



Les soins de santé : L'assurance Soins de Santé et Indemnités (ex AMI)

Dr Alex Peltier

Assurance Soins de Santé/Invalidité : c'est quoi ?



- Assurance Soins de Santé / Invalidité :

Loi coordonnée du 14 07 1994
Titre 1. Généralités.

Article 1. La présente loi coordonnée institue **un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**; elle l'organise en deux secteurs distincts relatifs, l'un aux prestations de santé, l'autre aux indemnités d'incapacité de travail et à l'assurance maternité. Elle institue également un régime d'indemnisation des accidents médicaux résultant de soins de santé et l'organise en un secteur distinct relatif à l'indemnisation des accidents médicaux.

- Soins de santé
- Invalidité , maternité
- Accident médicaux résultant de soins de santé (2013)

Assurance Soins de Santé/Invalidité: situation au sein de la sécurité sociale



Système de protection sociale = la sécurité sociale
+ "l'aide sociale"

La sécurité sociale des salariés : 7 secteurs

- 1. les pensions de retraite et de survie ;
- 2. le chômage ;
- 3. l'assurance contre les accidents du travail ;
- 4. l'assurance contre les maladies professionnelles ;
- 5. les allocations familiales (transférées aux communautés) ;
- 6. l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- 7. les vacances annuelles.

La sécurité sociale des indépendants : 4 secteurs

- 1. allocations familiales
- 2. Pensions
- 3. Faillites
- 4 l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

L'aide sociale, également appelée les "régimes résiduaire", on entend :

- - le revenu d'intégration (et l'aide sociale au sens large);
- - la garantie de revenus aux personnes âgées ;
- - les prestations familiales garanties ;
- - les allocations aux personnes handicapées.

3

Assurance Soins de Santé/Invalidité: situation au sein de la sécurité sociale



Le paiement des prestations se fait par des institutions de paiement, nommées parastataux (Institution Publique de Sécurité Sociale – IPSS). Chaque branche de la sécurité sociale dispose d'une institution parastatale, à savoir :

ONAFIS	l'Office national des allocations familiales des travailleurs salariés	<i>Transféré</i>
ONEM	l'Office national de l'emploi	
ONP	l'Office national des pensions	
INAMI	l'Institut national d'assurance maladie-invalidité	
FAT	le Fonds des accidents du travail	
FMP	le Fonds des maladies professionnelles	
ONVA	L'Office national des vacances annuelles	

4

Assurance Soins de Santé/Invalidité: situation au sein de la sécurité sociale



- Quelques chiffres :
 - Soins de Santé
 - 10 % du PIB

Branche 2014		
Pensions	1.999.359 bénéf	2.081.130.499 € / mois
INAMI	31,3 milliard d'€	23,846 milliard SdS
		7,5 milliard ITT
Alloc. Fam	1.596.254 familles	6,214 milliard
Alloc. P.Hand	1,85 milliard	

5

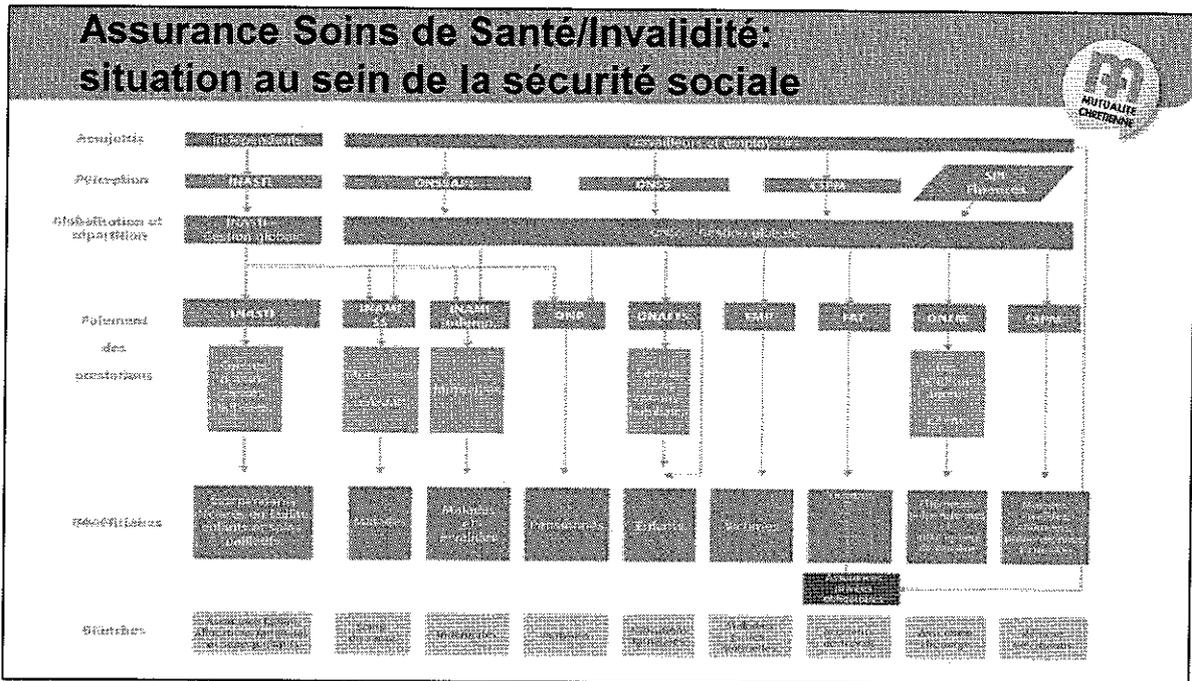
Assurance Soins de Santé/Invalidité: situation au sein de la sécurité sociale



Salariés

Dépenses %	1980	2000	2005	2010	2013	2015
Soins de santé (depuis 2008: salariés+ indépendants)	22,70%	32,1%	34,2%	35,7%	36,0%	34,3%
Incapacité primaire et invalidité	9,80%	7,0%	7,2%	8,2%	8,9%	10,4%
Pensions	31,50%	35,5%	33,2%	32,6%	33,5%	37,5%
Allocations familiales	13%	8,6%	7,6%	7,1%	6,9%	0,0%
Accidents de travail et maladies professionnelles	5,20%	1,1%	0,9%	0,8%	0,6%	0,7%
Chômage	17,80%	14,8%	16,3%	15,0%	13,5%	12,6%

6



- ### Les acteurs de cogestion des Soins de Santé
- **L'INAMI et ses organes**
 - **Les organismes assureurs**
 - **Les prestataires**

Assurance Soins de Santé/Invalidité : quelle gestion ?



AMI
Loi coordonnée du 14-7-1994
art. 14-15

TITRE III DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE

CHAPITRE I DES INSTITUTIONS

Section I Du Service des soins de santé



Art. 14. Il est institué, au sein de l'Institut, un Service des soins de santé chargé de l'administration de l'assurance soins de santé.

INAMI: un peu d'histoire



- L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a été institué par la loi du 9 août 1963 (Loi LEBURTON)



- Il succède ainsi au Fonds national d'assurance maladie-invalidité, créé par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 (cadre général de la sécurité sociale) et surtout par l'arrêté du Régent du 21 mars 1945 (cadre AMI) suite aux accords conclus entre partenaires sociaux dans la clandestinité et la résistance (accords d'Ohain)

Missions de l'INAMI



Loi AMI du 14 07 1994: INAMI est chargé de la **gestion administrative et financière**

- de l'assurance soins de santé,
- de l'assurance indemnités (indemnité pour incapacité de travail et allocation pour frais funéraires)
- et de l'assurance maternité.

Dans ce cadre, l'INAMI est appelé à:

- 1. **gérer les prestations de santé** couvertes par l'assurance obligatoire (tarification, réglementation, nomenclature, assurabilité des bénéficiaires,...);
- 2. **gérer l'octroi des indemnités** accordées aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire (pour raison d'incapacité de travail ou de maternité et pour frais funéraires).
- 3. **exercer le contrôle** du respect des dispositions légales et réglementaires par les dispensateurs de soins (notamment l'utilisation de la nomenclature), par les assurés sociaux et par les organismes assureurs.

11

Les missions opérationnelles les 4 missions financières



- **Payer:** l'INAMI paie directement à différents utilisateurs : paiement de certains avantages aux dispensateurs de soins et aux établissements de soins, tels que les honoraires de disponibilité, les primes informatiques, les paiements aux maisons de repos, etc. Dans le cadre des soins transfrontaliers, tant dans l'UE qu'en dehors, des paiements sont effectués aux OA en fonction des créances de l'étranger.
- **Percevoir:** contrôle de l'assujettissement et de la perception de montants à charge des pensionnés (cotisations soins de santé), des compagnies d'assurance (cotisations sur des primes d'assurance et suppléments de primes) et des firmes pharmaceutiques (redevances par conditionnement et cotisations sur chiffres d'affaires). Il s'agit aussi de la perception du montant des amendes à charge de dispensateurs de soins et des assurés sociaux.

12

Les missions opérationnelles les 4 missions financières



- **Répartir**: une partie importante des moyens de l'assurance maladie-invalidité prévus dans le budget des missions de l'INAMI ne sont pas payés directement à l'utilisateur final, mais au réseau secondaire, à savoir les OA, qui se chargent notamment de l'exécution de l'AMI, ainsi qu'à d'autres organisations publiques. D'une part, l'INAMI partage par exemple des fonds entre les organismes assureurs pour le financement des prestations et pour le financement de leur fonctionnement propre (frais d'administration). D'autre part, il transfère une partie de ses recettes par exemple à d'autres parastataux sociaux, comme l'OSSOM, parce que ceux-ci assurent une couverture en matière de soins de santé.
- **Récupérer**: l'Institut procède au recouvrement de certaines prestations indûes (y compris les dépassements d'enveloppes) ainsi qu'au recouvrement de cotisations dues mais non perçues.

