

20 MAI 2021. - Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté pour signature a pour objet de modifier l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités.

Cette adaptation signifie que par année civile et quel que soit le nombre de situations pathologiques, un maximum de 54 « codes de dépassement » peut être attesté en pathologie « courante ». Ces « codes de dépassement » sont les codes à utiliser si les codes remboursés au taux le plus élevé (maximum 18 par situation pathologique) ne peuvent plus être facturés.

La motivation de cette adaptation de nomenclature est d'empêcher un usage récurrent et/ou inutile de ces prestations.

Dans son avis n° 68/706/2 du 17 février 2021 le Conseil d'Etat estime ce qui suit :

Bien que l'objectif poursuivi, qui est d'éviter qu'il soit fait un usage récurrent ou inutile des prestations visées afin de limiter les coûts que cela peut représenter à charge de la sécurité sociale, soit légitime, la limitation des prestations remboursables ainsi fixée sans qu'aucune exception ne puisse être admise selon la pathologie concernée et alors que cette pathologie peut nécessiter un nombre plus important de prestations, a pour effet de traiter de manière identique des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations objectivement différentes.

Il en résulte une rupture du principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, qui ne peut se justifier à suffisance par des difficultés organisationnelles. La disposition sera revue de manière à ce que des exceptions à la règle prescrite puissent être envisagées.

Le Conseil d'Etat ignore le fait que la nomenclature de kinésithérapie définit toute une série de « situations pathologiques » et donc de « situations objectivement différentes » pour lesquelles un nombre différent de séances remboursées au meilleur taux de remboursement est déterminé à chaque fois. On peut même dire que la nomenclature de la kinésithérapie repose, au moins en partie, sur cette distinction entre groupes de pathologies.

La disposition de ce projet d'arrêté royal vise uniquement à limiter le nombre de prestations pouvant être facturées dans les pathologies dites « courantes » et donc pas dans les autres catégories reprises dans la nomenclature. On pense ici principalement à la pathologie Fa- (aiguë), Fb- (chronique) et E- (lourde), mais aussi à d'autres situations spécifiques telles que les patients palliatifs à domicile, la kinésithérapie périnatale ou la kinésithérapie pendant l'hospitalisation de jour.

La nomenclature répond et continuera de répondre à la possibilité d'allouer un plus grand nombre de prestations de kinésithérapie aux patients en fonction de leurs besoins spécifiques et prend ainsi en compte et prendra en compte « des situations objectivement différentes ».

J'ai l'honneur d'être,

Sire,

de Votre Majesté

le très respectueux et très fidèle serviteur,

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Fr. VANDENBROUCKE

Conseil d'Etat

section de législation

Avis 68.706/2 du 17 février 2021 sur un projet d'arrêté royal `modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance soins de santé et indemnités'

Le 19 janvier 2021, le Conseil d'Etat, section de législation, a été invité par le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal `modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance soins de santé et indemnités'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 17 février 2021 . La chambre était composée de Pierre Vandernoot, président de chambre, Patrick Ronvaux et Christine Horevoets, conseillers d'Etat, Sébastien Van Drooghenbroeck et Jacques Englebert, assesseurs, et Esther Conti, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Benoît Jadot, premier auditeur chef de section .

La concordance entre la version française et la version néerlandaise a été vérifiée sous le contrôle de Pierre Vandernoot .

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 17 février 2021 .

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o , des lois `sur le Conseil d'Etat', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

FORMALITES PREALABLES

Plusieurs des formalités dont l'accomplissement est requis pour l'adoption de l'arrêté en projet ont été accomplies entre le 12 octobre 2018 et le 6 février 2019.

Il est rappelé que le délai qui s'écoule entre l'accomplissement de formalités précédant une décision et celle-ci même doit en principe être bref. Dans le cas contraire, l'autorité ne peut se fonder sur les formalités qui ont été accomplies que s'il est démontré que les circonstances de fait et de droit à prendre en compte n'ont pas évolué à un point tel que la procédure suivie devrait être considérée comme n'étant plus pertinente en l'espèce.

Il appartient à l'auteur du projet de vérifier si cette condition est remplie dans le cas présent.

C'est sous cette réserve que les observations qui suivent sont formulées.

EXAMEN DU PROJET

PREAMBULE

1. Comme l'a confirmé le fonctionnaire délégué, la procédure suivie en l'espèce est celle prévue par le 1^o et non pas par le 2^o de l'article 35, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi `relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994.

L'alinéa 1^{er} sera corrigé en conséquence.

2. Aux alinéas 5 et 7, il convient de faire état des décisions, et non pas des avis, de la Commission de conventions kinésithérapeutes - organismes assureurs et du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

DISPOSITIF

Article 1^{er}

L'article 1^{er} a pour objet de limiter à 54 fois par année et par bénéficiaire les prestations de kinésithérapie reprises dans la nomenclature sous les numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 650453, 564410 et 560615, « indépendamment du nombre de situations pathologiques ».

La mesure est justifiée par un souci d'économie en empêchant un usage récurrent ou inutile de ces prestations.

Le Conseil technique de la kinésithérapie, qui est l'auteur de la proposition, a fait valoir qu'il

« ne juge pas opportun d'introduire un remboursement différencié (voir tableau en annexe 1), tel que demandé dans la Convention, après un certain nombre de codes de dépassement afin de ne pas multiplier davantage les codes et ainsi complexifier davantage la nomenclature, d'autant plus que la CCM a demandé par ailleurs au CTK d'intégrer dans la nomenclature les indemnités pour 'initier un dossier élaboré de kinésithérapie' et de revalorisation pour les 9 premières prestations de traitement des pathologies 'courantes' et 'liste Fa' ».

Bien que l'objectif poursuivi, qui est d'éviter qu'il soit fait un usage récurrent ou inutile des prestations visées afin de limiter les coûts que cela peut représenter à charge de la sécurité sociale, soit légitime, la limitation des prestations remboursables ainsi fixée sans qu'aucune exception ne puisse être admise selon la pathologie concernée et alors que cette pathologie peut nécessiter un nombre plus important de prestations, a pour effet de traiter de manière identique des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations objectivement différentes.

Il en résulte une rupture du principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, qui ne peut se justifier à suffisance par des difficultés organisationnelles. La disposition sera revue de manière à ce que des exceptions à la règle prescrite puissent être envisagées.

LE GREFFIER, LE PRESIDENT,
Esther CONTI Pierre VANDERNOOT

20 MAI 2021. - Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005, 27 décembre 2007 et 22 juin 2016 et § 2, 1^o, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu 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;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, fait le 12 octobre 2018;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 12 octobre 2018;

Vu la décision de la Commission de conventions kinésithérapeutes - organismes assureurs donné le 23 octobre 2018;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 7 novembre 2018;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 12 novembre 2018;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 6 février 2019;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 septembre 2020;

Vu l'avis 68.706/2 du Conseil d'Etat, donné le 17 février 2021 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 7 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, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014, 03 septembre 2015, 17 octobre 2016, 19 septembre 2017, 3 février 2019, 3 mars 2021 et 9 mai 2021, le § 10 est complété par un

alinéa rédigé comme suit :

« Quelles que soient les précédentes dispositions du présent paragraphe, les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 54 fois par année, indépendamment du nombre de situations pathologiques. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. ».

Art. 2. Durant l'année de l'entrée en vigueur du présent arrêté, il est tenu compte des prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 attestées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté pour déterminer si le nombre de 54 fois par année est atteint.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 mai 2021.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Fr. VANDENBROUCKE

Publié le : 2021-06-15

Numac : 2021041846