

1^{re} Partie

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



I. Modifications légales et réglementaires

1. Lois modifiant la loi coordonnée (loi SSI) du 14.07.1994

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2016	16.05.2016	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale

Résumé des modifications

Article 84 :

1) Octroi de la qualité de titulaires des indemnités :

- durant la période couverte par une indemnité d'éviction due à un représentant de commerce ou une indemnité qui découle du contrat de non concurrence et/ou de non débauchage (à partir du 01.10.2013)
- le premier jour ouvrable après la fin du paiement d'une allocation de transition prévue dans la législation des pensions, pour les personnes qui sont devenues incapables de travailler ou qui se trouvent dans une période de protection de la maternité, au plus tard le premier jour ouvrable après l'écoulement de la période couverte par l'allocation de transition (à partir du 01.01.2016).

2) Actualisation d'un certain nombre de notions uniformes afférentes aux données temps de travail à l'usage de la sécurité sociale :

- la suppression de la notion "jour de carence"
- l'adaptation terminologique des concepts de "congé de maternité converti" (à la place de "congé de paternité visé par la loi du 16.03.1971 sur le travail") et "congé de paternité ou de naissance" (à la place de "congé de paternité visé par la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail")
- l'adaptation de la description de la notion de "congé d'adoption".

3) Report de la date d'entrée en vigueur de la mesure de suspension des indemnités durant une période de détention ou d'emprisonnement (01.01.2016 à la place de 01.07.2015).

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

Moniteur	Date	Titre
02.02.2016	19.01.2016	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

Article 233 : suspension de l'octroi de l'indemnité d'incapacité de travail pendant la période durant laquelle le titulaire fait l'objet d'une mesure de détention ou d'incarcération.

15.02.2016	01.02.2016	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 dans le cadre de la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables
------------	------------	--

Résumé des modifications

Simplification de la procédure de demande dans le cadre d'une nouvelle convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables (enregistrement dans le système Quermid et suppression du formulaire patient) ce qui entraîne une modification des dispositions suivantes :

Article 138, 2^o, g), est complété par les mots : "(...), à l'exception de la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables pour laquelle le 1^o reste d'application".

Article 139 est complété comme suit : "Les demandes d'intervention concernant la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables sont introduites par les établissements de soins qui y ont adhéré selon la procédure fixée par le Comité de l'assurance et reprise dans la convention concernée".

Article 140, § 1^{er} est également complété : "(...), à l'exception des demandes concernant la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables pour lesquelles la demande des établissements de soins concernés est introduite auprès du Collège des médecins-directeurs et auprès du médecin-conseil selon la procédure fixée par le Comité de l'assurance et reprise dans la convention concernée".

Article 141, alinéa 1^{er}, du même arrêté, il est ajouté la phrase : "Pour la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables, la décision est seulement communiquée à la direction médicale des organismes assureurs concernés et aux établissements de soins concernés".

30.03.2016	13.03.2016	Arrêté royal modifiant les articles 252 et 276 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	---

Résumé des modifications

Les modifications apportées aux articles 252 et 276 visent à subordonner, pour les travailleurs indépendants qui entament une activité indépendante, l'octroi du droit aux prestations de santé au paiement effectif de la première cotisation sociale trimestrielle due au statut social des travailleurs indépendants. Les droits ne leur seront donc octroyés le 1^{er} jour du trimestre de l'assujettissement au statut social, que lorsque la première cotisation sociale aura été payée.

Il en ira de même s'ils obtiennent une dispense de cotisation pour la première cotisation sociale trimestrielle due.

04.05.2016	21.04.2016	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

Dans le cadre de l'examen de la situation familiale précise du titulaire reconnu incapable de travailler, une mesure de neutralisation particulière a été introduite via cet arrêté royal dans la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs salariés ainsi que de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.

Cette mesure neutralise l'augmentation introduite le 1^{er} avril 2015 de la pension minimale pour le travailleur indépendant isolé avec une carrière complète (cela concerne une augmentation de 10 EUR). Cette augmentation forme un alignement anticipé partiel entre le montant de la pension minimale pour travailleurs indépendants et le montant de la pension minimale dans le régime des travailleurs salariés. L'alignement complet a été fixé au 1^{er} août 2016.

Via cette mesure de neutralisation, le titulaire reconnu incapable de travailler qui, avant cette revalorisation de la pension minimale au 1^{er} avril 2015, avait la qualité de titulaire avec charge de famille ou de titulaire sans charge de famille-isolé, maintient cette qualité, malgré l'augmentation introduite de la pension minimale de la personne qui, à titre principal, crée la charge de famille dans le chef du titulaire reconnu en incapacité de travail et cohabite avec ce titulaire reconnu incapable de travailler. Pour que cette mesure de neutralisation continue à s'appliquer, il est en plus nécessaire que le titulaire se trouve toujours dans la même situation.

09.06.2016	26.05.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 avril 2016 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 modifie l'article 205, § 1^{er}, 3^o qui détermine une dispense de stage sur base des "études".

À l'article 2 dudit arrêté royal, la date d'entrée en vigueur contient une erreur. Cette disposition sera remplacée dans les plus brefs délais via un nouvel arrêté royal qui déterminera ce qui suit :

- l'article 1^{er}, 1^o et 2^o de l'arrêté royal du 21 avril 2016 ont comme date d'entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015
- l'article 1^{er}, 3^o de l'arrêté royal du 21 avril 2016 a comme date d'entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2015.

Il s'agit plus particulièrement des modifications suivantes qui découlent d'une modification de la réglementation chômage :

- 1) "Terminer une formation en alternance" vient en considération comme "étude" ouvrant le droit au bénéfice d'une dispense de stage sur base des "études" dans le secteur indemnités

Date d'entrée en application : 1^{er} juillet 2015

- 2) Le délai de principe de 13 mois, au cours duquel l'assuré doit acquérir la qualité de titulaire comme travailleur salarié, travailleur indépendant ou chômeur contrôlé et débute après la fin des "études" (qui peuvent être prises en considération dans le cadre de la dispense de "stage" sur base des études), est prolongé à concurrence de la période durant laquelle le jeune chômeur, selon "les conditions de diplôme" plus strictes d'application dans la réglementation chômage jusqu'à l'âge de 21 ans, n'a pas été en état d'acquérir la qualité de chômeur contrôlé (sur base de l'octroi d'allocations d'insertion).

Date d'entrée en application : 1^{er} septembre 2015.

15.06.2016	29.05.2016	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 modifie l'article 211, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par cette modification, "la mesure de pur alignement" du montant des indemnités d'incapacité de travail sur le montant des allocations de chômage (que l'intéressé aurait reçu s'il n'avait pas été inapte au travail) pendant les six premiers mois d'incapacité de travail, n'est plus d'application que si le montant des allocations de chômage est moins élevé que (ou égal à) que le montant calculé de l'indemnité d'incapacité de travail. Si le montant des allocations de chômage est plus élevé que le montant calculé de l'indemnité d'incapacité de travail, l'assuré reçoit ce dernier montant (plus bas) ("la mesure de limitation").

La mesure de limitation est par exemple d'application dans les situations suivantes :

- l'assuré reçoit pendant les trois mois de la première phase de la première période d'indemnisation chômage (la phase 11), une allocation de chômage (= 65 % de la rémunération perdue plafonnée) qui est plus élevée que le montant de l'indemnité d'incapacité de travail (= 60 % de la rémunération perdue plafonnée)
- l'assuré reçoit une allocation de chômage minimale qui est plus élevée que le montant de l'indemnité d'incapacité de travail calculée à 60 % du salaire perdu plafonnée (l'assurance indemnités ne garantit en effet des minima qu'à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois de l'incapacité de travail).

Date d'entrée en vigueur : cette mesure de limitation est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015 et est d'application sur chaque incapacité de travail qui débute à partir de cette date.

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

Moniteur	Date	Titre
19.02.2016 Édition 2	26.01.2016	Arrêté royal modifiant l'article 14, 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

Insertion d'une nouvelle prestation : "Neuronavigation comprenant le planning assisté par ordinateur lors d'un traitement radiochirurgical de lésions intracrâniennes K 400" à l'article 14, b) de la nomenclature.

26.02.2016	15.02.2016	Arrêté royal modifiant l'article 14, d) 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

À l'article 14, d) de la nomenclature, le libellé de la prestation 243316/243320 est remplacé par : "Traitement chirurgical de l'obstruction de l'intestin grêle par adhésiolyse tel que Noble, Childs ou Baker, y compris la gastrostomie".