13

Les missions opérationnelles les 8 missions administratives



- **Octroyer**: l'INAMI définit et attribue différents droits dans le cadre par exemple :
 - **des octrois individuels dans le cadre de l'assurance soins de santé**, tels que notamment :
 - les demandes d'accréditation des médecins & dentistes ;
 - les demandes individuelles d'intervention du Fonds spécial de solidarité ;
 - les demandes individuelles en matière de dossiers de rééducation fonctionnelle et de nomenclature ;
 - les demandes individuelles pour les prestations de soins dentaires ;
 - les honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale attribués à chaque établissement hospitalier ; d'autres demandes spécifiques introduites par les établissements (e. a. dans le cadre des forfaits) ;
 - **les droits généraux au remboursement dans le cadre de l'assurance soins de santé**, comme
 - l'établissement, la modification et l'interprétation de la nomenclature ;
 - les procédures spécifiques de remboursement telles que les demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants ;
 - d'autres procédures de remboursement telles que la conclusion de conventions pour les médicaments, les implants, la biologie moléculaire, la rééducation fonctionnelle... ;
 - le remboursement transfrontalier comme les conventions de collaboration dans les régions frontalières.

14

Les missions opérationnelles les 8 missions administratives



- **Evaluer et Contrôler:** l'INAMI contrôle l'exécution correcte de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité. Il s'agit par exemple :
 - de l'évaluation des pratiques médicales au sens de la loi du 24 décembre 2002 ; (art 263 et 264 : mission du Centre Fédéral d'expertise)
 - du contrôle technique et administratif dans les organismes assureurs ;
 - de la validation des données statistiques, comptables et financières ;
 - du contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur) des pratiques médicales et paramédicales, ainsi que des contrôles plus spécifiques dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins ;
 - de la lutte contre la fraude sociale.

- **Régler:** il existe au sein de l'Institut plusieurs services chargés, dans le cadre de leurs compétences, de traiter différents litiges dans l'assurance maladie-invalidité.

15

Les missions opérationnelles les 8 missions administratives



- **Réglementer:**
 - la préparation de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité et la couler en projets de lois et arrêtés
 - communication des instructions aux organismes assureurs sous la forme de circulaires.

- **Délivrer:** l'INAMI délivre un certain nombre d'attestations et de notifications (décisions en matière de reconnaissance de l'invalidité, délivrance de bons de cotisation provisoires, duplicatas d'attestations,...).

- **Organiser:** l'INAMI est un lieu de rencontre entre de nombreux acteurs de l'assurance maladie-invalidité. Plus de 100 organes de gestion, organes de concertation, organes d'agrément, organes techniques, organes de sanction, etc. sont soutenus par l'administration de l'INAMI aux niveaux stratégique, réglementaire, technique et administratif.

16

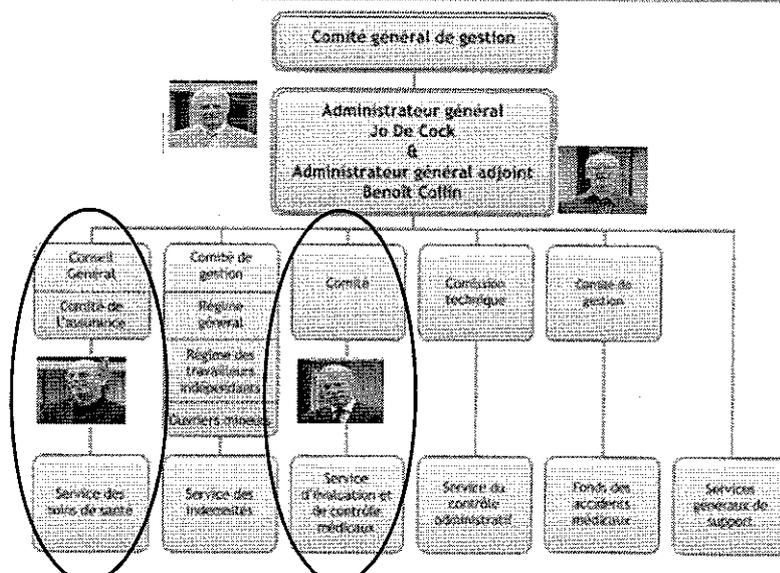
Les missions opérationnelles les missions administratives



- **Informier:** L'INAMI gère de nombreuses bases de données qui lui permettent notamment d'établir des statistiques à des fins de diffusion interne ou externe. Il réalise et publie de nombreuses études. L'INAMI répond de cette façon à son ambition de diffuser les informations et les connaissances qui permettent de soutenir la politique, de fournir un feed-back aux dispensateurs de soins au sujet de leur comportement, etc. La communication, tant interne qu'externe, joue naturellement un rôle important dans cette mission.
- **Conseiller:** l'INAMI prépare et évalue la législation au moyen de propositions et d'avis sur initiative propre ou à la demande des autorités de tutelle. Il établit les budgets de l'assurance. Il donne également de nombreux avis relatifs à la législation et aux dépenses.

17

STRUCTURE ORGANIQUE de l'INAMI



18

Commission anti-fraude



- Art. 13/1.

§ 1er. Au sein de l'Institut, il est installé une commission spéciale, dénommée **Commission Anti Fraude**, avec un rôle de conseil et de coordination. Cette commission est présidée par l'Administrateur général de l'Institut ou par le fonctionnaire désigné par lui.

Cette commission est composée paritairement, d'une part, de membres du Service des soins de santé, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et du Service du contrôle administratif et, d'autre part, de représentants des organismes assureurs. Les membres des services de l'Institut sont désignés par le Fonctionnaire dirigeant de ces Services, les membres qui représentent les organismes assureurs sont désignés au sein du Collège Intermutualiste National.

§ 2. Dans le domaine de la lutte contre la fraude à l'assurance obligatoire maladie et invalidité, cette commission est notamment chargée de :

1° la réalisation de missions d'études en vue de la simplification et la coordination des activités de l'Institut et du Collège Intermutualiste National dans le domaine de l'exécution des missions légales de l'Institut et des médecins-conseils;

2° l'harmonisation et la coordination des sources d'information entre l'Institut et le Collège Intermutualiste National en vue d'actions communes, ou pour éviter des actions différentes dans le temps, à l'égard d'un même groupe cible ou d'un individu, dans le respect du secret de l'enquête auquel sont tenus les services de contrôle de l'Institut;

Commission anti-fraude



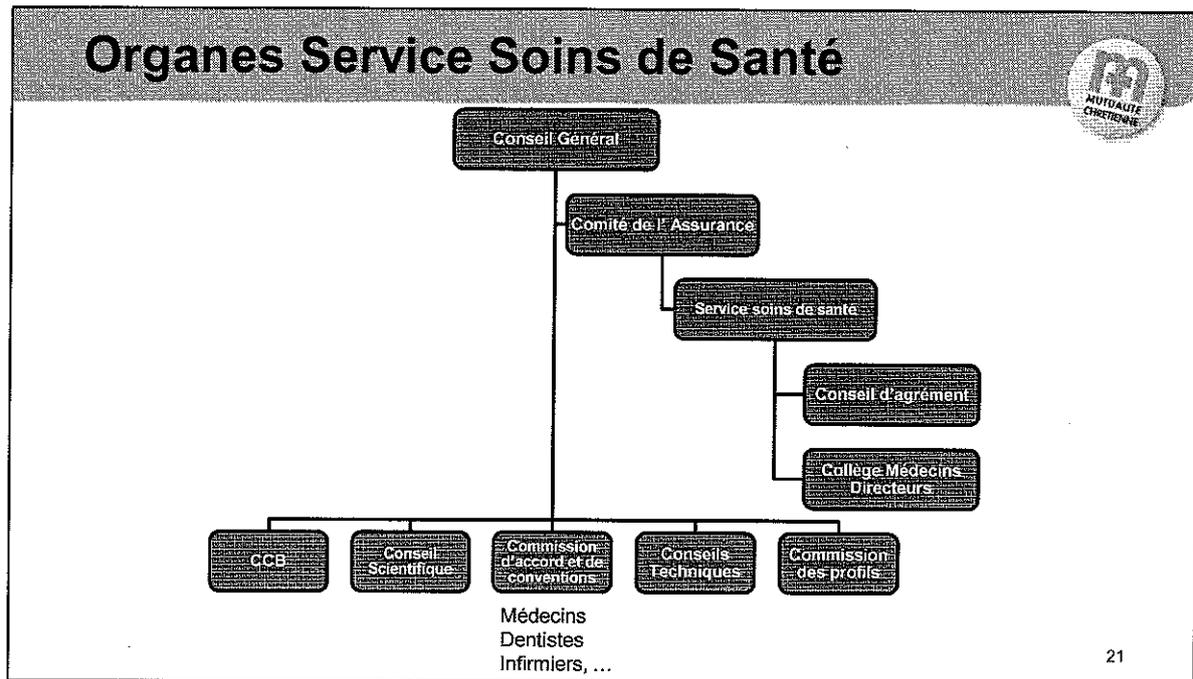
3° l'harmonisation des actions du Collège Intermutualiste National et des services de l'Institut en matière de détection et poursuite de la fraude, dans le respect de et sans ingérence dans les compétences légales des services de l'Institut et des médecins-conseils;

4° la proposition et le développement de méthodes de travail dans le cadre légal existant pour aboutir à une uniformité d'action;

5° la proposition commune de recommandations d'adaptation de la réglementation, quand cela s'avère nécessaire après analyse des actions du Collège Intermutualiste National et des services de l'Institut.

