effet au minimum légal imposé dorénavant pour le stage à accomplir en vue de pouvoir bénéficier des indemnités d'incapacité de travail du secteur des indemnités.

La date d'entrée en vigueur de la mesure de prolongation du stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail est reportée au 1^{er} avril 2017 (au lieu du 01.01.2017, comme prévu initialement).

2. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
25.11.2016 - Édition 1	28.10.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cet arrêté royal complète l'article 205, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 par un 7°. Il produit ses effets à partir du 21 mai 2015 et s'applique aux risques qui débutent à partir de cette date.

Il s'agit notamment d'une dispense de stage pour un agent statutaire qui prend un congé sans solde pour convenance personnelle pour entamer un emploi contractuel et qui se voit donc assujéti à l'assurance indemnités et maternité des travailleurs salariés (cette modification de la réglementation découle de "l'arrêt ROSSELLE" rendu par la Cour européenne de Justice le 21.05.2015).

24.11.2016 - Édition 2	08.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Cet arrêté royal, qui insère de nouvelles dispositions (art. 215^{octies} -> art.215^{sexies-decies}) dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996, porte sur les nouveaux trajets de réintégration socioprofessionnelle.

Le but est de réinsérer le titulaire le plus rapidement possible via :

- une porte d'accès centrale : le médecin-conseil

- une collaboration entre plusieurs médecins : le médecin-conseil (MC), le conseiller en prévention-médecin du travail (CP-MT) et le médecin traitant.

Deux circuits sont mis en place afin de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle du titulaire :

- celui qui est lié par un contrat de travail : trajet de réintégration par le conseiller en prévention-médecin du travail
- celui qui n'est pas lié par un contrat de travail : trajet de réintégration par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

12.12.2016 - Édition 2	21.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle
------------------------	------------	---

Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie les articles 138 et 294 et abroge l'article 142, § 4 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Fin 2013, l'article 294 du même arrêté avait déjà été modifié en raison de la transposition, en droit belge, de la Directive 2011/24/EU du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Suite à cela, une centralisation progressive du traitement des demandes d'intervention dans le coût de la rééducation fonctionnelle à l'étranger s'est opérée vers le Collège des médecins-directeurs (CMD). Les présentes modifications ont pour objet d'inscrire clairement les modalités de ce traitement dans la réglementation.

3. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
22.09.2016 - Édition 2	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Insère dans l'article 2, B de la nomenclature, la prestation 103095 et la règle d'application suivante :

"103095 - Supplément pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) inhabituelle du médecin généraliste N 7

La visite ou consultation inhabituelle du médecin généraliste désigne la première consultation ou visite réalisée par le gestionnaire du DMG, quand le médecin explique la situation et planifie le suivi du patient :

- a) *soit lors de la première admission d'un patient dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins ;*
- b) *soit lors du retour à domicile d'un patient de 75 ans et plus après une hospitalisation de plus de 14 jours".*

27.09.2016	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 12 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

Résumé des modifications

Ces modifications de la nomenclature se justifient par la demande de la Ministre des Affaires Sociales de réaliser une économie dans la prise en charge de la douleur chronique et plus spécialement du dos ; ces mesures se traduisent par :

- la suppression de la prestation 202812-202823 : infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an
- la limitation du remboursement de la prestation 202790-202801 : infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'imagerie médicale, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an à 3 infiltrations par an
- quelques modifications annexes :
 - article 12, § 4 a) : suppression de la prestation 202812-202823 de la liste
 - article 12, § 5 : suppression de la prestation 202812-202823 de la liste
 - article 12, § 7 : suppression de la prestation 202812-202823 de la liste.

27.09.2016	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 21, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

En raison de l'augmentation du coût du matériel et du personnel, de l'utilisation de plus en plus fréquente de la suture en 2 plans après excision de lésion pour obtenir un résultat esthétique et enfin, de l'impossibilité actuellement de réaliser une plastie après excision en dehors de l'hôpital, l'article 21, § 1^{er} de la nomenclature est modifié comme suit :

- augmentation de la valeur de K pour les excisions de tumeurs cutanées
- création d'une prestation pour l'excision de tumeurs cutanées suivie d'une suture en 2 plans
- création d'une prestation pour l'excision de tumeurs cutanées suivie d'une plastie.