29.02.2016
Édition 1

22.02.2016

Arrêté royal modifiant les articles 12, § 3, 2^o, d) et 13 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

Suite au dépassement des dépenses afférentes à la réanimation des mesures ont été prises :

- la principale source de dépassement était à l'article 13 B de la nomenclature, le deuxième jour surveillance 211245 et le supplément de nuit et de week-end 211260. C'est pourquoi les mesures ont été concentrées sur ces prestations. Au 13 B, la surveillance le jour de la sortie n'est plus remboursée et les possibilités d'attestation du supplément sont restreintes. En outre, le § 6 impose des conditions plus strictes
- la règle d'application au § 2, 2^o, interdit le cumul d'une série de prestations avec les honoraires de surveillance de l'article 25 pour les patients à partir de 7 ans.
- la règle d'application au § 5 : interdiction de cumul avec des prestations d'anesthésie, assortie d'exceptions :
 - l'interdiction de cumul vaut pour la respiration assistée et le monitoring de l'article 13 A et le premier jour de surveillance et le premier jour de respiration assistée de l'article 13 B
 - le deuxième jour de surveillance et deuxième jour (+) de respiration de l'article 13 B peuvent être portés en compte : ce sont les patients qui sont déjà (au moins depuis le jour précédent) hospitalisés dans la fonction et auxquels ne s'applique donc pas l'interdiction de cumul
 - la liste limitative des prestations énumérées au § 5 signifie aussi que d'autres prestations de l'article 13 (A, B ou C) peuvent être portées en compte le jour où la prestation d'anesthésie est effectuée. Par ailleurs, ceci signifie aussi que les prestations énumérées ne peuvent être attestées même si elles ont été commencées avant l'anesthésie et n'ont donc pas de rapport direct avec la surveillance postopératoire
 - la référence à la valeur de la prestation chirurgicale de l'article 12, § 3, 2^o, d), est supprimée et remplacée par celle de l'anesthésie au § 5 de l'article 13
 - il est également fait une exception pour le monitoring ou la respiration entamée en ambulatoire au service des urgences (aucune exception n'est faite pour ces prestations ambulatoires si elles sont effectuées dans l'hôpital de jour).
- en ce qui concerne la règle d'application au § 6 : la limite de 15 minutes est cohérente avec l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée : en son article 9, § 3, il est précisé que le médecin qui assure la permanence dans la fonction des soins intensifs doit pouvoir également assurer la permanence dans la fonction de soins urgents spécialisés pour une période de 15 minutes (en cas d'intervention du SMUR et de ce fait en l'absence du spécialiste en soins d'urgence)
- le § 7 concernant les services des grands brûlés : la surveillance 211223 et 211245 et le supplément de nuit 211260 ne peuvent pas être portés en compte. Un service des grands brûlés est caractérisé par une longue durée d'hospitalisation, assortie surtout de soins infirmiers intensifs, mais tous les patients ne nécessitent pas une surveillance médicale intensive durant toute la période d'hospitalisation. La surveillance ordinaire de l'article 25 s'applique donc à ces services.

À l'entrée en vigueur de cette nouvelle nomenclature, le 1^{er} avril 2016, la règle interprétative 3 de l'article 13 qui dispose que dans un service des grands brûlés, la dialyse pour insuffisance rénale aigüe (470466 de l'article 20) doit être portée en compte, peut également être supprimée. Désormais la dialyse 211525 de l'article 13 B pourra être utilisée.

18.03.2016 Édition 3	19.02.2016	Arrêté royal modifiant les articles 20, § 1 ^{er} , d), f) et § 2, 26, § 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

- 1° À l'article 20, § 1^{er} de la nomenclature, la polygraphie de neuro-diagnostic est supprimée parce qu'elle est jugée désuète. Comme elle est en plus mal définie, elle pourrait être employée à la place de la polysomnographie dont on a limité l'utilisation
- 2° On transfère la polysomnographie (474552–474563) de la rubrique 20, d) pédiatrie à la rubrique 20, f) neuropsychiatrie. Le nouveau code est 478133-478144
- 3° Cette polysomnographie (478133-478144) est réservée aux patients jusqu'à l'âge d'un an
- 4° On réserve la polysomnographie actuellement en neuropsychiatrie (477374–477385) aux patients de plus d'un an
- 5° On introduit une limitation des polysomnographies à une fois par an
- 6° Enfin, on maintient l'accès de ces polysomnographies pour les spécialistes qui en disposent actuellement.

18.03.2016 Édition 3	19.02.2016	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 3 <i>bis</i> 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

Par la disposition reprise au point 7° des règles d'application de l'article 25, § 3*bis* de la nomenclature, les médecins qui bénéficient des dispositions transitoires prévues à l'article 13, §§ 2 et 3, de l'arrêté royal du 27 avril 1998, ont accès aux prestations d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence (A 38).

Les autres médecins spécialistes bénéficiant de ces mesures transitoires sont : le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie, neurochirurgie, urologie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, pédiatrie, neurologie.

Quatre nouvelles prestations sont créées pour tous les médecins spécialistes qui, dans le cadre des mesures transitoires, assurent la permanence au Service des Urgences. Les honoraires pour ces prestations sont comparables aux honoraires de la consultation du médecin spécialiste en médecine interne. Cela correspond à une prestation pour le Service des Urgences pour un non accrédité à A 34 et pour un accrédité à A 34 +Q 30.

29.03.2016	13.03.2016	Arrêté royal modifiant l'article 29 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

Au § 12 de l'article 29 de la nomenclature, "Prothèses myoélectriques" :

1° Au point "4. Procédure de demande et documents pour l'intervention de l'assurance" : la nomenclature est adaptée pour préciser que le protocole de test musculaire doit uniquement être réalisée pour la première prescription. Cette règle figurait déjà sur la prescription

2° Au point "4.2. Prescripteurs" : une règle d'exception similaire à celle qui existe déjà pour les prothèses des membres inférieurs est introduite. Cette règle d'exception va permettre de délivrer sans prescription médicale toutes les prestations.

25.04.2016 Édition 3	01.04.2016	Arrêté royal modifiant l'article 34 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 vue de revaloriser certaines chirurgies cérébrales graves et de clarifier certains termes utilisés dans l'article 34 de la nomenclature :

1° Révision du coefficient des prestations suivantes :

- 589050-589061 (dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s)) de I 800 à I 750
- 589116-589120 (chirurgie du cerveau : occlusion vasculaire principalement pour le traitement d'un anévrisme cérébral) de I 1000 à I 1850
- 589595-589606 (placement d'endoprothèse pour le traitement d'un anévrisme abdominal) de I 2250 à I 1850
- 589610-589621 (placement d'endoprothèse pour le traitement d'un anévrisme iliaque) de I 1200 à I 750
- 589632-589643 (placement d'endoprothèse pour le traitement d'un anévrisme thoracique) de I 2250 à I 1850.

2° Création d'une nouvelle prestation 589816-589820, pour l'extraction percutanée d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque (I 800).

25.04.2016 Édition 3	01.04.2016	Arrêté royal modifiant l'article 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

Suite à la révision de l'article 14k de la nomenclature, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014, la liste limitative relative aux prestations "599480 Honoraire de coordination pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu" et "597800 Honoraires de surveillance pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu, pour le médecin spécialiste qui a effectué une des interventions de la liste limitative ci-dessous" n'a pas été adaptée.

1° La prestation "300333-300344 Ménisectomie partielle ou totale (prestation arthroscopique)" est remplacée par la prestation "276636-276640 Ménisectomie interne ou externe du genou", quelle que soit la technique, qui remplace aussi la prestation "290076-290080 Exérèse du ménisque interne ou externe du genou (prestation non arthroscopique)".

Il en résulte que l'honoraire de coordination et les honoraires de surveillance ne peuvent plus être portés en compte pour une ménisectomie arthroscopique réalisée en hospitalisation de jour.

2° Les autres codes qui n'existent plus sont supprimés.

25.04.2016 Édition 3	10.04.2016	Arrêté royal modifiant l'article 17, §§ 1 ^{er} , 11° et 12°, et 14 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

Ajout de trois nouvelles prestations avec des règles d'application dans l'article 17 au point 11 de la nomenclature, "Tomographie commandée par ordinateur" :

1° "459874-459885 Tomographie du cerveau commandée par ordinateur, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, effectuée simultanément avec un examen PET, à des fins diagnostiques (N180)"

2° "459896-459900 Tomographie commandée par ordinateur, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, effectuée simultanément avec un examen PET qui comprend au moins un cliché de la région du cou jusqu'à l'abdomen, à des fins diagnostiques (N 455)"

3° "459911-459922 Tomographie commandée par ordinateur, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, effectuée simultanément avec un examen PET, qui comprend au moins la région du thorax, à des fins diagnostiques (N 260)".

Les règles d'application stipulent que ces prestations ne peuvent être attestées qu'avec l'examen PET correspondant et ne peuvent être cumulées avec les examens CT existants correspondant.

Les prestations 459896-459900, 459874-459885 et 459911-459922 sont ajoutées au "forfait par prescription", et aux "honoraires de consultance".

Les nouvelles prestations entreront en vigueur seulement au 1^{er} janvier 2016.

26.04.2016	01.04.2016	Arrêté royal modifiant l'article 14, k) 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

À l'article 14, k) de la nomenclature, dans le texte en néerlandais de la règle d'application qui suit la prestation 277815-277826, les mots "hetzelfde operatieveld" sont remplacés par les mots "dezelfde operatietijd".

La version NL de la règle d'application pour les greffes osseuses est corrigée conformément à la version FR (dans le même temps opératoire = dezelfde operatietijd).

30.05.2016 Édition 1	09.05.2016	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 3 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

À l'article 11, § 3 de la nomenclature, le libellé de la prestation 355073-355084 est remplacé par ce qui suit : "Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, pancréatique, parotidienne) au moyen du lithotriporteur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique".

En effet, la lithotripsie par ondes de choc extracorporelles a pris de plus en plus d'importance dans le traitement de la lithiase parotidienne.

30.05.2016 Édition 1	09.05.2016	Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1 ^{er} , g) 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

À l'article 20, § 1^{er}, g) de la nomenclature, dans l'alinéa 1^{er} des règles d'application qui suivent la prestation 478030-478041, les mots "102152" sont abrogés.

La prestation 478030-478041 s'adresse aux médecins-spécialistes en rhumatologie *accrédités*. La première règle d'application autorisait le cumul avec les honoraires de consultation 102152 et 102653; or, la prestation 102152 concerne la consultation au cabinet par un médecin-spécialiste en rhumatologie *non-accrédité*. Pour éviter toute ambiguïté, les mots "102152" sont abrogés dans cette règle d'application.