6° l'élaboration des directives afin de tracer les contours de la notion de "indices graves, précis et concordants" visée à l'article 77sexies.

La commission fait rapport semestriellement au Comité général de gestion sur l'avancement de la collaboration entre les services de l'Institut et le Collège Intermutualiste National dans le domaine de la lutte contre la fraude dans l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

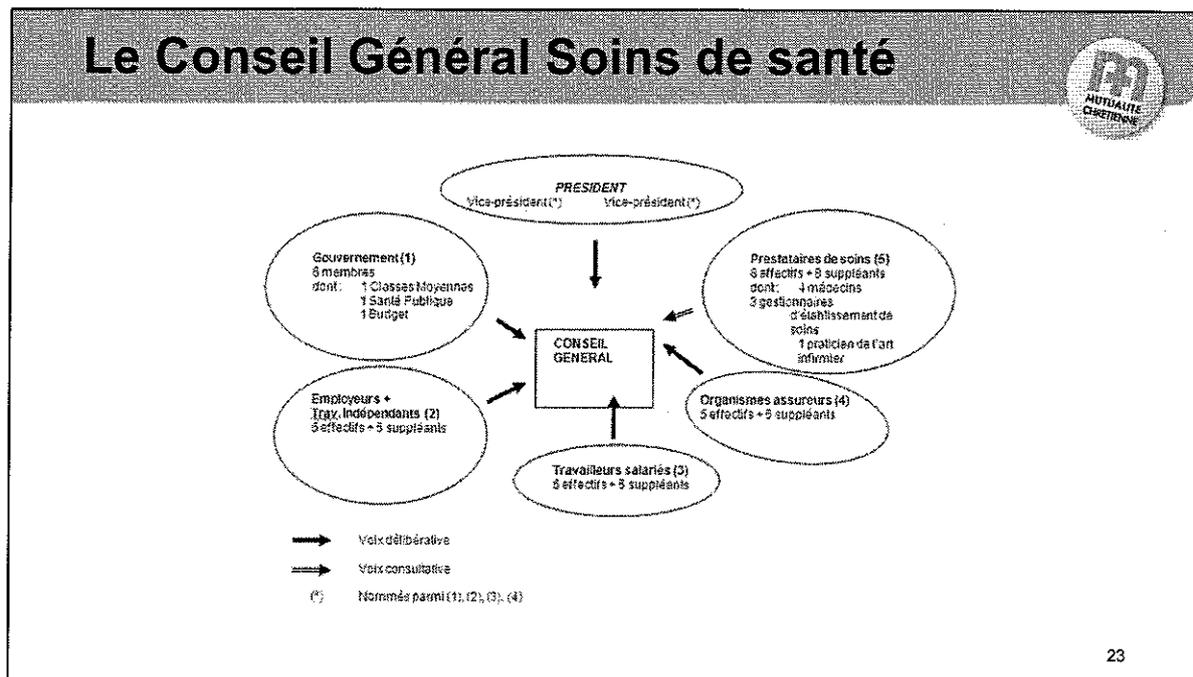


Le conseil Général Soins de santé

Le **Conseil général** de l'assurance soins de santé détermine notamment les orientations de politique générale en matière de soins de santé ;

- il approuve, sur base de la proposition du Comité de l'assurance, l'objectif budgétaire global des prestations de santé, ainsi que les objectifs annuels partiels,
- veille à l'équilibre financier de l'assurance soins de santé,
- prend, si nécessaire, des mesures de correction budgétaire,
- établit le budget et arrête les comptes de l'assurance soins de santé.

- Annuellement, le Conseil transmet au gouvernement un rapport concernant l'application uniforme de la législation relative aux soins de santé dans tout le pays.
- Les représentants de ceux qui assurent le financement de l'assurance, à savoir les employeurs, les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants et les représentants du gouvernement y disposent des 3/4 du nombre de mandats. Les O.A. disposent d'1/4 des mandats. Les représentants des dispensateurs de soins n'ont qu'une voix consultative au sein de ce Conseil.



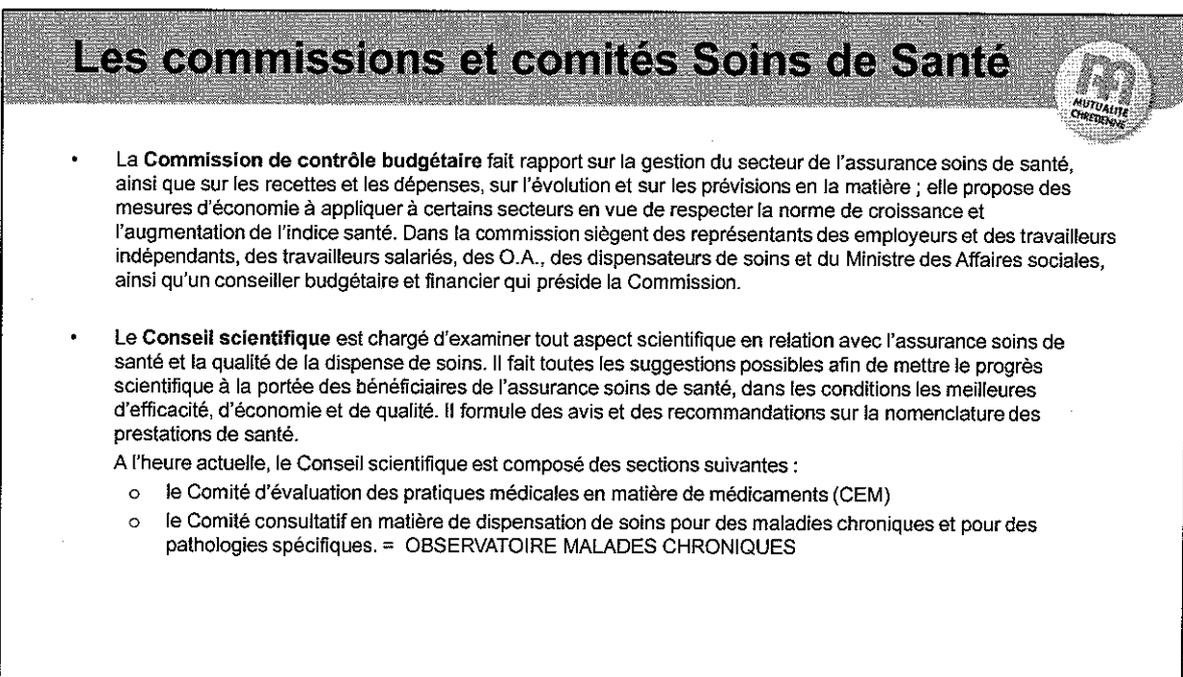
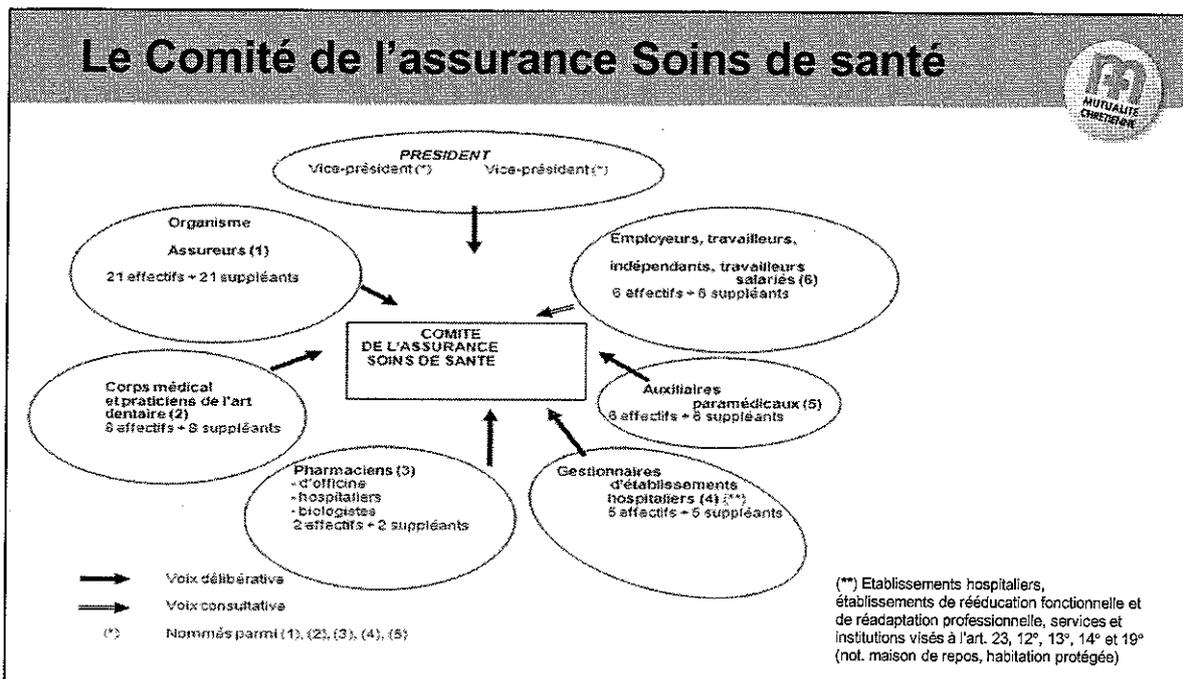
Le Comité de l'assurance Soins de santé

Le Comité de l'assurance soins de santé (Comité de l'assurance) assume les tâches plus directement liées aux dispensateurs et aux prestations de soins.