27.09.2016 - Édition 2	11.09.2016	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , A, II, 24, § 1 ^{er} , 32, § 2, et 33 ^{bis} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

La nomenclature de biologie clinique relative à l'hématologie doit être actualisée et modernisée car elle ne correspond plus nécessairement à la réalité des actes prestés, compte tenu notamment de l'évolution technologique dans ce domaine, mais également compte tenu de l'évolution de l'indication de certains tests. La révision impacte les articles 3, 24, 32 et 33^{bis} de la nomenclature et concerne 57 prestations.

Certaines prestations sont devenues obsolètes, certains libellés ne correspondent plus à la réalité technique. En outre, certains actes techniques réalisés aujourd'hui ne disposent d'aucune nomenclature appropriée. À titre d'exemple :

- hématologie : suppression de l'examen cytologique sur concentré de globules blancs (553011-553022) car les automates peuvent actuellement réaliser des formules fiables sur un faible nombre de globules blancs
- hémostase : adaptation des prestations (554072-554083, 554433-554444, 553291-553302) relatives au lupus systémique érythémateux et au syndrome des anti phospholipides (augmentation du maximum, du coefficient, limitation des indications)
- transfusion : création de prestations (587790-587801, 587812-587823) relatives aux D variant et D faible, permettant une meilleure gestion des stocks de sang Rhésus négatif
- immunologie : création d'une prestation (553394-553405) de détection d'anticorps contre la membrane basale glomérulaire dans le cadre du syndrome de Goodpasture
- immunodéficience : création de prestations (553475-553486, 553490-553501, 553512-553523, 553534-553545) d'identification de récepteur ou d'antigène dans le cadre d'une immunodéficience congénitale
- hémato-oncologie : création d'une prestation (587856-587860) de suivi de l'état de chimérisme des cellules T dans le cadre d'une transplantation allogène de cellules souches, création d'une prestation (587871-587882) de Dépistage d'anomalies géniques sub-microscopiques au moyen d'une méthode de biologie moléculaire complexe pangénomique dans la phase d'investigation diagnostique d'une leucémie lymphoïde chronique ou d'un myélome multiple.

10.10.2016	27.09.2016	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

Résumé des modifications

La règle de la nomenclature (art. 5) qui limite le remboursement pour le remplacement de la base d'une prothèse amovible à 30 % des honoraires de la prothèse sur laquelle est effectué le traitement, est supprimée. Une valeur de nomenclature L90 est attribuée aux prestations pour le remplacement de la base et ce, indépendamment du nombre de dents présentes sur la prothèse amovible.

Grâce à cette adaptation, la base de remboursement pour chaque remplacement de la base sera assimilée au maximum en vigueur pour une prothèse amovible complète.

L'article 6, § 5 précise en outre que le nouveau critère de dérogation, qui prévoit la possibilité de rembourser une prothèse amovible chez un patient âgé de moins de 50 ans avec perte de dent consécutive à une crise d'épilepsie, relève de la compétence du médecin-conseil.

Il est enfin précisé dans le libellé du numéro de code 307252-307263 que son remboursement est limité aux personnes à partir du 70^e anniversaire.

Ces deux dernières adaptations sont de nature technique et ne visent qu'à clarifier la nomenclature.

20.10.2016	25.09.2016	Arrêté royal modifiant les articles 11, §§ 1 ^{er} , 2 et 4, 14, a), 16, § 5, 20, §§ 1 ^{er} , c), et 2, A et C, et 25, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

L'article 20, § 1^{er} de la nomenclature est modifié à la demande des gastro-entérologues qui souhaitent :

- d'une part, introduire de nouvelles prestations rendues possibles par l'évolution des techniques endoscopiques
- d'autre part, permettre de combiner plus facilement les prestations en raison de la complexité croissante des traitements endoscopiques.

Rien qu'à l'article 20, sept nouvelles prestations ont été créées et neuf ont été supprimées ; enfin, dix-huit prestations ont été modifiées (fibro-duodénoscopie 2^e et 3^e duodénum, Jéjunoscopie avec un entéroscope, etc.)

Au § 2 de l'article 20, toutes les lignes qui commencent par *"de la rubrique c) : aux points A et B, ainsi que suppression au point C des prestations concernées par la révision de la nomenclature de gastro-entérologie"* ont été supprimées.

À l'article 11, § 1^{er}, les numéros d'ordre 473756-473760 sont supprimés de la règle d'application de non-cumul avec la rectoscopie et au § 2, les numéros d'ordre 473653-473664 sont supprimés de la liste des prestations du supplément attestable pour le médecin spécialiste qui effectue une prestation par la méthode au laser YAG (355036-355040). Au § 4, le libellé de la prestation 355950-355961 (gastrostomie percutanée sous contrôle endoscopique) devient gastrostomie ou entérostomie percutanée.