31.05.2016	13.05.2016	Arrêté royal modifiant l'article 14, e) 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

Modification à l'article 14, e) de la nomenclature du libellé des prestations 229670-229681 et 229692-229703 afin qu'elles soient réservées au placement d'une OESM (oxygénation extracorporelle sur membrane) artério-veineuse.

Création d'une nouvelle prestation (229714-229725) pour l'OESM veino-veineuse chez les adultes.

Cette dernière peut être effectuée par un anesthésiste, un pédiatre et un intensiviste. Une seule des prestations précitées peut une seule fois être attestée par période d'hospitalisation.

31.05.2016	13.05.2016	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1 ^{er} , I, 2 ^o , 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

Les modifications apportées à l'article 14, h) de la nomenclature ont pour but de fixer des critères de remboursement spécifiques pour différentes opérations aux paupières :

- pour les prestations 245652-245663, 245674-245685, 245696-245700 et 245711-245722, de nouveaux libellés sont introduits, les libellés actuels prêtant à confusion.

Une règle d'application précise ce qu'est une "perte de substance" : il s'agit d'une perte de tissu sur toute l'épaisseur de la paupière :

- pour la prestation 245733-245744 : les modifications visent à établir une distinction entre la dermatochalasis avec incidence fonctionnelle et les corrections esthétiques visant à rajeunir les paupières flétries.

La modification vise à conserver N200 mais en attribuant une valeur de N150 à travers une adaptation de la valeur de la lettre-clé.

Le périmètre de Goldmann ne serait plus produit, la mesure doit donc être possible grâce à un "équivalent" de cet appareil.

La plupart des cas de dermatochalasis sont bilatéraux, seuls quelques cas sont unilatéraux. Il est quand même décidé d'inscrire une prestation "par paupière".

Le remboursement de cette prestation dépend de l'envoi d'une notification avec les résultats de la périmétrie ainsi que des photos des yeux du patient :

- pour la prestation 245814-245825 (le traitement de ptosis), des clarifications sont également proposées. Dans les cas de ptosis avérés, la vue droit devant est également obstruée. Ces patients adoptent une posture typique : ils penchent la tête en arrière pour pouvoir voir en dessous des paupières.

Il est également proposé de prévoir un remboursement "par paupière" :

- les prestations 245770-245781 (canthoplastie) et 245755-245766 (blepharochalasis) sont supprimées puisqu'elles ne constituent pas une entité clinique homogène.

13.07.2016	17.06.2016	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 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

À l'article 24, § 1^{er} de la nomenclature, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE, la prestation suivante est insérée avant la prestation 549850-549861 :

“549916-549920

Escherichia coli O157, culture et identification, y compris agglutination avec un antisérum spécifiqueB 250

(Maximum 1) (Règle diagnostique 99)”

2° dans la rubrique “Règles diagnostiques”, la règle suivante est ajoutée :

“99.

La prestation 549916 - 549920 est portée en compte à l'AMI seulement en cas de diarrhée sanglante ou de syndrome hémolytique et urémique”.

13.07.2016	19.06.2016	Arrêté royal modifiant l'article 18, § 2, B, e), et 24, § 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

La modification consiste à ajouter une nouvelle prestation à l'article 24, § 1^{er} de la nomenclature :

4/ Chimie : monitoring thérapeutique 1/ sang

et une nouvelle prestation à l'article 18, § 2, B, e)

4/ Chimie : monitoring thérapeutique 1/ sang

◦ Dosage des choriogonadotrophines humaines (hCG) B 400

La règle diagnostique en limite l'utilisation au suivi d'une tumeur du testicule.

13.07.2016	19.06.2016	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 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

À l'article 24, § 1^{er} de la nomenclature, dans la rubrique “Règles diagnostiques”, la règle diagnostique “8” est complétée par les mots :

“ou chez un patient traité pour une paraprotéïnémie”.

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

Moniteur	Date	Titre
----------	------	-------

12.02.2016	26.01.2016	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

Fixe la quote-part personnelle pour les nouvelles prestations pour examens PET qui ont été inscrites dans la nomenclature.

18.03.2016 Édition 3	19.02.2016	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

À l'article 37 *bis*, § 1^{er}, *D**bis*, les modifications suivantes sont apportées :

1° au 1°,

a) le mot "590590" est inséré entre le mot "590553" et le mot "590634"

b) le mot "590715" est inséré entre le mot "590671" et le mot "590752"

2° au 2°,

a) le mot "590612" est inséré entre le mot "590575" et le mot "590656"

b) le mot "590730" est inséré entre le mot "590693" et le mot "590774".

Quote-part personnelle pour les prestations d'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés.

18.03.2016 Édition 3	19.02.2016	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

À l'article 37 *bis*, § 1^{er}, *E*, les modifications suivantes sont apportées :

1° au 1°, le mot "475650" est abrogé

2° au 5°, les modifications suivantes sont apportées :

a) les mots "472231", "473130", "474530" et "474552" sont abrogés

b) le mot "478133" est inséré entre le mot "478111" et le mot "figurant".

Quote-part personnelle pour la nouvelle prestation "Polysomnographie jusqu'à l'âge d'un an" (voir plus haut sous Nomenclature).

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

Moniteur	Date	Titre
23.02.2016 Édition 2	15.02.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Modification de la partie du coût des spécialités pharmaceutiques qui est laissée à charge d'un bénéficiaire non hospitalisé pour les spécialités pharmaceutiques qui sont délivrées dans une officine ouverte au public au bénéficiaire qui ne réside pas en maison de repos et de soins ou en maison de repos pour personnes âgées et pour les spécialités pharmaceutiques ayant une forme pharmaceutique autre que "orale-solide" qui sont délivrées dans une officine ouverte au public au bénéficiaire qui réside en maison de repos et de soins ou en maison de repos pour personnes âgées.

À l'article 2, § 1^{er} de l'arrêté royal du 7 mai 1991 :

1° Au point A, 1°, le mot "10,80" est remplacé par le mot "5,00"

2° Au point B, 1°, le mot "10,80" est remplacé par le mot "5,00"

3° Au point C, 1°, le mot "10,80" est remplacé par le mot "5,00".

01.07.2016	28.06.2016	Arrêté royal portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires
------------	------------	--

Résumé des modifications

Cet arrêté royal qui remplace l'arrêté royal existant sur les interventions personnelles contient le modèle de ticket modérateur qui doit permettre que des soins remboursés dans le cadre d'une autre législation rentrent aussi en compte pour le trajet de soins buccaux chez les bénéficiaires sans régime préférentiel, de plus de 18 ans.

6. Autres arrêtés royaux

Moniteur	Date	Titre
19.02.2016 Édition 2	15.02.2016	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2016 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Cet arrêté royal ainsi que celui qui figure à la ligne suivante préparent la procédure en vue de l'organisation de l'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ici la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2016 est établie).

19.02.2016 Édition 2	15.02.2016	Arrêté royal déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de kinésithérapeutes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité
-------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Cet arrêté royal ainsi que celui qui figure à la ligne précédente préparent la procédure en vue de l'organisation de l'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ici les conditions auxquelles les organisations professionnelles de kinésithérapeutes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection).

29.02.2016 Édition 1	19.02.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens
-------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Fixe la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé pour l'année 2014.

21.03.2016 Édition 2	07.03.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 février 2014 exécutant la loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+
-------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Les cartes d'identité sociale valides qui ont été délivrées en vertu des arrêtés royaux précités du 19 juin 1997, du 13 février 1998 et du 22 février 1998 et de l'arrêté ministériel précité du 10 décembre 1998 restent valables à des fins d'identification selon les modalités existantes jusqu'au 31 décembre 2016 (au lieu du 31.12.2015).

18.07.2016	22.06.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité
------------	------------	--

Résumé des modifications

Les modifications apportées à l'article 15 de l'arrêté royal du 22 janvier 2002 sont liées aux changements intervenus dans la procédure de reconnaissance de l'invalidité et la suppression des commissions régionales.

Les modifications suivantes sont apportées :

- a) dans le paragraphe 1^{er}, 1^o, les mots "aux présidents des Commissions supérieures et régionales" sont remplacés par les mots "au président de la Commission supérieure"
- b) dans le paragraphe 1^{er}, 2^o, les mots "desdites Commissions supérieures et régionales" sont remplacés par les mots "de ladite Commission supérieure"
- c) dans le paragraphe 1^{er}, 3^o, les mots "aux secrétaires des Commissions supérieures et régionales" sont remplacés par les mots "au secrétaire de la Commission supérieure"
- d) les paragraphes 2 et 3 sont abrogés.

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 1^{er} 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. Comme il nous est impossible de reprendre ici l'ensemble des spécialités pharmaceutiques qui ont été introduites, modifiées ou retirées de la liste.

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

Moniteur	Date	Titre
----------	------	-------

12.02.2016	01.02.2016	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

Remplace les annexes 37, 37 suite 2, 37 suite 3 et 37 *bis* (facture patients et facture pour soins ambulatoires à l'hôpital).

07.03.2016 Édition 1	01.02.2016	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

L'article 6, § 1, 1° du règlement du 28 juillet 2003 est complété par l'alinéa suivant :

“Le praticien de l'art infirmier doit mentionner un pseudocode permettant d'identifier le type de lieu où la prestation a été dispensée lors de la facturation des prestations réalisées dans certains lieux. La liste de ces lieux de prestation et des pseudocodes correspondants est reprise dans l'annexe 87. Lorsque le tiers-payant est appliqué, ces pseudocodes doivent être mentionnés dans les données de facturation transmises par un réseau électronique aux organismes assureurs. En cas de paiement direct et lorsque les attestations de soins conformes au modèle de l'annexe 1 sont utilisées, le pseudocode est mentionné sur l'attestation de soins, dans la colonne située à droite du numéro de nomenclature concerné. En cas d'utilisation d'attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28, le pseudocode est mentionné sur l'attestation de soins dans la colonne située à droite de la colonne intitulée “Total”.”.