- Le Comité de l'assurance transmet sur base des estimations techniques de l'INAMI une proposition globale au Conseil général qui respecte la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé.
- Il décide de la transmission des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé et peut, sous certaines conditions, y apporter des adaptations.
- Il approuve les accords et les conventions, sous réserve de la décision du Conseil général sur leur compatibilité budgétaire.
- Il conclut des conventions avec des centres de rééducation fonctionnelle.
- Le Comité de l'assurance est compétent pour formuler des règles interprétatives de la nomenclature et en fixer la date d'entrée en vigueur.
- Il dispose aussi d'une compétence en matière de réglementation.

- Il est composé d'un nombre égal de représentants des O.A. et des dispensateurs de soins. Les représentants des partenaires sociaux y siègent avec voix consultative.

24



Les commissions et comités Soins de Santé



- Le Collège des médecins-directeurs exerce différentes missions.
 - D'abord au sein du secteur rééducation, où il joue un rôle central, mais surtout technique, pour la réglementation, aussi bien pour le volet nomenclature de rééducation que pour les conventions de rééducation. Il se prononce sur toutes les décisions individuelles en matière de rééducation, bien qu'à la longue la majeure partie ait été déléguée aux médecins-conseils concernés. Les mêmes missions s'exercent pour les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique.
 - En ce qui concerne le conventionnement, il incombe également au Collège de soumettre au Comité de l'assurance les projets de conventions avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs (bientôt transféré)
- les Commissions de conventions ou d'accords sont notamment compétentes pour négocier les tarifs entre les mutualités et les différents groupes de dispensateurs de soins (médecins, praticiens de l'art dentaire, paramédicaux, établissements de soins, sages-femmes, pharmaciens, logopèdes, etc.). Faire évoluer la nomenclature, le développement du secteur, ... Pas simplement technique, aussi politique de soins .
- les Conseils d'agrément pour les paramédicaux établissent les listes des personnes qui peuvent exercer ces professions

Les commissions et comités Soins de Santé



- une **Commission** est chargée de conclure des accords forfaitaires avec les maisons médicales
- la **Commission de remboursement des médicaments (CRM)** formule des propositions d'extension de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, **donne des avis** en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques et formule des propositions de règles interprétatives concernant ce remboursement. La ministre décide in fine .
- les **Conseils techniques** (médical, dentaire, pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'hospitalisation, des implants) formulent notamment des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé
- le **Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle** donne des avis concernant la nomenclature et les conventions qui traitent de cette matière
- le **Conseil national pour la promotion de la qualité des soins (CNPQ)** indique les thèmes prioritaires à traiter par le peer review et les programmes de promotion de la qualité, joue un rôle dans la mise en application de la législation sur la responsabilisation des dispensateurs de soins et développe des recommandations pour une bonne utilisation du dossier médical global
- le **Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins** élabore des propositions dans le cadre du remboursement des moyens médicaux, notamment les prestations prévues à l'article 34, premier alinéa, 20° de la loi SSI

Les commissions et comités Soins de Santé



- le Groupe directeur de l'accréditation et les 26 Comités paritaires d'accréditation traitent les affaires relatives à l'accréditation des médecins
- le Collège national des médecins-conseils est compétent pour l'intervention accordée pour les soins et l'assistance dans les actes de la vie journalière (maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, maisons de repos pour personnes âgées, etc.)
- la Commission d'informatique au sein de laquelle les O.A., les dispensateurs et les établissements de soins définissent les règles en matière de facturation sur supports magnétiques
- les Commissions de profils des dispensateurs de soins individuels et des établissements de soins évaluent l'activité de ceux-ci
- enfin, le Comité technique des travailleurs indépendants donne son avis sur toutes les questions relatives à l'assurance soins de santé des travailleurs indépendants.

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé



- L'INAMI et ses organes
- **Les organismes assureurs**
- Les prestataires

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les OA



- Les différents OA
- Le coût de la gestion de l'ASSI par les OA

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les OA



Les organismes
assureurs :
Juin 2016

OA	regime	Nombre assures	%
A.N.M.C.	Non assuré	44418	
	Régime des indépendants	468895	
	Régime général	4051640	41,20%
U.N.M.N.	Non assuré	4133	
	Régime des indépendants	59354	
	Régime général	448560	4,62%
U.N.M.S.	Non assuré	32071	
	Régime des indépendants	172632	
	Régime général	2917801	28,20%
U.N.M.L.	Non assuré	5900	
	Régime des indépendants	71682	
	Régime général	490128	5,13%
U.M.L.	Non assuré	27398	
	Régime des indépendants	329244	
	Régime général	1754146	19,05%
C.A.A.M.J.	Non assuré	5055	
	Régime des indépendants	5023	
	Régime général	80545	0,82%
SNCB Holding	Non assuré	4	
	Régime général	167029	0,37%
TOTAL		11073971	

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les OA



Le coût de la gestion de l'ASSI par les OA :

In miljoen euro	Health administration and insurance	current health care expenditure (individual and collective health care)	Ratio (a) / (b)
OESO 2012	Social security funds		
	(a)	(b)	
Frankrijk	6.678,7	167.414,5	4,0%
Duitsland	11.745,0	204.337,0	5,7%
Nederland	1.418,9	55.197,1	2,6%
Spanje	249,9	4.506,1	5,5%
Oostenrijk	677,9	14.244,9	4,8%

<http://stats.oecd.org>

► Coût de gestion par les OA de l'ensemble de l'ASSI, volet soins de santé et incapacité de travail = **3,2% en 2013**. (4,1 % in 2003)

Ce pourcentage a encore été réduit suite aux économies imposées aux OA par la Ministre Maggie De Block et qui visent l'ensemble des acteurs de l'ASSI.

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les OA



Le coût de la gestion par les Assurances Privées Soins de santé :

In miljoen €	Individuele contracten				Groepscontract				SAMEN			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Verdiende premies (1)	420,6	446,3	459,0	467,8	524,2	560,2	583,4	602,7	944,8	1006,5	1042,4	1070,5
Uitkeringen	216,4	233,7	237,7	245,5	416,6	422,0	446,2	473,9	633,0	655,7	683,9	719,5
Administratie- en beheerskosten * (2)	48,3	53,5	56,0	59,5	72,7	77,8	82,5	88,4	121,0	131,3	138,6	147,9
Acquisitiekosten en commissielonen (3)	57,2	55,7	60,5	64,5	16,2	19,7	21,7	21,6	73,5	75,3	82,2	86,1
Ratio : (2) / (1)	11,5%	12,0%	12,2%	12,7%	13,9%	13,9%	14,1%	14,7%	12,8%	13,0%	13,3%	13,8%
Ratio : (2+3) / (1)	25,1%	24,5%	25,4%	26,5%	17,0%	17,4%	17,9%	18,3%	20,6%	20,5%	21,2%	21,9%

* beheerskosten voor acquisitie, interne kosten voor schadebeheer, administratiekosten.

Bron: Nationale Bank van België, statistiek van de rechtstreekse verzekeringsverrichtingen "niet-leven" in België
<http://www.nbb.be/pub/cp/domains/va/sta.htm?l=nl>

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé



- INAMI et ses organes
- Les organismes assureurs
- **Les prestataires**

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les prestataires



Commission médico-mutuelliste :

Médecine Générale et Spécialisée : une seule commission

- ABSYM – BVAS
- GBO – Kartel
- Domus AADM
 - Elections , comptabilisation du nombre de membres
- Les OA : représentation suivant importance ou accord interOA

Autres commissions :

- Les fédérations représentatives
- Les OA :représentation suivant importance ou accord interOA

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les processus de négociation



Se discutent dans les comités et commissions :

1. Les soins de santé de la profession :
 - La définition de la politique du secteur en ASSI
 - La traduction en la nomenclature de toute prestation (révision ou nouvelle initiative)
 - L'attribution d'un montant de remboursement, la part de ticket modérateur
 - Les modalités et exigences de la prestation
 - Préalable éventuel, déroulement, compétence requise, enregistrement, notification , ...

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les processus de négociation



2. Les aspects plus spécifiques à la profession :

- Agrément INAMI
- Allocation de pratique, Prime informatique, ..
- Modalités d'Accréditation, Formation continue, ..
- Aspects de flux informatiques, administratifs avec les OA

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les processus de négociation



3. Les aspects budgétaires liés au secteur :

- Suivi du secteur : Audits
- Financement de nouvelles initiatives tant en Soins de santé que pour les professionnels
- Mesures d'économies

Les acteurs de cogestion des Soins de Santé : les processus de négociation



L'ensemble du fruit de ces discussions se traduit dans les textes de :

- la nomenclature (aspects prestations) + tarifs
- les conventions ou les accords (aspect plus spécifiques à la profession, à la pratique)

Processus décisionnel :

- Au consensus, au compromis ...
- Au vote

Soins de santé : les accords



- Section II. - Des rapports avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire.

Art. 50. § 1er. (a) Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par des accords.

Les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités.

Les accords précités s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.

§ 2. (b) La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.

Soins de santé : les accords



ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2016-2017

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (désignée CNMM), sous la présidence de M. Johan De Cock a conclu, le 22 décembre 2016, l'accord suivant pour les années 2016-2017.

1. LE CONTEXTE

1.1. Le présent accord médico-mutualiste voit le jour dans un contexte budgétaire particulièrement difficile. Conformément au projet budgétaire du gouvernement, l'augmentation de l'objectif budgétaire posé a été limitée, pour 2016, à 1,55 %. Ce taux de croissance ne permet pas d'indexer les prestataires. Ainsi, les médecins fournissant un effort de même nature à ceux destinés à la population salariée. Toutefois, une enveloppe de 25 millions d'EUR a été allouée pour permettre la réalisation d'un accord biennal.

Les représentants des médecins et des organismes assureurs estiment néanmoins que cette situation ne peut justifier que l'on baisse les bras ou que l'on ne prenne pas ses responsabilités.