À l'article 14, a), suite à la suppression de la prestation 472010-472021, ces numéros ont également été supprimés au deuxième alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 221196-221200.

À l'article 16, § 5, aucune prestation n'est accordée pour une aide opératoire au cours des actes de gastro-entérologie (art. 20, § 1^{er}, c)).

Enfin, à l'article 25, § 4, les numéros d'ordre 472356-472360, 473056-473060, 472452-472463 et 472415-472426 sont supprimés de la liste des prestations qui peuvent être portées en compte par tout médecin spécialiste ou candidat spécialiste de garde répondant au prescrit du § 3, lorsqu'elles sont effectuées dans les conditions prévues à l'article 26, § 5.

La règle interprétative 20c/01 est obsolète. Elle concerne une prestation supprimée depuis plus de 10 ans (placement d'une sonde de Miller-Abbot sous scopie télévisée).

17.10.2016	03.10.2016	Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

Résumé des modifications

Les adaptations à l'article 28 de la nomenclature permettent d'y intégrer les règles interprétatives et d'y ajouter une nouvelle règle de tarification qui supprime une discrimination basée sur le sexe du bénéficiaire.

Au § 18 de cet article 28, qui traite des "Vêtements compressifs" :

- au point "D. Procédure de demande et documents pour l'intervention de l'assurance, 1. Prescripteurs", il est précisé quels médecins peuvent prescrire des vêtements compressifs en cas de chirurgie correctrice tardive pour les indications prévues au § 18, C., 1., d) (insertion de la RI 28)
- au point "E. Nombre maximum de prestations remboursables, 1. Généralités", il est précisé que pour la détermination du nombre maximum de pièces remboursables, c'est l'âge au moment de la première prestation qui compte (insertion de la RI 31)
- aux points "E. Nombre maximum de prestations remboursables, 2. Nombre maximum de prestations remboursables - Règle générale" et "3. Nombre maximum de prestations remboursables - Exceptions", le mot "brûlures" est remplacé par "lésions" afin de couvrir toutes les indications prévues au § 18, C., 1. (insertion de la RI 29)
- au point "E. Nombre maximum de prestations remboursables, 2. Nombre maximum de prestations remboursables - Règle générale", il est précisé ce qu'on entend par "prestations complémentaires en silicone". Les prestations relatives aux centimètres supplémentaires à une pelote de base ne sont pas visées par ces mots (insertion de la RI 30)
- au point "F. Cumuls et tarifications particulières", est insérée une nouvelle règle de tarification qui stipule que lorsque une veste et un segment soutien-gorge sont délivrés ensemble, cela ne compte que pour une seule prestation dans le nombre maximum de prestations de base par 24 mois.

30.11.2016 - Édition 2	17.10.2016	Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

À l'article 7 de la nomenclature, pour les prestations de kinésithérapie, la phrase "En outre, les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396" est réintroduite au 5^e alinéa du § 11 afin d'interdire le cumul entre les prestations spécifiques de drainage lymphatique et les deuxièmes séances journalières.

07.12.2016	17.10.2016	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (+ corr. publié au M.B. du 15.12.2016)
------------	------------	---

Résumé des modifications

Les modifications de la nomenclature de kinésithérapie concernant les patients atteints du syndrome de fatigue chronique font suite à la disparition des centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique (SFC) et ont pour but de répondre plus précisément aux besoins spécifiques de ces patients.

Les modifications concernant les patients atteints de fibromyalgie ont le même objectif et sont, en outre, effectuées pour être en cohérence avec celles effectuées pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique.

Les prestations pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie sont extraites de la liste "Fb" (§ 14, 5°, B.) pour faire l'objet de deux nouvelles rubriques spécifiques à l'article 7, § 1^{er}.

Les modalités et règles d'application de ces deux nouvelles rubriques sont décrites aux §§14^{quater} et *quinquies*. Les patients atteints du syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie peuvent bénéficier d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes en lieu et place d'un traitement de 60 séances, renouvelable, en liste "Fb" comme c'était le cas jusqu'à présent. Ce traitement n'est désormais possible qu'une fois dans l'historique du patient.

Cette adaptation de la nomenclature entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

30.11.2016	09.11.2016	Arrêté royal modifiant les articles 2, B, et 25, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

Dans le cadre d'une revalorisation de la consultation de neurologie ainsi que la revalorisation de la neuropédiatrie, les prestations utilisées jusqu'à présent à la fois par les neurologues et les neuropédiatres sont modifiées pour être désormais réservées aux neurologues (art. 2, B). Elles sont également revalorisées (N20 à N21).