L'annexe 87 jointe au présent règlement est ajoutée au même règlement et prévoit la liste des lieux pour lesquels un pseudocode doit obligatoirement être mentionné par le praticien de l'art infirmier et liste de ces pseudocodes.

Dans le cadre des soins ambulatoires de la rubrique 3° de l'article 8, § 1^{er} de la nomenclature des prestations de santé “Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence”.

04.04.2016	22.02.2016	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

Remplace les annexes 57 et 58 du règlement du 28 juillet 2003.

09.05.2016	22.06.2015	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

Un chapitre VIII^{quater} - Du formulaire de remboursement standardisé pour la plastie de réduction d'un sein avec un article 22^{septies} rédigé comme suit : "Le formulaire de remboursement standardisé visé à l'article 14, c), II, 1, 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, est établi conformément au modèle repris à l'annexe 88."

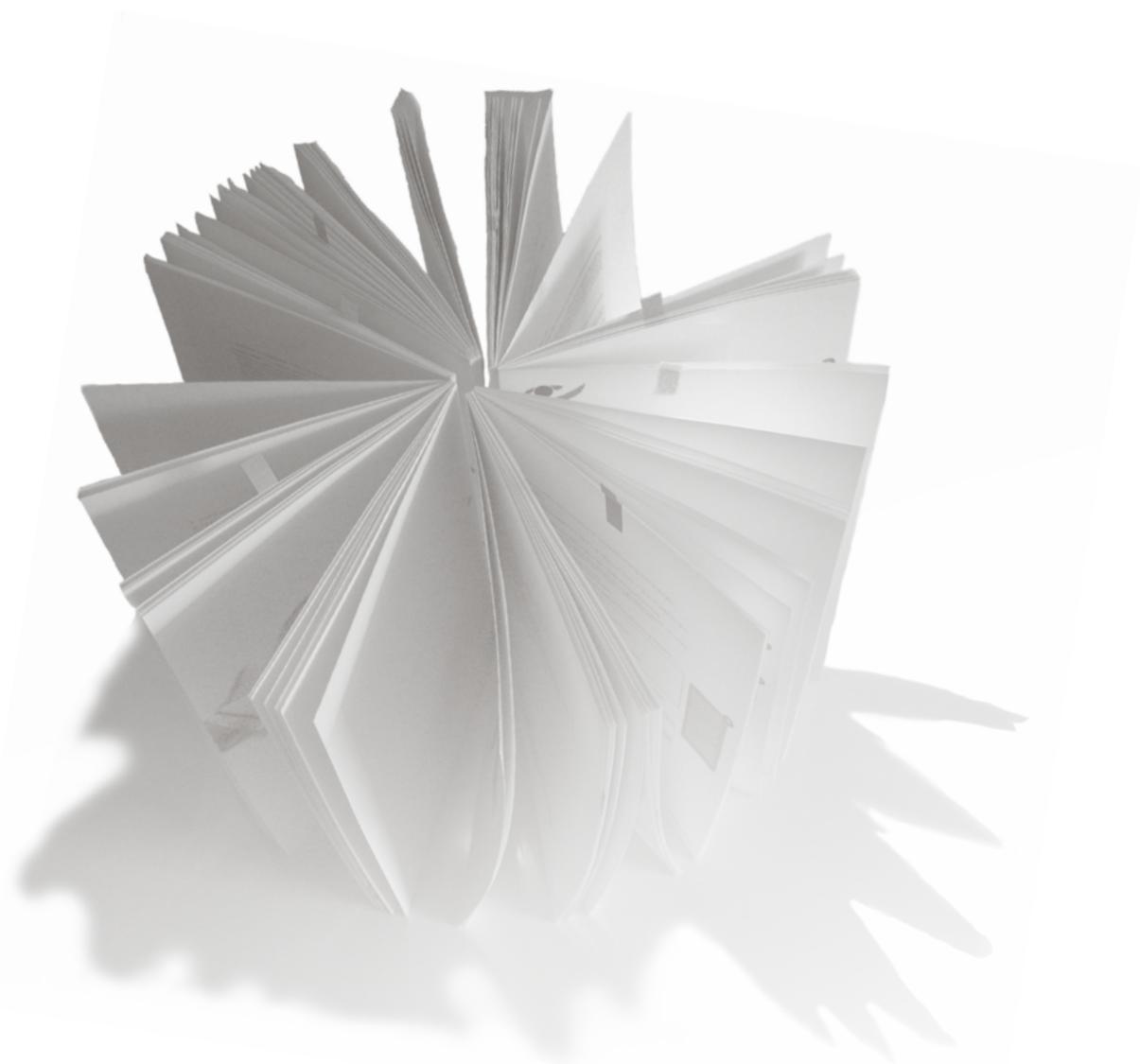
L'annexe 88 jointe en annexe au présent règlement est ajoutée aux annexes du Règlement du 28 juillet 2003.

9. Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire

Le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables a été modifié à 11 reprises et modifié les formulaires repris dans ce règlement.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Cour Constitutionnelle, 3 mars 2016

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Article 37, § 20, alinéa 3 - Reconnaissance des tabacologues

Afin de limiter et de conserver la possibilité de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie-invalidité, il relève en principe du seul pouvoir du législateur de décider quelles sont les prestations de santé remboursables et de s'assurer que ces prestations sont dispensées par des personnes compétentes.

Seuls peuvent accéder à la reconnaissance en tant que tabacologues, les psychologues et les professionnels de la santé au sens de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, moyennant la réussite d'épreuves finales d'une formation spécifique en tabacologie. Limiter la possibilité d'être reconnu n'est pas dépourvu de justification raisonnable étant donné que la problématique du sevrage tabagique a des liens avec la santé ainsi que des aspects psychologiques. Les personnes qui font appel à un tabacologue reconnu peuvent obtenir un remboursement des honoraires versés.

Les tabacologues qui ne sont pas reconnus peuvent continuer à exercer leur profession. Cependant, leurs honoraires ne peuvent donner lieu à un remboursement à charge de l'assurance soins de santé.

Arrêt n° 36/2016

...

I. Objet de la question préjudicielle et procédure

Par arrêt du 30 janvier 2015 en cause de P.L. contre l'État belge, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 13 février 2015, la Cour d'appel de Bruxelles a posé la question préjudicielle suivante:

“L'article 37, § 20, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'article 140 de la loi-programme du 22 décembre 2008, viole-t-il les articles 10, 11 et 23 de la Constitution lus séparément et combinés avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'article 1^{er} de la Charte sociale européenne et le principe de sécurité juridique en ce qu'il crée, entre les tabacologues qui prodiguaient une assistance au sevrage tabagique avant son entrée en vigueur, deux catégories de tabacologues : ceux qui ont obtenu le droit d'être reconnus, à savoir les professionnels de la santé et les licenciés en psychologie, à l'unique condition d'avoir réussi les épreuves finales d'une formation spécifique - en sorte que leur intervention peut être remboursée par l'INAMI - et ceux qui n'ont pas obtenu ce droit, bien qu'ils justifiaient d'une expérience utile comme tabacologue et qu'ils avaient réussi les épreuves finales d'une formation spécifique en tabacologie ? ”.

...

- B -

B.1. La question préjudicielle porte sur l'article 37, § 20, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après: la loi AMI), qui dispose :

“§ 20. Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 14°, 20°*bis*, 24° et 25°, ainsi que les conditions de remboursement. Il peut déterminer que ces interventions sont accordées sous la forme d'un montant forfaitaire ou d'un montant maximum pour une période qu'il détermine.

Le Roi fixe les conditions de reconnaissance des tabacologues, qui, outre les docteurs en médecine, peuvent assurer l'assistance au sevrage tabagique.

Ces tabacologues doivent être soit des licenciés en psychologie, soit des professionnels de la santé au sens de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et doivent également avoir satisfait aux épreuves finales d'une formation spécifique en tabacologie agréée par le Roi”.

En vertu de l'article 34, alinéa 1^{er}, 24°, les soins au sens de la loi AMI comprennent “l'assistance au sevrage tabagique”.

B.2.1. La Cour est invitée à contrôler la compatibilité de l'alinéa 3 de l'article 37, § 20, précité, avec les articles 10, 11 et 23 de la Constitution, lus isolément ou en combinaison avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, avec l'article 1^{er} de la Charte sociale européenne et avec le principe de la sécurité juridique. La question préjudicielle porte sur la différence de traitement, en ce qui concerne le remboursement des prestations d'aide au sevrage tabagique aux patients, entre les tabacologues qui prodiguaient une telle aide avant l'entrée en vigueur de la disposition en cause, selon qu'ils ont, en vertu de cette disposition, le droit d'être reconnus ou pas.

Seuls les professionnels de la santé au sens de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et les psychologues peuvent accéder à la reconnaissance en tant que tabacologue, moyennant la réussite d'épreuves finales d'une formation spécifique en tabacologie. Les personnes qui font appel à un tabacologue reconnu pour obtenir une aide au sevrage tabagique peuvent obtenir un remboursement des honoraires qu'elles leur versent pour ces prestations. En revanche, les tabacologues qui ne sont ni professionnels de la santé, ni psychologues ne peuvent être reconnus. Il en découle que, bien qu'ils puissent valablement offrir une assistance au sevrage tabagique, les honoraires relatifs à leurs prestations ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé.