1.2. Le présent accord, qui est conclu pour une période de deux ans, tente de développer une série de perspectives basées sur une vision à long terme apportant une réponse aux défis de l'avenir.

Cela se traduit concrètement dans cinq points d'attention spécifiques :

1.2.1. Le rôle central du médecin généraliste qui est chargé d'une mission cruciale au niveau de la prévention, du traitement et de l'orientation du patient.

Deux outils de base sont en occurrence prioritaires : le développement d'un DMG de qualité qui permet de suivre concrètement le patient dans le paysage des soins de santé, d'une part, et le développement des possibilités en matière d'actes devant favoriser des prestataires de santé sans surcharge administrative, d'autre part. Il est clair que tant les médecins que

Soins de santé : les accords



11. LES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

11.1. Dans le cadre des conditions d'application de l'accord, on distingue deux catégories de dispensateurs de soins, tant pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes :

11.1.1. les dispensateurs de soins entièrement conventionnés,

11.1.2. les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

11.2. Médecins généralistes

11.2.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin généraliste entièrement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 11.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

11.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

11.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 11.2.2.2.

Soins de santé : les conventions



CHAPITRE V. - Des rapports avec les dispensateurs de soins, les services et les établissements.

Section I. - Des conventions.

A. Généralités.

- Art. 42. Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part, et d'autre part, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les (sages-femmes), les praticiens de l'art infirmier (et les services de soins infirmiers à domicile), (les kinésithérapeutes, les logopèdes, les fournisseurs de prothèses), d'appareils et d'implants et les services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12° et 18°, sont normalement régis par des conventions.
- Art. 43. Lorsque sur le plan national, aucune convention n'existe avec les (sages-femmes), les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants, parce que la convention n'a pas été établie, n'a pas été approuvée ou est devenue caduque, l'ensemble des organismes assureurs et les organisations professionnelles ou les organisations représentatives des services intéressés peuvent négocier et conclure directement des conventions régionales
- Art. 44
§ 6. Le Roi peut instituer, pour les personnes adhérant à une convention, un régime spécial en matière d'assurance-survie et invalidité.
Lors de la fixation du montant des honoraires conventionnels, il peut être tenu compte de ce régime spécial qui leur est accordé.
- Art. 49
§ 5. Le Roi peut, dès le trentième jour suivant soit celui de l'envoi par le Service des soins de santé du texte des conventions visées aux articles 45 et 48, soit celui de la présentation du texte de convention visé à l'alinéa précédent, sur proposition ou après avis motivé du Comité de l'assurance, pour tout le pays ou pour certaines régions, pour toutes ou pour certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires et de prix, lorsque le nombre des adhésions individuelles n'atteint pas 60 p.c. du nombre total des praticiens de la profession intéressée.

Soins de santé : Les conventions



Texte coordonné de la convention nationale Wn7
Dernière modification prise en compte :
avenant W-97undecies entre en vigueur le 1^{er} avril 2016.

Institut national d'assurance
malade-invalidité

Avenue de Tervuren 211
1200 Bruxelles
W 0275 76 32

Services des soins
de santé

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES INFIRMIÈRES GRADUÉES OU ASSIMILÉES,
LES ACCOUCHEUSES, LES INFIRMIÈRES BREVETÉES,
LES HOSPITALIÈRES ASSISTANTES EN SOINS HOSPITALIERS OU ASSIMILÉES
ET LES ORGANISMES ASSURÉS

Article 1^{er}. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les membres gradués du personnel, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières assistantes en soins hospitaliers ou assimilées, agréées et après protocoles de cart d'attesté, et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définies aux articles 32 et 33, alinéa 1^{er}, 3^{er}, 5^{er} et 2^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnés et 14 juillet 1994.

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 33 de la loi susvisée, et à la condition que le prestataire de l'art infirmier ait la profession et la qualification requise, conformément aux modalités de ladite nomenclature.

Art. 3. La valeur du secteur de multiplication W est, à partir du 1^{er} juillet 2000, noté à 0,423175 EUR.

Soins de santé : conventions et accords



- Objectifs:
 - Patient : sécurité tarifaire !
 - Choix de priorités dans les secteurs en fonction des besoins et des budgets disponibles
 - ⇒ **Avoir un maximum de prestataires conventionnés**
- Comment ? :
 - Attractivité des droits liés au conventionnement
 - **Statut social**
 - Sanction en remboursement différencié

Soins de santé : conventions et accords



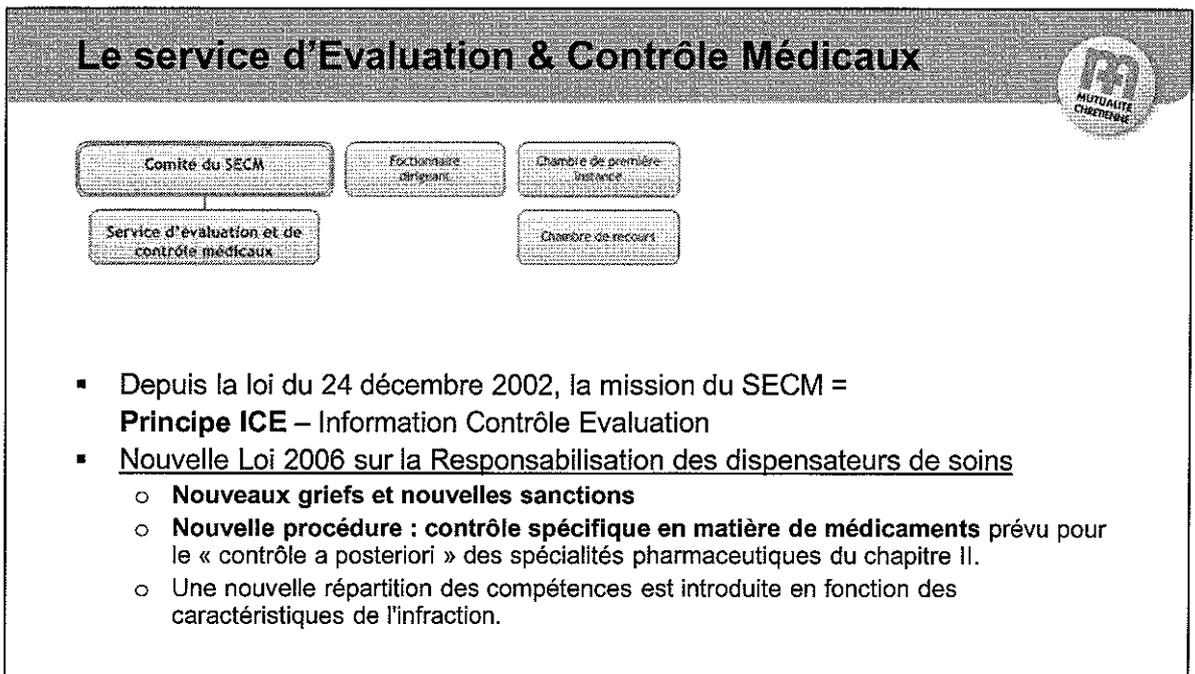
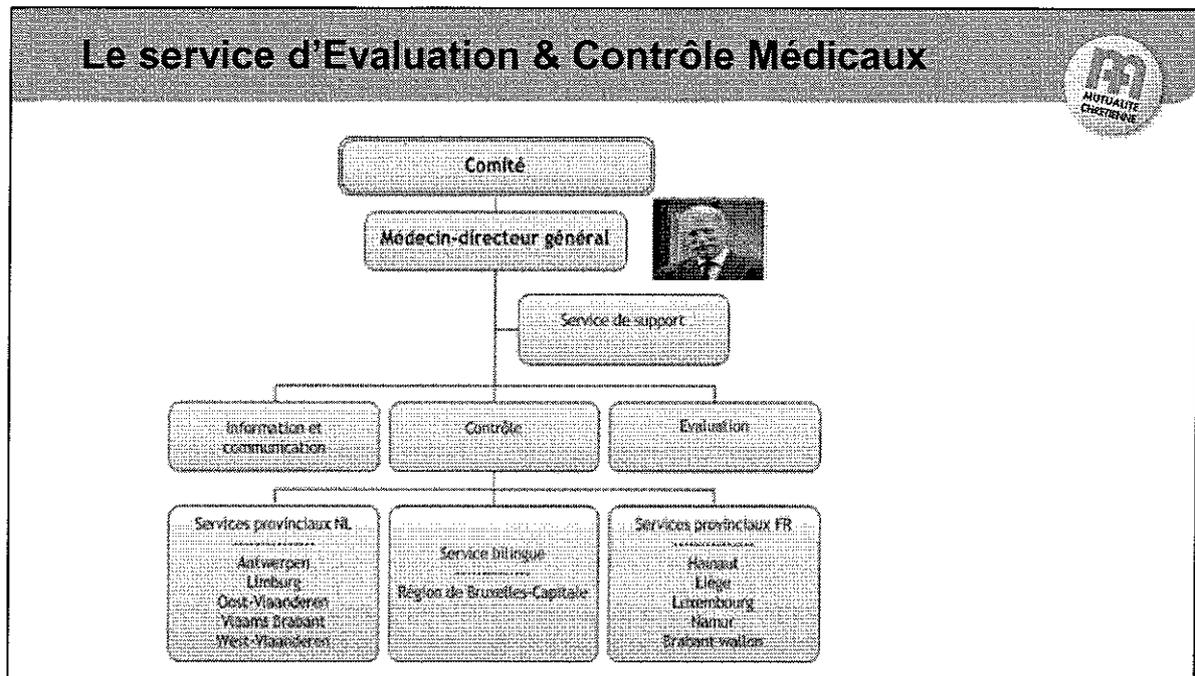
• Constats :

2016	
Médecine Générale	88,6%
Médecine Spécialisée	77,5%
Ophthalmo	46,3 %
Gynéco	50,3%
Dermato	31 %
Infirmiers	
Kinés	
Logopèdes	

Soins de santé : du non-respect ou de la fraude



- Les prestataires sont tenus de respecter les divers textes de conventions, d'accords s'ils adhèrent. Cela leur ouvrent une série de droits ou de possibilités complémentaires :
 - Statut social, allocation de pratique,
 - Tiers –payant
 - ...
 - La nomenclature doit également être utilisée correctement.
- ⇒ Qui contrôle ?
- ⇒ Le SECM
 - ⇒ Les OA



Le service d'Evaluation & Contrôle Médicaux



Le Comité du SECM : Composition

Le Comité est l'organe directeur du SECM. Il est présidé par un magistrat et se compose de :

- 2 vice-présidents, magistrats
- membres avec voix délibérative qui sont proposés par :
 - les organismes assureurs (O.A.) : 6 membres
 - les dispensateurs de soins : 6 médecins et 2 représentants pour chaque groupe professionnel
- membres avec voix consultative qui sont proposés par :
 - l'Ordre des médecins : 2 membres
 - l'Ordre des pharmaciens : 2 membres.
- 2 commissaires du gouvernement assistent aux réunions.