On crée aussi deux nouvelles prestations pour la consultation du neuropédiatre (accrédité ou non). Ces prestations sont revalorisées (N20 à N25).

L'article 25 de la nomenclature est modifié pour permettre aux neuropédiatres, pédiatres de formation, de facturer des avis dans un service de pédiatrie, à la demande d'un pédiatre.

4. Arrêté royal modifiant l'article 37 *bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2016 - Édition 2	25.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cette modification de l'arrêté royal modifiant l'article 37 *bis* de la loi SSI est liée aux nouvelles prestations d'endoscopie créées par l'arrêté royal du 25 septembre 2016 modifiant les articles 11, §§ 1^{er}, 2 et 4, 14, a), 16, § 5, 20, §§ 1^{er}, c), et 2, A et C, et 25, § 4, de la nomenclature (voir ci-dessus).

Aucune intervention personnelle n'est proposée pour les neuf nouvelles prestations (art. 37, § 5, Loi SSI). Il est également prévu, pour les bénéficiaires sans régime préférentiel non hospitalisés :

- d'instaurer une intervention personnelle, pour la prestation 473174, de 15 % avec un maximum de 5,62 EUR par prestation
- de supprimer l'intervention personnelle de la prestation 473955.

5. Arrêtés royaux modifiant les arrêtés royaux fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2016	28.06.2016	Arrêté royal portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 28 juin 2016 fixe le montant de l'intervention personnelle des bénéficiaires sans régime préférentiel pour prestations dentaires ; il abroge et remplace l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires.

L'arrêté royal fixe, dans le cadre des trajets de soins buccaux, l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 5 de la nomenclature. Outre le ticket modérateur de base, est introduit un ticket modérateur supplémentaire à charge du patient si aucun soin remboursé n'a été enregistré l'année précédente.

22.09.2016 - Édition 2	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Cette modification insère dans l'arrêté royal du 23 mars 1982, un article 1^{er}bis rédigé comme suit : *"Article 1^{er}bis. Les bénéficiaires ne doivent pas payer d'intervention personnelle pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103095."*

Cette prestation prévoit un supplément pour la consultation ou la visite du médecin généraliste qui gère le DMG ; pour cette prestation , il n'y a pas d'intervention personnelle du patient.

14.11.2016 - Édition 2	20.10.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires
------------------------	------------	---

Résumé des modifications

Toujours dans le cadre des trajets de soins buccaux, l'arrêté royal du 20 octobre 2016 fixe l'intervention personnelle des bénéficiaires **avec régime préférentiel** dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 5 de la nomenclature.

30.11.2016 - Édition 2	09.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Suite à la création dans la nomenclature, d'une prestation pour une consultation dermatologique chez un patient souffrant d'une maladie chronique traitée de façon systémique par médicament anti-tumoral ou immunosuppresseur, l'arrêté royal du 9 novembre 2016 fixe le montant de l'intervention personnelle pour la consultation du médecin spécialiste.

07.12.2016	25.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations
------------	------------	--

Résumé des modifications

L'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 est adapté afin d'y intégrer les § 1^{er}, 9^o et 10^o de l'article 7 de la nomenclature (voir ci-dessus A.R. du 17.10.2016) créés dans le cadre de l'adaptation de la nomenclature pour les patients atteints de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique (SFC).

6. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
26.09.2016 - Édition 2	16.08.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins

Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins et introduit notamment un seuil d'activité qui est fixé à 25.000 EUR pour les médecins généralistes (les médecins qui adhèrent totalement à la convention mais n'atteignent que la moitié du seuil ont droit au montant réduit des avantages sociaux). Ne sont pas soumis à cette condition d'activité, les médecins en formation et les médecins agréés depuis moins de 5 ans lors de l'année de référence.

Les montants des avantages sociaux sont également adaptés en fonction des économies générées par l'introduction du seuil d'activité.

24.10.2016	08.10.2016	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2016
------------	------------	---

Résumé des modifications

En application de l'article 269, alinéa 1^{er}, 3^o, de la Loi-programme (I) du 24 décembre 2002, le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 12,8 millions d'EUR en 2016.