B.2.2. Contrairement à ce que soutient le Conseil des ministres, la disposition en cause crée bien une différence de traitement désavantageant les tabacologues qui ne sont ni professionnels de la santé, ni psychologues et qui ne peuvent donc être reconnus. S'il est vrai que cette disposition ne leur interdit pas d'exercer la profession de tabacologue, la circonstance que leurs honoraires ne peuvent donner lieu à un remboursement à charge de l'assurance soins de santé, alors que les honoraires, dus pour les mêmes prestations, des tabacologues qui sont soit professionnels de la santé, soit psychologues, peuvent donner lieu à un remboursement, est de nature à dissuader les patients de faire appel à leur aide en matière de sevrage tabagique et, en conséquence, à gêner pour eux l'exercice de cette profession.

B.2.3. Par ailleurs, la question préjudicielle n'invite pas la Cour à comparer la situation de l'appelante devant le juge a quo à deux moments différents, soit avant et après l'entrée en vigueur de la disposition en cause, mais bien à comparer au regard de cette disposition, d'une part, la situation de l'appelante et des personnes qui, comme elle, ont réussi les épreuves finales d'une formation spécifique donnant accès à la profession de tabacologue mais ne sont ni professionnels de la santé, ni psychologues et, d'autre part, la situation des personnes qui ont réussi les mêmes épreuves et sont professionnels de la santé ou psychologues.

B.3.1. La disposition en cause a été insérée par l'article 140 de la loi-programme du 22 décembre 2008. Avant l'entrée en vigueur de cette loi-programme, seules l'assistance et les prestations pharmaceutiques de sevrage tabagique chez les femmes enceintes et leur partenaire faisaient l'objet d'un remboursement, en vertu de l'article 34, alinéa 1^{er}, 24^o, de la loi AMI, tel qu'il avait été inséré par l'article 62 de la loi-programme du 27 décembre 2004.

B.3.2. Les travaux préparatoires de l'article 140 de la loi-programme du 22 décembre 2008 indiquent :

“Cette section vise à étendre à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé la possibilité de remboursement de l'aide au sevrage tabagique, jusqu'ici réservée aux femmes enceintes et à leur partenaire.

Cette extension est prévue par le Plan national cancer, qui met l'accent sur la lutte contre le tabagisme tant actif que passif et doit être rapidement mis en oeuvre.

On constate en effet qu'une hausse substantielle des moyens de prévention du tabagisme et d'accompagnement des fumeurs, combinée à des mesures fortes contre le tabagisme, [a] permis à certains pays dont la Belgique de faire reculer davantage le tabagisme.

Une des mesures de ce plan est d'étendre la possibilité de remboursement de l'aide au sevrage tabagique à l'ensemble des fumeurs et non plus seulement aux femmes enceintes et à leur partenaire comme c'est le cas actuellement.

L'assistance au sevrage tabagique pourra être prise en charge soit par un médecin (généraliste ou spécialiste), soit par un tabacologue, ce dernier étant un professionnel de la santé ou un psychologue qui a suivi et réussi une formation en tabacologie agréée par le Roi” (Doc. parl., Chambre, 2008-2009, DOC 52-1607/001, p. 82).

B.4.1. Afin de limiter et de conserver la possibilité de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie-invalidité, il relève en principe du seul pouvoir du législateur de décider quelles sont les prestations de santé remboursables par l'assurance soins de santé et de modifier sa politique dans ce domaine, sans que la Cour puisse substituer son appréciation en la matière à celle du législateur.

B.4.2. Il relève également de la responsabilité du législateur, lorsqu'il prévoit le remboursement de prestations de santé, de s'assurer que celles-ci sont dispensées par des personnes compétentes et qualifiées pour ce faire. À cet égard, il n'est pas sans justification raisonnable d'avoir limité le remboursement des prestations d'assistance au sevrage tabagique à celles qui sont accomplies par, outre les docteurs en médecine, les personnes qui possèdent une formation de base soit en tant que professionnel de la santé au sens de l'arrêté royal n^o 78 du 10 novembre 1967, soit en tant que psychologue et qui ont suivi avec succès une formation spécifique. La problématique du sevrage tabagique a en effet des liens avec la santé ainsi que des aspects psychologiques, de sorte que le législateur a pu considérer que les professionnels de ces secteurs présentent les compétences les plus indiquées pour assurer une aide au sevrage de qualité.

B.5. Il résulte de ce qui précède qu'en ce qu'elle limite la possibilité d'être reconnu en tant que tabacologue aux licenciés en psychologie et aux professionnels de la santé au sens de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 qui ont satisfait aux épreuves finales d'une formation spécifique en tabacologie agréée, la disposition en cause n'est pas dépourvue de justification raisonnable.

L'examen de la disposition en cause au regard de l'article 23 de la Constitution, de l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'article 1^{er} de la Charte sociale européenne ne conduit pas à une autre conclusion. La Cour doit encore examiner la compatibilité de la disposition en cause avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de la sécurité juridique.

B.6. Si le législateur estime qu'un changement de politique s'impose, il peut décider de lui donner un effet immédiat et, en principe, il n'est pas tenu de prévoir un régime transitoire. Les articles 10 et 11 de la Constitution ne sont violés que si le régime transitoire ou l'absence d'un tel régime entraîne une différence de traitement non susceptible de justification raisonnable ou s'il est porté une atteinte excessive au principe de la confiance légitime.

B.7. En l'espèce, la disposition en cause n'a ni pour portée ni pour effet d'empêcher les tabacologues concernés dont les prestations ne pouvaient précédemment ni ne peuvent actuellement faire l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé de continuer à exercer leur profession. Elle ne porte donc pas atteinte au principe de la confiance légitime.

B.8. La question préjudicielle appelle une réponse négative.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

dit pour droit :

L'article 37, § 20, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus ou non en combinaison avec l'article 23 de la Constitution, avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, avec l'article 1^{er} de la Charte sociale européenne et avec le principe de la sécurité juridique.

II. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 8 juillet 2016

Conseil d'État - Recours en cassation administrative - Recevabilité du moyen nouveau

Un requérant ne peut profiter du mémoire de "synthèse" pour compléter le recours, soit en formulant des griefs qui n'ont pas été allégués dans l'exposé des moyens de la requête, soit en palliant l'imprécision ou l'insuffisance des griefs qui y sont formulés.

Expertise - Procès équitable - Droits de la défense et débats contradictoires

N'ayant pas été réalisée à la suite d'une décision prise par la Chambre de 1^{ère} instance ou par la Chambre de recours, l'expertise ne devait pas présenter, en soi, de caractère contradictoire. Au demeurant, le caractère contradictoire de la procédure suivie devant ces deux juridictions administratives a été assuré à suffisance de droit.

Preuve - pouvoir d'appréciation

L'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle par les parties est souveraine dans le chef de la juridiction administrative.

Extrapolation - Droit commun de la preuve - Présomptions de l'homme - Présomptions graves, précises et concordantes

Le SECM pouvait considérer que les éléments matériels de l'infraction étaient réunis en se fondant, notamment, sur la concordance des témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions.

Si le SECM ne peut procéder à un renversement pur et simple de la charge de la preuve, il n'en reste pas moins que le droit commun de la preuve trouve à s'appliquer.

Le SECM et, à sa suite, la juridiction administrative saisie de l'action ou de l'appel, peuvent en conséquence se fonder sur des présomptions de l'homme, conformément à l'article 1353 du Code civil.

La méthode d'extrapolation peut être valablement prise en considération si cette méthode, combinée avec d'autres indices de preuve, peut être considérée comme faisant partie des présomptions graves, précises et concordantes qui peuvent être mises à charge du dispensateur de soins et si les arguments soulevés sont pris en compte dans la motivation de la décision de la juridiction administrative.

Arrêt n° 235399

B.B. - SPRL E.P.O.B. c./INAMI

...

IV.2. Décision du Conseil d'État

IV.2.1. En cassation administrative, un moyen doit viser, dès la requête introductive et de manière précise, les dispositions légales qui sont invoquées à son appui et exposer de manière détaillée en quoi la juridiction administrative aurait violé ces dispositions. Un requérant ne peut profiter du mémoire de "synthèse" pour compléter le recours, soit en formulant des griefs qui n'ont pas été allégués dans l'exposé des moyens de la requête, soit en palliant l'imprécision ou l'insuffisance des griefs qui y sont formulés. En effet, en vertu de l'article 20, § 4, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, la procédure en cassation n'est "engagée" que lorsque le recours est déclaré admissible. Par définition, un moyen soulevé en réplique seulement n'aura pas été soumis au conseiller d'État chargé de se prononcer sur l'admissibilité du recours et la partie adverse n'aura pas pu y répondre. Il en résulte qu'un moyen invoqué pour la première fois dans le mémoire de synthèse ne peut qu'exceptionnellement être déclaré recevable, s'il est fondé sur la violation d'une disposition légale d'ordre public ou d'un principe général de droit auquel ce caractère peut être attribué et si le Conseil d'État décide de s'en saisir parce que la violation alléguée "a pu influencer la portée de la décision", au sens de l'article 20, § 2, alinéa 3, des lois coordonnées sur le Conseil d'État.

IV.2.2. Le moyen est irrecevable en ce qu'il invoque la violation "des principes généraux du droit", ces derniers n'étant pas plus amplement précisés. Il est, par contre, suffisamment précis et, par conséquent, recevable, en tant qu'il invoque la violation de l'article 6, paragraphe 1, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et le principe du contradictoire dans le respect des règles en matière de preuve.