Le service d'Evaluation & Contrôle Médicaux



Compétences

- Avec la collaboration du personnel du SECM, le Comité assure l'évaluation et le contrôle médicaux des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI).
- Lors des procédures visant les dispensateurs de soins ayant commis des infractions à la législation SSI, dans des dossiers relatifs aux suspicions de surconsommation ou de surprescription, le Comité peut décider de :
 - classer sans suite
 - clôturer par un avertissement
 - charger le Fonctionnaire-dirigeant de saisir la Chambre de première instance en vue de poursuites et de sanctions. Cas particulier : en cas de prescription de médicaments du chapitre II sans avoir respecté les recommandations de la Commission de remboursement des médicaments, le Comité doit demander au Collège national des médecins-conseils de faire une évaluation sur un échantillon de prescriptions. S'il ressort que les recommandations sont insuffisamment suivies dans plus de 20 % des cas (marge de tolérance), le Comité demande au Fonctionnaire-dirigeant de porter l'affaire devant la Chambre de première instance.
 - Si le Comité décide de classer un dossier sans suite ou de clôturer par un avertissement, le Fonctionnaire-dirigeant peut contester cette décision devant la Chambre de première instance.
 - Le Comité exerce d'autres compétences telles que le pouvoir disciplinaire à l'égard des médecins-conseils des O.A.

Le service d'Evaluation & Contrôle Médicaux



Le Fonctionnaire-dirigeant

Le Fonctionnaire-dirigeant est le médecin-directeur général du SECM. Ses compétences :

- Comme organe d'administration actif, il peut décider dans les procédures visant les dispensateurs de soins ayant commis des infractions à la législation SSI, en ce qui concerne :
 - le remboursement et le montant des amendes pour les dossiers où la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 35.000 EUR en cas de prestations :
 - non effectuées
 - non conformes
 - non curatives
 - non préventives
 - les amendes administratives en cas :
 - de non-respect des formalités administratives
 - d'incitation à la surconsommation ou la sur-prescription.
- Ses décisions peuvent être contestées devant la Chambre de première instance.
- Il peut contester une décision du Comité du SECM de classer un dossier sans suite ou de le clôturer par un avertissement (dossier surconsommation ou sur-prescription), devant la Chambre de première instance.
- Il peut contester les décisions de la Chambre de première instance devant la Chambre de recours.
- Il peut contester les décisions de la Chambre de recours par un recours administratif en cassation devant le Conseil d'État.

Le service d'Evaluation & Contrôle Médicaux



Les juridictions administratives

Les Chambres de première instance et les Chambres de recours sont des juridictions administratives pour les dispensateurs de soins qui ont commis des infractions à la législation SSI.

La Chambre de première instance

Composition

La Chambre de première instance est composée d'un magistrat, président, assisté de :

- 2 médecins nommés par le Roi sur proposition des O.A.
- 2 représentants de la discipline concernée nommés par le Roi sur proposition de cette discipline.
- Ces 5 personnes ont voix délibérative. Les membres non magistrats ne siègent pas comme représentants des groupes qui les ont proposés, mais en raison de leur connaissance technique du sujet.

Il existe 2 Chambres de première instance :

- une pour les dossiers à traiter en français ou en allemand
- une pour les dossiers à traiter en néerlandais.

Compétences

En premier ressort, la Chambre de première instance statue sur les dossiers qui ne sont pas de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant. En degré d'appel, elle statue aussi sur les recours introduits contre les décisions prises par le Comité du SECM ou le Fonctionnaire-dirigeant.

Ses décisions peuvent être contestées devant la Chambre de recours.

Le service d'Evaluation & Contrôle Médicaux



La Chambre de recours

Composition

La Chambre de recours est composée d'un magistrat, président, assisté de :

- 2 médecins nommés par le Roi sur proposition des O.A.
- 2 représentants de la discipline concernée nommés par le Roi sur proposition de la discipline concernée.
- Seul le magistrat a voix délibérative. Les membres non magistrats ne siègent pas comme représentants des groupes qui les ont proposés, mais en raison de leur connaissance technique du sujet.

Il existe 2 Chambres de recours :

- une pour les dossiers à traiter en français ou en allemand
- une pour les dossiers à traiter en néerlandais.

Compétences

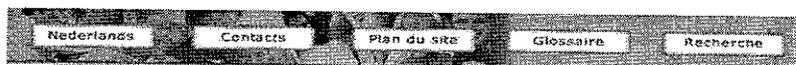
En degré d'appel, la Chambre de recours se prononce sur les contestations relatives aux décisions de la Chambre de première instance. Elle a aussi dans ses attributions les recours contre les décisions du Comité du SECM en matière disciplinaire.

Un recours administratif en cassation devant le Conseil d'État, section administrative, est possible.

Encore plus d'informations ?



- <http://www.inami.fgov.be>
- <http://www.inami.be>



Les Organismes assureurs



- **Rôle des OA dans les soins de santé :**

=> Voir le Power Point sur les médecins-conseil et les soins de santé

ASSI, pour qui ?



- **Art. 32.** Sont bénéficiaires du droit aux prestations de santé telles qu'elles sont définies au chapitre III du titre III de la présente loi coordonnée et dans les conditions prévues par celle-ci:

Bénéficiaires de l'ASSI



- **CHAPITRE II.** - Du champ d'application.

Art. 32. Sont bénéficiaires du droit aux prestations de santé telles qu'elles sont définies au chapitre III du titre III de la présente loi coordonnée et dans les conditions prévues par celle-ci :

1° les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969, révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, y compris les travailleurs bénéficiant d'une indemnité due à la suite de la rupture irrégulière du contrat de travail, de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués du personnel, de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués syndicaux ou de la cessation du contrat de travail de commun accord,) ou bénéficiant d'une indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1er, alinéa 3, 2° de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, pendant les périodes couvertes par ces indemnités ou les travailleurs inscrits au Pool des marins de la marine marchande en vertu de l'article 3bis de la loi du 25 février 1964 organisant un Pool des marins de la marine marchande, inséré par l'arrêté royal du portant des mesures en vue de la dissolution de la Régie des Transports maritimes

- 1°bis les travailleurs indépendants assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants
- 2° les travailleurs (et les travailleurs indépendants) reconnus incapables de travailler ou les travailleuses (et travailleuses indépendantes) qui se trouvent (dans une période de protection de la maternité) au sens de la présente loi coordonnée
- 3° les travailleurs en chômage contrôlé;
- 4° les travailleuses qui, à la suite d'une
-

Bénéficiaires de l'ASSI



1. Titulaires :

- Travailleurs salariés, indépendants, fonctionnaires
- Chômeurs indemnisés, prépensionnés, bénéficiaires d'une indemnité de rupture
- Personnes en incapacité de travail
- Personnes en repos d'accouchement
- Personnes handicapées
- Personnes qui paient une cotisation personnelle : exclus du chômage , les congés sans solde
- Les étudiants de l'enseignement supérieur qui ne sont plus personnes à charge et qui paient une cotisation personnelle
- Pensionnés et les mineurs qui ont une pension d'invalidité
- Veuve, veuf et orphelin d'un travailleur assuré
- Membres d'une communauté religieuse qui cotisent
- Les personnes "non protégées" "résidents" qui cotisent : ministres, rentiers, pauvres

Bénéficiaires de l'ASSI



2. Personnes à charge :

- L'époux , épouse
- La personne qui vit avec le titulaire
- Les enfants du titulaire ou de son conjoint
- Les ascendants (parents – grands-parents)

**Conditions : plafond de revenu (730 € par mois),
faire partie du ménage**

Bénéficiaires de l'ASSI



- TITRE VI. - Des conditions d'octroi des prestations.

CHAPITRE I. - Généralités.

Art. 118. Les bénéficiaires doivent être affiliés à une mutualité ou inscrits à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la (Caisse de soins de santé de la HR Rail

Sauf pour le statut du personnel de la Société nationale des chemins de fer belges, le choix de l'organisme assureur est librement exercé par les bénéficiaires.

Le choix des bénéficiaires visés détermine celui des personnes à leur charge. Les bénéficiaires visés doivent s'affilier ou s'inscrire à un même

Art. 119. Le Roi définit ce qu'il faut entendre par "documents de cotisation", le modèle de ces documents est établi par le Ministre.