02.12.2016	27.11.2016	Arrêté royal instituant un régime d'avantages sociaux pour certains logopèdes
------------	------------	---

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 27 novembre 2016 introduit un régime d'avantages sociaux en vue de la constitution contractuelle soit d'une rente, d'une pension ou d'un capital en cas d'invalidité, en cas de retraite ou en cas de décès, en faveur du logopède qui adhère individuellement à la convention nationale entre les logopèdes et les organismes assureurs.

L'arrêté royal fixe deux seuils d'activités auxquels correspondent deux cotisations différentes. Aucune cotisation ne peut être octroyée à un logopède qui a un seuil d'activité trop élevé et qui est considéré comme un "outlier", soit un consommateur excessif de la nomenclature des prestations de santé.

La mesure est d'application à partir de la cotisation 2016 (payement des cotisations début janvier 2018).

21.12.2016	07.12.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants
------------	------------	--

Résumé des modifications

La loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, prévoit un transfert de certaines missions actuellement exercées par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux en matière d'incapacité de travail, vers les organes du Service des indemnités. L'objectif poursuivi par ce transfert vise à rendre plus cohérente l'organisation des missions des différents services de l'INAMI en matière d'incapacité de travail, en concentrant au sein d'un même service (le Service des indemnités) les compétences liées à l'incapacité de travail.

Afin d'intégrer ce transfert de compétences en faveur du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants, des modifications sont apportées à l'article 41 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 en vue d'y insérer les nouvelles missions du Comité de gestion en matière de fixation des directives pour l'organisation du contrôle de l'incapacité de travail, en rétablissant le point 8° de cet article 41.

Une autre modification de cet article prévoit, au point 6° de ce même article 41, la transmission par le Conseil médical de l'invalidité au Comité de gestion des travailleurs indépendants (pour examen), des rapports désormais établis par ledit Conseil médical de l'invalidité dans le domaine de l'incapacité de travail.

7. Arrêtés ministériels

Arrêté ministériel du 21 décembre 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

Plusieurs dizaines d'arrêtés ministériels ont apportés, au cours du 2^e semestre 2016, des modifications à la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. Il nous est impossible de reprendre ici l'ensemble des spécialités pharmaceutiques qui ont été introduites, modifiées ou retirées de la liste (les AM en question peuvent être consultés sur le site des publications au moniteur belge).

16.12.2016 - Édition 1	01.12.2016	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

L'article 1^{er}, § 2, de l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger est complété comme suit : "Pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, le prix de la journée d'entretien visé au § 1^{er} est fixé à 496,09 EUR".

8. Règlements modifiant le règlement des soins de santé du 28 juillet 2003

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2016	20.06.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le modèle de facture patient dans les hôpitaux est modifié comme suit :

- ajout du "libellé" dans la rubrique "1.4. Rééducation fonctionnelle". L'hôpital peut nommer concrètement à cet endroit les forfaits facturés en application des conventions de rééducation fonctionnelle
- adaptation de la définition de "supplément" sur l'annexe 37
- suppression de la mention "Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital; le patient ne peut recevoir de facture autre que celle qui est établie par l'hôpital" sur l'annexe 37bis
- adaptation qui permet également d'appliquer correctement la nouvelle réglementation en matière de TVA sur les interventions d'esthétique.

02.08.2016	25.07.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	--

Résumé des modifications

Ce règlement remplace l'annexe 12 (attestation de fourniture destinée aux audiciens) : suite à l'établissement de la 1^{re} liste limitative des appareils auditifs, une colonne supplémentaire avec le code d'identification de l'appareil auditif sur la liste est ajoutée.

03.11.2016	03.10.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	--

Résumé des modifications

Dans le règlement du 28 juillet 2003 est inséré un chapitre XV/1 qui fixe les modalités de lecture électronique d'un document d'identité par les dispensateurs de soins qui sont tenus en vertu de l'article 53 de la loi de vérifier de manière électronique l'identité du patient pour l'application du tiers payant.

09.12.2016	01.12.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	--

Résumé des modifications

Dans l'annexe 5b du règlement, les points e) et f) du formulaire de notification pour une affection "Fb" sont supprimés.

En effet, à partir du 1^{er} janvier 2017, les prestations pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie sont extraites de la liste "Fb" (§14, 5°, B.) pour faire l'objet de deux nouvelles rubriques spécifiques au § 1^{er} de l'article 7 de la nomenclature (voir ci-dessus l'A.R. du 17.10.2016 modifiant l'art. 7 de la nomenclature des prestations de santé) .

À partir de cette date, elles ne doivent donc plus figurer sur le formulaire de notification "Fb".