Par ailleurs, tel qu'invoqué dans le recours, le moyen reproche uniquement à la Chambre de recours, d'une part, d'avoir tenu compte du rapport d'expertise établi par C. S. en dehors de toute procédure contradictoire et sans qu'une nouvelle discussion ait pu avoir lieu entre les parties dans le cadre d'une expertise cette fois contradictoire, et, d'autre part, d'avoir considéré que les requérantes n'émettaient aucune critique concrète contre ce rapport, alors même que quatre critiques avaient été émises par celles-ci, critiques que les requérantes reprennent dans l'exposé de leur moyen.

Les autres arguments invoqués pour la première fois dans le mémoire en réplique valant mémoire de synthèse pour justifier la violation de la disposition et du principe visés au moyen, qui ne touchent pas à l'ordre public, sont donc irrecevables.

IV.2.3. Il convient également de rappeler qu'en tant que juge de cassation administrative, le Conseil d'État n'a vocation qu'à censurer l'erreur de droit, quelle que soit la manifestation de celle-ci. Il ne peut en toute hypothèse pas substituer son appréciation à celle du juge du fond lorsque celle-ci trouve à s'exercer souverainement.

IV.2.4. Compte tenu de ce qui précède, il y a tout d'abord lieu de relever que l'expertise réalisée par C. S. a été effectuée à la demande de la partie adverse et a été utilisée par celle-ci, parmi d'autres éléments, pour établir et défendre, tant devant la Chambre de première instance que devant la Chambre de recours, la véracité des griefs formulés à l'égard de la première requérante et ce, à la suite d'une enquête menée d'initiative à son égard par le SECM. Dès lors que cette expertise n'a pas été réalisée à la suite d'une décision en ce sens d'une de ces deux juridictions administratives, elle ne devait pas présenter, en soi, de caractère contradictoire. Par ailleurs, le caractère contradictoire de la procédure suivie devant ces deux juridictions a été assuré, à suffisance de droit, par la circonstance que les requérantes ont eu l'opportunité de prendre connaissance du rapport de C. S. et de contester, en tout ou en partie, le bien-fondé de celui-ci, au besoin en déposant une contre-expertise ou en réclamant de manière expresse une nouvelle expertise, ce sur quoi les juridictions auraient dû se prononcer. En relevant à cet égard, dans sa décision, que "Madame B. n'établit pas qu'une seule des constatations de l'expert dentiste sollicité par l'INAMI est erronée ou peut prêter à discussion, mais se contente, sans plus et sans apporter d'élément concret, de dénier toute valeur à l'expertise menée par Madame S.", la Chambre de recours s'est livrée à une appréciation des faits qui relève de son pouvoir d'appréciation.

Par ailleurs, à défaut d'apporter la preuve qu'elles auraient bien sollicité, de manière expresse et formelle, la réalisation d'une expertise contradictoire dans le cadre de la procédure menée devant la Chambre de recours, les requérantes ne peuvent non plus reprocher à celle-ci de ne pas en avoir ordonné une d'initiative.

Sous ce premier aspect, le premier moyen n'est donc pas fondé.

IV.2.5. S'agissant cette fois des critiques que les requérantes ont invoquées devant la Chambre de recours pour dénier toute force probante particulière à l'expertise unilatérale réalisée par C. S., il convient d'observer ce qui suit.

En ce qui concerne tout d'abord les critiques basées sur l'utilisation par C. S. des radios panoramiques et sur la production du courrier du Professeur T. ainsi que de diverses sources doctrinales venant à l'appui de ce rapport, il ressort clairement de la motivation de sa décision que la Chambre de recours a bien rencontré ces critiques en relevant que C. S. n'a pas fondé ses conclusions sur ces seules radios panoramiques, mais aussi sur des examens cliniques, qu'elle a également fait appel à un pédodontiste expérimenté pour relire les clichés RX et ses conclusions cliniques, et qu'elle s'appuie enfin sur les déclarations de patients qui sont considérées comme fiables. Ce faisant, la Chambre de recours a bien pris en compte les arguments des requérantes relatifs aux radios panoramiques et aux rapports, livres ou articles qu'elles avaient produits à ce sujet et elle y a adéquatement répondu.

S'agissant ensuite de la critique des requérantes portant sur le fait qu'il aurait été simplement "présupposé" par l'expert que la première requérante n'aurait, dans un bon nombre de cas, pas taillé les dents, la décision attaquée expose bien sur ce point que "le fait que Madame B. aurait taillé et curé les dents est indifférent en l'espèce, ces faits n'étant pas repris à grief". La critique des requérantes manque donc en fait sur ce point.

Sous ce second aspect, le premier moyen n'est pas non plus fondé.

IV.2.6. Le premier moyen doit, en conséquence, être rejeté.

V. SECOND MOYEN

...

V.2. Décision du Conseil d'État

V.2.1. Il y a lieu tout d'abord de se reporter aux points IV.2.1 et IV.2.3 du présent arrêt, dont les considérations de principe trouvent également à s'appliquer dans le cadre de l'examen du second moyen. S'agissant plus spécifiquement de ce second moyen, il convient, en outre, de rappeler que, si le juge de cassation exerce un contrôle de l'erreur de droit sur l'application des règles qui gouvernent la charge de la preuve dans les matières du contentieux administratif où existent de telles règles, il n'en reste pas moins que l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle par les parties est souveraine dans le chef de la juridiction administrative.

V.2.2. Dans le cas d'espèce, la Chambre de recours, en confirmant en toutes ses dispositions la décision prononcée le 6 juin 2013 par la Chambre de première instance, a, en réalité, confirmé les décisions de deux ordres prises par la Chambre de première instance : d'une part, le remboursement de la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé aux deux requérantes, et ce pour un montant de 330.044,73 EUR, et, d'autre part, la condamnation de la première requérante au paiement de deux amendes administratives, chacune s'élevant à 250,00 EUR, majorée de 45 décimes, soit 1.375,00 EUR.

S'agissant du premier ordre de décisions, prévues par l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après "loi AMI") pour les faits commis à partir du 15 mai 2007, il importe de rappeler que la Cour constitutionnelle a mis l'accent sur la spécificité du régime applicable en la matière, lequel régime repose sur ce que les dispensateurs de soins sont associés à l'application de la loi AMI et coopèrent en cela à un service public (C.C., arrêt n° 26/2002 du 30.01.2002, B.6; C.C., arrêt n° 9412002 du 05.06.2002, B.9 ; C.C., arrêt n° 9812002 du 12.06.2002, B.5.2 et B.5.3 ; C.C., arrêt n° 2312003 du 12.02.2003, B.13). Il n'est question en la matière ni d'une sanction administrative au sens de la loi AMI, ni d'une peine ou d'une infraction au sens du Code pénal social. Cette précision est d'importance pour l'appréciation de divers arguments avancés par les requérantes afin d'établir le bien-fondé de leur second moyen de cassation.

V.2.3. Toujours en application de l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi AMI, pour les faits commis à partir du 15 mai 2007, le mécanisme de récupération des sommes indûment versées à un prestataire de soins peut, notamment, être initié lorsque, à la suite d'une enquête menée par le SECM à l'égard du dispensateur de soins concerné, il apparaît que celui-ci a indûment déclaré des prestations non effectuées ou des prestations non conformes, au sens de l'article 73*bis*, 1^o et 2^o, de la loi AMI, entré en vigueur le 15 mai 2007 (auparavant de l'art. 141, § 5, de la même loi).

L'enquête à laquelle il est procédé par le SECM à ce sujet trouve son fondement légal dans l'article 139, alinéa 2, 3^o, de la loi AMI, tel que cet article a été remplacé par l'article 19 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, entré en vigueur le 15 février 2003, et dans l'article 146, § 2, de la loi AMI.

Dans le cadre de cette enquête, le SECM peut considérer que les éléments matériels constitutifs d'une infraction sont établis en se fondant, notamment, sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions. Ainsi que l'a observé le Conseil d'État dans son arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013, cité par les requérantes, à défaut d'une ou de présomptions légales définies par la loi AMI, le SECM ne peut considérer qu'un fait ou un acte est établi en procédant, pour ce faire, à un renversement pur et simple de la charge de la preuve. Il n'en reste pas moins, et la requérante ne soutient pas le contraire, que le droit commun de la preuve trouve à s'appliquer au contentieux dont relève le présent litige. Le SECM et, à sa suite, la juridiction administrative saisie de l'action ou de l'appel, peuvent en conséquence se fonder sur des présomptions de l'homme et ce, en déduisant un fait inconnu d'un ou de plusieurs faits connus, pour autant que les faits constitutifs d'indices soient établis et que les présomptions retenues soient, conformément à l'article 1353 du Code civil, graves et précises, de même que concordantes si elles se basent sur plusieurs indices.

De plus, le recours par le SECM à la méthode d'extrapolation que critiquent les requérantes dans leur moyen, implique, comme l'a également rappelé le Conseil d'État dans son arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014, aussi cité par les requérantes, que la Chambre de première instance et, en cas d'appel, la Chambre de recours tiennent dûment compte des arguments qu'ont soulevés les requérantes devant elles quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en oeuvre de cette méthode.

V.2.4. Au regard des principes qui viennent d'être rappelés, les diverses critiques que formulent les requérantes à l'appui de leur second moyen appellent les observations suivantes.

L'arrêt du Conseil d'État n° 223.425 du 7 mai 2013 n'a pas la portée que lui attribue les requérantes dans les développements de leur moyen, lorsqu'elles laissent entendre que tout recours à la méthode de l'extrapolation doit nécessairement être exclu. La critique manque donc en droit.