Le Roi détermine par quelles personnes et organismes et dans quelles conditions les documents de cotisation sont établis et délivrés aux titulaires.

Art. 120. Les employeurs sont tenus de fournir aux titulaires tout document nécessaire aux organismes d'exécution de la présente loi coordonnée pour prouver leurs droits aux prestations de l'assurance.

Bénéficiaires de l'ASSI



- Art. 127

§ 1er. Les bénéficiaires s'adressent librement, pour obtenir les prestations de santé visées à l'article 34 :

- a) à toute personne autorisée légalement à exercer l'une des branches de l'art de guérir;
- b) à tout dispensateur de soins habilité à fournir les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, 6), inscrit sur la liste établie par le service des soins de santé de l'institut, ou à l'article 34, alinéa 1er, 1°, c), 4° et 7° bis, inscrit sur la liste visée à l'article 215, § 2
- c) à tout établissement hospitalier, institution ou service visé à l'article 34, alinéa 1er, 11°, 12° et 18°, agréés par l'autorité compétente

§ 2. [1 ...]¹.

§ 2. (ancien § 3) Est interdite, dans tous les cas, la publicité qui mentionne la gratuité des prestations de santé visées à l'article 34 ou qui fait référence à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de ces prestations.

Bénéficiaires de l'ASSI



- Ils paient quoi ?
 - Ticket Modérateurs
 - Suppléments

Bénéficiaires de l'ASSI



Tickets Modérateurs :

1. Variables en fonction du statut :

- Titulaire
- Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
 - Qui a le moins de revenu paie moins => TM plus bas/
plus haut remboursement des prestations
- Statut Malade Chronique
- Statut Palliatif

Bénéficiaires de l'ASSI



2. Variables en fonction du type de prestataires:

- Accord : médecin-dentiste

Conventionné : tarif – remboursement = TM

$$\text{ex: } 100 - 75 = 25$$

Non convent : pas de tarif – même remboursement = TM + supplément

$$150 - 75 = 75$$

- Conventions (paramédicaux ...)

Conventionné : $100 - 75 = 25$

Non Conventionné : $100 - 75 (X 75\%)$ Différence de remboursement



56

Bénéficiaires de l'ASSI



• Filets de secours :

○ INAMI :

- Maximum à facturer
 - Social
 - Revenu (voir tableau)
- Forfait Malades Chroniques
- Forfait incontinence
- Trajet de soins
- Pansements actifs,
- Fonds spécial de solidarité
- ...

Inkomsten	Gezin zonder gezinslid met chronische ziektekosten of statuur chronische aandoening		Gezin met tenminste 1 gezinslid met chronische ziektekosten of statuur chronische aandoening	
	Categorie	Remgeldplafond	Categorie	Remgeldplafond
van 0 tot 18.231,97	B	459,00	M	557,00
van 18.231,98 tot 28.028,25	C	663,00	N	561,00
van 28.028,26 tot 37.524,56	D	1.020,00	O	918,00
van 37.524,57 tot 47.212,66	E	1.428,00	P	1.326,00
vanaf 47.212,67	F	1.836,00	Q	1.734,00

- Initiatives OA dans le cadre des assurances complémentaires et des assurances hospitalières
- Assurance privéesquand on peut les payer.

Soins de santé : ce n'est pas remboursé ...



L'assurance soins de santé n'intervient pas dans les prestations accomplies dans un but esthétique, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance.

Pour les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, l'assurance soins de santé intervient seulement dans le coût des prestations appliquées dans le traitement si celles-ci répondent aux recommandations cliniques généralement admises ou au consensus scientifique. Ils sont documentés et justifiés dans le dossier médical de l'assuré par l'investigateur visé à l'article 2, 17°, de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

L'assurance soins de santé n'intervient pas dans les prestations dont l'exécution est une exigence spécifique du protocole visé à l'article 2, 22°, de la loi précitée et qui dépassent les prestations effectuées visées à l'alinéa 3.

L'investigateur tient une liste de la recherche scientifique et des essais cliniques dans laquelle les patients sont inclus. Le Roi peut fixer les modalités pour l'application du présent alinéa.

Soins de santé : ce n'est pas remboursé ...



Art. 136.

§ 1er. Sous réserve de l'application de l'ordre juridique international, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge.

Elles peuvent toutefois être accordées :

- a) dans les conditions déterminées par le Roi;
- b) dans les conditions prévues au sein de conventions conclues entre le Comité de l'assurance et le Comité de gestion des indemnités et les organismes compétents étrangers visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les régions frontalières par la fixation de règles de coopération
- c) dans les conditions prévues au sein de conventions particulières, dont le contenu s'inscrit dans le cadre général des règles fixées par les conventions internationales, conclues entre les personnes visées à l'article 2 i), n), belges et étrangères, pour réaliser un accès simplifié à des prestations transfrontalières et qui ont été approuvées par le Comité de l'assurance et/ou le Comité de gestion des indemnités.

Le Roi fixe les règles selon lesquelles les montants qui, en application de l'ordre juridique international, sont à charge de l'assurance, et qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008¹, sont fixés, portés en compte, récupérés et comptabilisés

Soins de santé : ce n'est pas remboursé ...



Art. 136.

§ 2. Les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.

Pour l'application du présent paragraphe, le montant des prestations accordé par l'autre législation est le montant brut diminué du montant des cotisations de sécurité sociale prélevées sur ces prestations.

Les prestations sont octroyées, dans les conditions déterminées par le Roi, en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun.

L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1er.

La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier.

Le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire, il transmet à l'organisme assureur, si celui-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d'assurances-responsabilités civile sont assimilées au débiteur de la réparation.

Si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire, en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire.

L'organisme assureur possède un droit propre de poursuite en remboursement des prestations accordées contre le Fonds commun de garantie visé à l'article 49 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, dans les cas visés à l'article 50 de cette même loi.

Soins de santé : c'est quoi ?



CHAPITRE III. - Des prestations de santé.

Art. 34. Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent :

- 1° les soins courants comportant :
 - a) les visites et les consultations des médecins de médecine générale et des médecins-spécialistes;
 - b) les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et par des services de soins infirmiers à domicile
 - c) les soins donnés par des kinésithérapeutes;
 - d) les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste;
 - e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires;
- 2° les accouchements;
- 3° les prestations requérant une qualification particulière de médecin-spécialiste, de pharmacien ou de licencié en sciences;
- 4° la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, d'appareils auditifs, de voiturettes, de bandages, d'orthèses et de prothèses externes
- 4°bis. la fourniture :
 - a) d'implants, à l'exception de ceux visés sous 1°, e), y compris les implants ostéo-intégrés utilisés en dentisterie et les implants et les dispositifs médicaux invasifs utilisés dans la bouche ou sur le visage dont minimum une partie intrabuccale ou extrabuccale est visible

Soins de santé : c'est quoi ?



- 5° la fourniture de médicaments, comportant :
 - a) les préparations magistrales;
 - b) c) les spécialités pharmaceutiques
 - d) les radio-isotopes
 - e) oxygène médical.
- 6° l'hospitalisation ou admission dans un service hospitalier qui dépend d'une association d'hôpitaux, pour mise en observation et traitement;
- 7° les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle;
- 7°bis les soins donnés par des logopèdes
- 7°ter les soins donnés par des podologues
- 7°quater les soins donnés par des diététiciens
- 7°quinquies. les soins donnés par des éducateurs en diabétologie;
- 7°sexies. la fourniture du matériel d'autocontrôle qui doit être accessible aux patients dans le cadre des règles visées à l'article 36 qui favorisent la collaboration entre les médecins de médecine générale et les médecins spécialistes
- 8° [...]; <L 2006-07-13/68, art. 84, 120; **En vigueur** : 01-07-2009>
- 9° le placement :
 - a) dans les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique

Soins de santé : c'est quoi ?



10° les frais de voyage des malades qui doivent être hospitalisés en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires ou qui sont traités ambulatoirement pour des centres anti-cancéreux ou dans des centres de dialyse rénale, ainsi que les frais de déplacement liés aux prestations de rééducation fonctionnelle [...] [et au placement dans les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique visés respectivement aux 7°, 8° et 9

11° Les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques et des centres de soins de jour, agréés par l'autorité compétente *Transféré*

12° Les prestations qui sont [fournies par des maisons de repos pour personnes âgées ou par des centres de court séjour, et qui sont agréés par l'autorité compétente,] et les prestations qui sont dispensées par des institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi

13° Les prestations qui sont effectuées par des services intégrés de soins à domicile *Transféré*

14° les matières et produits de soins pour les soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave [ou de bénéficiaires nécessitant des soins palliatifs à domicile

15° la fourniture [...] de sang et de dérivés sanguins

16° [...] <L 1999-12-24/36, art. 29, 1°, 045; **En vigueur** : 10-01-2000>

17° la délivrance d'organes [1 ...] dans les conditions fixées par et en vertu de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes;

18° le placement en habitation protégée et en home de séjour provisoire.

Soins de santé : c'est quoi ?