Il en va de même de l'affirmation de principe des requérantes selon laquelle la méthode de l'extrapolation ne pourrait jamais constituer un élément de preuve. Une telle méthode peut, en effet, être valablement prise en considération, tant par la Chambre de première instance que par la Chambre de recours, pour autant, d'une part, que celles-ci vérifient que cette méthode, de la manière dont elle a été utilisée dans le cas d'espèce, peut, combinée avec d'autres indices de preuve, être considérée comme faisant partie des présomptions graves, précises et concordantes qui peuvent être mises à charge du dispensateur de soins et que, d'autre part, comme l'a déjà précisé le Conseil d'État dans son arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014, elles tiennent dûment compte, dans la motivation de leur décision, des arguments qu'ont soulevé les requérantes devant elles quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en oeuvre de cette méthode. La critique des requérantes manque donc, ici aussi, en droit.

L'affirmation des requérantes selon laquelle rien ne permet de considérer que la méthode d'extrapolation aurait été améliorée depuis le cas ayant donné lieu à l'arrêt du Conseil d'État n° 223.425 du 7 mai 2013, est inopérante en l'espèce dès lors qu'elle ne rencontre d'aucune manière les différents motifs pour lesquelles la Chambre de recours a expressément considéré, dans le cas d'espèce qui lui était soumis, d'une part, "que le nombre de cas retenus à griefs par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient" et que, d'autre part, "l'extrapolation n'est qu'un des éléments, conforté par d'autres éléments, permettant d'établir avec certitude ce nombre minimum". Or, il convient de rappeler à cet égard que, dès lors qu'il peut être considéré que la Chambre de recours n'a pas violé les règles qui gouvernent la charge de la preuve dans le cas d'espèce qui lui a été soumis, l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle relève de son appréciation souveraine. La critique ne peut donc être accueillie.

Il apparaît de même que la critique que formulent les requérantes à l'égard de la représentativité du "petit échantillon" sur lequel se serait basé le rapport d'expertise établi par l'expert dentiste sollicité par l'INAMI a bien été rencontrée tant par la Chambre de première instance que par la Chambre de recours. Dans sa note de synthèse, le SECM a justifié la composition de cet échantillon par le fait qu'il s'agissait d'établir des constats dentaires sur des assurés ayant bénéficié de soins récents, vu le jeune âge des patients et le type de dents soignées, à savoir des dents lactéales. La Chambre de première instance a, pour sa part, relevé que l'étude statistique à laquelle avait procédé le SECM avait révélé qu'il n'y avait pas de contradiction à ce que les conclusions faites sur l'échantillon soient extrapolées à l'ensemble des assurés durant la période litigieuse, que la première requérante n'avait manifesté aucune opposition, suite à la réception des procès-verbaux de constat, par rapport au mécanisme de l'extrapolation, que ses critiques devant la Chambre de première instance étaient tardives et, qu'en tout état de cause, le caractère constant des manquements établis dans le chef de la première requérante rendait légitime le recours au mécanisme de l'extrapolation. De même, s'agissant de la fiabilité de l'échantillon, la Chambre de recours a expressément observé que les requérantes n'ont pu établir devant elle qu'une seule des constatations de l'expert dentiste sollicité par l'INAMI serait erronée ou pourrait prêter à discussion et qu'elles se sont contentées, sans plus et sans apporter d'élément concret, de dénier toute valeur à l'expertise ainsi menée. S'agissant cette fois de la fiabilité de la méthode d'extrapolation à partir des patients de l'échantillon ayant fait l'objet des constats dentaires, la Chambre de recours a également indiqué dans sa décision les motifs pour lesquels elle a considéré, en réponse aux divers arguments qui auraient été soulevés devant elle par les requérantes, que le nombre de cas retenus à griefs par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient. Dès lors qu'il peut être considéré que la Chambre de recours n'a pas violé les règles qui gouvernent la charge de la preuve dans le cas d'espèce qui lui a été soumis, l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle est souveraine dans son chef et les requérantes restent en défaut d'établir à l'appui de leur moyen qu'il n'aurait pas été tenu compte par la Chambre de recours de critiques ou d'éléments de preuve qu'elles auraient dûment fait valoir en cours de procédure. Il en va, notamment, ainsi de la comparaison, à laquelle se livrent les requérantes dans leur mémoire en réplique valant mémoire de synthèse, entre le pourcentage de l'extrapolation utilisé dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013 et celui qui a été utilisé dans le cas d'espèce.

À cela s'ajoute que le calcul sur lequel se basent les requérantes est erroné puisqu'elles comparent le nombre de personnes reprises dans l'échantillon (29) au nombre total de prestations en cause (11.093) alors que la méthode statistique suivie a consisté à extrapoler les conclusions faites sur l'échantillon de vingt-neuf personnes à l'ensemble des jeunes patients soignés durant la période incriminée. Il en va encore de même des critiques que formulent les requérantes devant le Conseil d'État quant à la réalité du tirage au sort auquel le SECM déclare avoir procédé pour constituer l'échantillon. La critique manque donc tant en fait qu'en droit.

S'agissant de la critique des requérantes relative à l'absence d'objectivité du rapport statistique établi au sein du SECM, il n'appartient pas au Conseil d'État de connaître, en tant que juge de cassation administrative, de critiques qui n'auraient pas été expressément formulées par les parties devant la Chambre de recours. Il convient, en outre, de relever que cette dernière, se plaçant, d'une part, sur le plan de l'impartialité objective, a observé que l'on ne peut déduire, du seul fait que l'extrapolation a été effectuée sur la base d'une analyse statistique réalisée par un membre du personnel de l'INAMI, que cette analyse ne serait nécessairement pas objective ou fiable et, se plaçant d'autre part, sur le plan de l'impartialité subjective, que les requérantes n'exposaient pas en quoi la méthode utilisée par la statisticienne ne serait pas fiable ou objective. Ce faisant, la Chambre de recours a fait usage de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de preuve qui ont été produits devant elle et les requérantes restent en défaut d'établir que la Chambre de recours aurait commis une erreur de droit dans l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle. Il convient à cet égard de rappeler que l'analyse statistique fait partie intégrante de l'enquête menée par le SECM en application de l'article 139, alinéa 2, 3^o, de la loi AMI, tel que cet article a été remplacé par l'article 19 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, entré en vigueur le 15 février 2003, et de l'article 146, § 2, de la loi AMI. Ce n'est en conséquence pas sur le plan de l'impartialité objective que le débat doit être centré, mais bien sur celui de l'impartialité subjective, comme, du reste, pour l'ensemble de l'enquête menée par la SECM. La critique ne peut être accueillie.

L'affirmation des requérantes selon laquelle la Chambre de recours se serait, sinon à titre exclusif, à tout le moins de manière principale, référée à l'audition de la première requérante pour considérer, d'une part, que le nombre de cas retenus à grief par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient, et, d'autre part, que l'extrapolation était possible sur base des déclarations de la première requérante, repose par ailleurs sur une lecture erronée de la motivation qui fonde la décision attaquée. Il ressort en effet à l'évidence de cette motivation que les déclarations de la requérante n'ont été expressément prises en considération par la Chambre de recours que pour fonder l'un des motifs sur lesquels elle a forgé sa conclusion que le nombre de cas retenus à grief par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient. La Chambre de recours a en effet relevé que la première requérante avait admis qu'elle n'attestait jamais les nettoyages et détartrages le même jour qu'un soin et qu'elle ne les attestait dès lors jamais le jour où ces nettoyages ou détartrages furent effectués. Or cette affirmation de la Chambre de recours n'est aucunement contestée par les requérantes et est par ailleurs établie, à suffisance de droit, par le dossier administratif, dont le procès-verbal d'audition de la première requérante. En outre, le motif ainsi critiqué par les requérantes ne constitue que l'un des divers motifs que la Chambre de recours a invoqués pour justifier, en l'espèce, le bien-fondé du recours à la méthode d'extrapolation utilisée par la partie adverse. Le grief que développent encore à cet égard les requérantes dans leur mémoire en réplique valant mémoire en synthèse, quant à la question de savoir si les prestations facturées étaient ou non "inexistantes", n'est pas non plus de nature à établir que la Chambre de recours aurait commis une erreur de droit. Il ressort en effet du dossier de la Chambre de recours ainsi que de la motivation de la décision attaquée qu'étaient en cause dans le cas d'espèce tant des prestations "inexistantes" que des prestations "existantes mais non conformes à la nomenclature INAMI". La critique des requérantes manque, en conséquence, manifestement en fait.

V.2.5. Aucune des critiques formulées par les requérantes n'étant fondées, le second moyen doit être rejeté.

III. Conseil d'État, Section du Contentieux administratif, VIII^{ème} Chambre, 1^{er} septembre 2016

Aucune règle juridique ne prescrit qu'à défaut de mémoire en réponse valablement introduit, le dernier mémoire de la partie défenderesse doit être écarté des débats.

Les directives relatives aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, dont l'interdiction de principe de la vente à perte, reprises au Livre VI du Code de droit économique ne sont pas applicables dans le domaine des soins de santé. Ce Code est une loi générale à fonctionnement horizontal si bien que les dispositions sont applicables, sans préjudice de la législation particulière relative à ce sujet dans le secteur des soins de santé. Il s'agit de la simple application du principe "lex specialis derogat legi generali".

Le choix de rembourser ou non un traitement dans le cadre du régime de l'assurance maladie obligatoire est un choix politique. En principe, il n'incombe pas au Conseil d'État de définir en lieu et place des autorités quel traitement doit être remboursé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Arrêt n° 235.657
asbl UZA, OLVZ, UZG, CUSL et CHUL c./INAMI

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 22 september 2014, strekt tot de nietigverklaring van "de beslissingen waarbij (1) het Verzekeringscomité van het RIZIV de akkoordverklaring betreffende de tegemoetkoming door de verplichte verzekering in de kosten van de percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie goedkeurt, en (2) het RIZIV deze akkoordverklaring ter ondertekening voorlegt aan de belanghebbenden met verzoek beide exemplaren van de akkoordverklaring na ondertekening tegen uiterlijk 16 juli 2014 terug te sturen aan het RIZIV".