19° La fourniture de lait maternel, d'aliments diététiques à des fins médicales spéciales et d'alimentation parentérale

20° la fourniture de dispositifs médicaux, à l'exception de ceux visés aux points 4° et 4°bis

20° bis la fourniture de prothèses capillaires

21° les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire

22° le transport d'un organe prélevé à l'étranger;

23° les frais de typage de donneurs potentiels de moelle osseuse à l'étranger et les frais de transport et d'assurance du donneur de moelle osseuse d'un autre pays

24° l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique. Le Roi peut étendre l'intervention de l'assurance à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique

25° les soins à domicile pour les personnes souffrant d'une lésion cérébrale non congénitale et nécessitant des soins chroniques lourds

26° les soins dispensés aux femmes dans le cadre du programme de soins " médecine de la reproduction ", [tel que défini à l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à [ceux-ci, dont le traitement médicamenteux, ainsi que] d'autres soins liés à la prise en charge des troubles de la fertilité]. Les gynécologues habilités à procéder à ces soins sont soit attachés à l'hôpital, soit affiliés à l'hôpital pour la réalisation de ces soins, selon des modalités fixées par le Roi

27° les frais de déplacement des parents ou des tuteurs légaux d'un enfant atteint d'un cancer et qui est admis dans un hôpital au sens du point 6° du présent article; le Roi détermine le montant de l'intervention dans les frais de déplacement, fixé par journée d'hospitalisation de l'enfant concerné. Le montant susmentionné est calculé sur la base de la distance entre [le domicile de l'enfant], et l'hôpital. Le Roi détermine les modalités de paiement de ce montant

28° les frais du transport en ambulance organisée dans le cadre de l'aide médicale urgente visée à l'article 1er de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. L'intervention de l'assurance dans ces frais est fixée par le Roi

29° la délivrance de matériel corporel humain dans les conditions fixées par et en vertu de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique.

Soins de santé : La nomenclature



- La nomenclature :

Art. 35. § 1er. [5 Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4° bis et 5°, b), c), d) et e) ;]5

Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon que le dispensateur de soins réponde ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature.

Soins de santé : La nomenclature



- Le remboursement des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, (5°, a) et d)), (15°, 19°, 20° et 20° bis, **peut être soumis à l'autorisation du médecin-conseil**. Le Roi peut également déterminer les conditions selon lesquelles **le médecin conseil peut vérifier si les prestations délivrées** visées à l'article 34, alinéa 1er, (5°, a) et d)), (15°, 19°, 20° et 20° bis,) qui ont donné lieu à remboursement ont bien été prescrites par le dispensateur conformément aux conditions de remboursement fixées. Le Roi fixe la procédure de recours introduite par le dispensateur de soins à l'encontre des décisions du médecin-conseil.

Soins de santé : La nomenclature



- § 2. Le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1^{er}

1° sur la base de la proposition formulée d'initiative par le conseil technique compétent, soumise à la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance (et à la Commission de contrôle budgétaire)

2° sur la base de la proposition formulée par le conseil technique compétent à la demande (du Ministre ou) de la commission de conventions ou d'accords correspondante. (Ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance) (et à la Commission de contrôle budgétaire);

3° sur la base de la proposition élaborée par la commission de conventions ou d'accords compétente ou par le Ministre ou le Comité de l'assurance, maintenue dans son texte original ou amendée après avoir été soumise à l'avis du conseil technique compétent, cet avis est censé être donné s'il n'est pas formulé dans le délai d'un mois à dater de la demande.

Soins de santé : La nomenclature



- Art. 22. Le Comité de l'assurance :
4° bis. Détermine les règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé sur la base des propositions visées à l'article 27, alinéa 3, à l'article 29bis, 3°, et à l'article 29ter, alinéa 4, 3., et en fixe la date d'entrée en vigueur. Ces règles interprétatives sont publiées au Moniteur belge.

Soins de santé : La nomenclature



- Art. 27. Il est institué, auprès du service des soins de santé, un Conseil technique médical, un Conseil technique dentaire, un Conseil technique de l'hospitalisation, un Conseil technique de la kinésithérapie, un Conseil technique pharmaceutique, (un Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins) (un Conseil technique des radio-isotopes). Ces Conseils sont institués auprès des commissions de conventions ou d'accords correspondantes (...), et, à défaut, auprès du Comité de l'assurance.
- Ces conseils font les propositions et donnent les avis prévus à l'(article 35, § 2 (...)) (et à l'article 35, § 2ter).
- Ces Conseils et les Conseils institués en exécution de l'article 29 sont compétents pour faire au Comité de l'assurance des propositions de règles interprétatives concernant la nomenclature des prestations de santé.

Soins de santé : La nomenclature



NOMENCLATURE: objectif

- Instrument pour :
 - Description de la prestation et de ses conditions de mise en oeuvre et attestabilité
 - Utiliser les moyens financiers par les prestataires
 - Base de sécurité tarifaire/ qualitative pour le patient
- Enregistrement des codes :
 - Suivi des dépenses et gestion par l'autorité
 - Epidémiologie

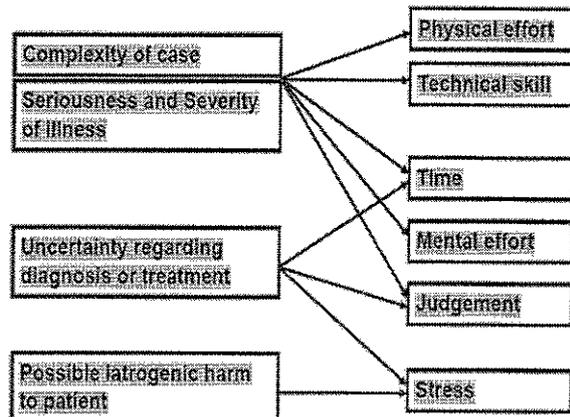
Soins de santé : La nomenclature



Facteurs déterminant le coût de la prestation ...

Resource-based relative value

scale (RBRVS) is a schema used to determine how much money medical providers should be paid. It is partially used by Medicare in the United States and by nearly all health maintenance organizations (HMOs).



Soins de santé : La nomenclature



Facteurs déterminant le coût de la prestation ...

Resource-based relative value scale (RBRVS) :

Défauts de ce système :

- On paie l'effort plutôt que le résultat => surconsommation sans qualité
- En contradiction avec l'EBM basée sur les outcomes
- Tension entre les honoraires des divers spécialismes liés à l'effort et à la formation

Soins de santé : La nomenclature



- › Chapitre I - Généralités
- › Chapitre II - Consultations, visites et avis, Psychothérapies et autres prestations
- › Chapitre III - Soins Courants
- › Chapitre IV - Accouchements
- › Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales
- › Chapitre VI - Lunettes et autres prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses
- › Chapitre VII - Anatomie-pathologie et examens génétiques
- › Chapitre VIII - Prestations interventionnelles
- › Chapitre IX - Implants
- › Chapitre X - Logopédie

Soins de santé : La nomenclature



Chapitre III - Soins Courants

Section 1 - Prestations techniques médicales - Article 3

Version actuelle depuis : 01.01.2014

Version à partir du : /

Règles interprétatives : chapitre 3.0.23

Historique

Section 2 - Soins dentaires, diplômes - Article 4

Version actuelle depuis : 01.01.2014

Version à partir du : /

Règles interprétatives :

Historique

Section 2 - Soins dentaires, prestations - Article 5

Version actuelle depuis : 01.01.2014

Version à partir du : /

Règles interprétatives : chapitre 3.0.25

Historique

Section 2 - Soins dentaires, règles d'application - Article 6

Version actuelle depuis : 01.01.2014

Version à partir du : /

Règles interprétatives : chapitre 3.0.26

Historique

Section 3 - Kinésithérapie - Article 7

Version actuelle depuis : 01.01.2014

Version à partir du :

Règles interprétatives : chapitre 3.0.27

Historique

Section 4 - Soins infirmiers - Article 8

Version actuelle depuis : 01.01.2014

Version à partir du :

Règles interprétatives : chapitre 4

Historique

Soins de santé : La nomenclature



Règle interprétative 20

QUESTION

Que vise exactement la prestation 145530 - 145541 Ablation d'ongle incarné K 20 ?

REPONSE

La prestation 145530 - 145541 Ablation d'ongle incarné K 20 vise nécessairement l'ablation de l'ongle au moins du côté incarné, accompagnée d'une toilette des berges unguéales, avec résection des tissus de granulation inflammatoire et les gestes complémentaires destinés à éviter les récurrences.

L'exérèse de la totalité de l'ongle n'est dès lors pas requise.

Date du moniteur : 24/06/2003

Date de prise d'effet : 24/06/2003

Articles : 3 ;

Numéro de nomenclature : 145530 ; 145541 ;

Soins de santé : La nomenclature



Article 8

Règle interprétative 01

Précisions concernant l'impossibilité d'attester certaines prestations via l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé

QUESTION

Les prestations dispensées lors d'une « première prise en charge des urgences » ou lors de « soins urgents spécialisés » dans un hôpital peuvent-elles être attestées via l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé ?

La prestation « mise en place et/ou surveillance d'une perfusion » peut-elle être attestée via l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé dans un hôpital y compris au service de consultation de l'hôpital ?

REPONSE

Aucune prestation de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé dispensée lors d'une « première prise en charge des urgences » ou lors de « soins urgents spécialisés » dans un hôpital ne peut être attestée via cet article 8.

La mise en place et/ou la surveillance d'une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée ne peut pas être attestée via l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé lorsque cet acte est réalisé dans un hôpital en ce compris le service de consultation de l'hôpital.

Date du moniteur : 26/06/2004 + 06/06/2014

Date de prise d'effet : 01/01/2014

Articles : 8 ;

Numéro de nomenclature :

Soins de santé : La nomenclature



145316

"A.R. 6.3.2007" (en vigueur 1.5.2007) + Erratum M.B. 4.4.2007
« Taping » de la cheville comme traitement d'une rupture ligamentaire, y compris le matériel utilisé.

K 17

Cette prestation peut être attestée au maximum quatre fois par épisode nosologique."

Libellé

Numéro de code pour attester

Info complémentaire

Soins de santé : La nomenclature



- NOMENSOFT :
<http://www.riziv.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/NomenSoft.aspx#.V6h6wrvr0iQ>