...

IV. Feiten

6. Voor wat de feitelijke gegevens van de zaak betreft wordt verwezen naar arrest nr. 233.420 van 7 januari 2016, waarbij het debat wordt heropend.

V. Onderzoek van de middelen

Eerste middel

STANDPUNTEN VAN DE PARTIJEN

7. Als eerste middel voeren de verzoekende partijen de schending aan "van de beginselen van behoorlijk bestuur, machtsoverschrijding, onwettige motieven en (...) van artikel 35, § 4, 5° van de nomenclatuur".

Het middel houdt in essentie in dat het niet opgaat om met een “in volle vakantieperiode” verstuurde brief te eisen dat alle belanghebbende instellingen en personen een akkoordverklaring reeds moeten indienen binnen de week, zeker nu tevens expliciet wordt vermeld dat er na deze termijn geen nieuwe verplegingsinstellingen kunnen bijkomen, en het ontwerp van akkoordverklaring de langverwachte aanzet tot aanpassing vormt waarop de betrokken partijen reeds enkele jaren aandringen. De verzoekende partijen stippen voorts aan “dat het ontwerp van akkoordverklaring niet voorafgaandelijk werd besproken met de verplegingsinrichtingen die, gelet op het strikt gehanteerde tijdsregime, evenmin in de mogelijkheid waren het ontwerp met de andere (contracts)partijen te bespreken, dan wel de beslissing tot al dan niet ondertekening zorgvuldig voor te bereiden”.

8. In haar laatste memorie na het aanvullend auditoraatsverslag noemt de verwerende partij het middel onontvankelijk wegens gebrek aan belang.

9. De verzoekende partijen voegen in hun laatste memorie toe dat de vraag naar het belang bij het middel, anders dan die naar het belang bij het beroep, de openbare orde niet aanbelangt, en bijgevolg niet voor het eerst in de laatste memorie of ambtshalve kan worden opgeworpen.

Wat de grond van de exceptie betreft, verwijzen zij naar het tussenarrest van de Raad van State, nr. 233.420 van 7 januari 2016, waarin onder meer werd geoordeeld:

“De omstandigheid dat de verzoekende partijen de akkoordverklaring hebben ondertekend, waarna een overeenkomst is tot stand gekomen, belet dan ook niet dat zij belang hebben bij de gebeurlijke nietigverklaring van de bestreden beslissingen”.

Voorts krijgen de verzoekende partijen volgens hen, als gevolg van de nietigverklaring van de bestreden bepalingen, opnieuw een kans dat hun situatie in gunstiger zin wordt geregeld. Bovendien geldt volgens hen dat, ingeval zij geen overeenkomst ondertekenen, zij ook aan patiënten geen betaling mogen vragen voor een eventuele behandeling met de TAVI, waaruit zij besluiten dat een ruimere bedenktijd dus zeker noodzakelijk is.

BEOORDELING

10. De kritiek van de verzoekende partijen is gericht tegen de in hun ogen te korte termijn binnen dewelke de akkoordverklaring ondertekend diende te worden teruggestuurd.

De verzoekende partijen hebben binnen de door hen bekritiseerde termijn de ondertekende akkoordverklaring teruggezonden en hebben tijdig de vereiste inlichtingen verschaft. Hun dossier werd goedgekeurd en zij zijn effectief toegetreden tot de akkoordverklaring.

De aangeklaagde onregelmatigheid heeft hen dan ook niet benadeeld. Noch werd daardoor de strekking van de bestreden beslissing beïnvloed.

Het eerste middel is niet onontvankelijk.

Tweede middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

11. De verzoekende partijen voeren als tweede middel de schending aan “van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, het redelijkheidsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven, en schending van artikel 35, § 4, 5^o, van de nomenclatuur, van artikel 23 van de Grondwet en van artikel VI.116 Wetboek Economisch recht”.

Het middel houdt in essentie in dat een akkoordverklaring de verzoekende partijen zou verplichten om met verlies te verkopen nu volgens hen de aankoopprijs van een individuele klep ongeveer 17.000 EUR bedraagt en het bedrag van de tegemoetkoming 15.000 EUR (binnen indicatie en binnen quorum) of 3.000 EUR (buiten indicatie of buiten quorum).

12. In de laatste memorie voegen zij ter staving van de aankoopprijs voor een hartklepstent twee facturen toe, voor hartklepstenten ter waarde van 19.610 EUR en “18.530 EUR (zijnde 55.650 EUR voor drie eenheden)”. Zij stellen tevens dat uit de door de verwerende partij voorgelegde stukken niet blijkt hoe deze laatste de tegemoetkoming heeft berekend. Ten aanzien van de argumentatie dat het ziekenhuis zelf schuld treft wanneer het de voorwaarden niet naleeft en in dat geval slechts een tegemoetkoming van 3.082 EUR verkrijgt, betogen de verzoekende partijen dat zij de gehele regeling bestrijden, met inbegrip van die maatregel. Voorts leiden zij uit de bescherming van het recht op gezondheid in artikel 23 van de Grondwet en het feit dat de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: ZIV-wet) voorziet in tegemoetkomingen om dit grondrecht gestalte te geven af dat het onwettig is om een verkoop met verlies op te leggen, niet enkel door te voorzien in de betwiste beperkte tegemoetkoming voor het materiaal bij één bepaalde techniek van hartklep, maar ook door het verbod om ook maar iets aan te rekenen aan de patiënt indien men de opgelegde akkoordverklaring niet heeft ondertekend.

BEOORDELING

13. De voorschriften inzake marktpraktijken en de bescherming van de consument, vervat in Boek VI van het Wetboek van economisch recht (hierna: WER), waaronder het principiële verbod op verkoop met verlies, zijn niet van toepassing in het domein van de gezondheidszorgen. Artikel VI.1, § 1, brengt in herinnering dat dit boek een algemene wet betreft met horizontale werking, en de bepalingen derhalve gelden onverminderd de bijzondere wetgeving die hieromtrent bestaat in bepaalde sectoren, zoals gezondheidszorg, energie, telecom, banksector, onderwijs, enzovoort. Dit is een loutere toepassing van de theorie van de “*lex specialis derogat legi generali*” (Memorie van toelichting, Parl. St. Kamer 2012-2013, 53 – 3018/0001, p. 19).

Overigens verbiedt artikel VI.116, § 1, van het WER – indien het te dezen van toepassing zou zijn – elke onderneming goederen met verlies te koop aan te bieden of te verkopen teneinde eerlijke marktpraktijken te verzekeren tussen ondernemingen. De verzoekende partijen tonen niet aan dat door de aangeklaagde situatie de eerlijke handelspraktijken zouden worden aangetast.

Voorts genieten alle ziekenhuizen die zijn toegetreden tot de akkoordverklaring dezelfde tegemoetkoming zodat er tussen hen geen schending van het gelijkheidsbeginsel is. De ziekenhuizen die niet zijn toegetreden tot die akkoordverklaring genieten niet van voormelde tegemoetkoming en mogen geen betaling vragen van de patiënten voor een eventuele behandeling met de TAVI.

Er is derhalve geen schending van het gelijkheidsbeginsel tussen ziekenhuizen die toegetreden zijn en ziekenhuizen die niet zijn toegetreden.

Het tweede middel is niet gegrond.

Derde middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

14. In het derde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan “van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van het redelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven en schending van artikel 35, § 4, 5^o van de nomenclatuur en van artikelen 10-11 en 23 van de Grondwet”.

De verwerende partij legt volgens hen strengere exclusiecriteria vast “dan deze vervat in de Europese richtlijnen”. Verwijzend naar onder meer “gerandomiseerde” studies betogen zij dat de doelgroep van het ontwerp van akkoordverklaring te stringent werd afgelijnd, en dat er geen medische evidentie bestaat dat TAVI enkel zinvol is binnen deze kleine populatie, die volgens hen slechts 15 procent dekt van de patiënten die in aanmerking komen voor de inplanting van een percutane aorta-klep.

Ten slotte schendt de bestreden regeling volgens de verzoekende partijen ook het gelijkheidsbeginsel, doordat de bestreden regeling een onderscheid in het leven roept dat niet terug te vinden is in de Europese richtlijn die een gelijke behandeling van de patiënten voorschrijft.

15. In de laatste memorie voegen zij nog toe dat elk ziekenhuis wel belang heeft om op te komen tegen de regeling waarbij slechts welbepaalde medicatie en kleppen gedeeltelijk worden terugbetaald, en dat het gegeven van een beleidskeuze een toetsing van de wet niet in de weg staat.

BEOORDELING

16. Waar het middel de schending van het gelijkheidsbeginsel aanvoert, betreft het enkel de beweerdte ongelijke behandeling van patiënten, en niet deze van de verzoekende partijen zelf. Het middel is in zoverre niet ontvankelijk.

Waar de verzoekende partijen de strijdigheid met “de geldende Europese richtlijnen” aanvoeren, duiden zij niet aan welke rechtsregels precies zouden zijn geschonden. Ook op dit punt is het middel wegens onnauwkeurigheid niet ontvankelijk.

Uit de ZIV-Wet vloeit voort dat de uitoefening van de geneeskunst aan bepaalde verplichtingen kan worden onderworpen in het kader van de ziekteverzekering. Zo is de akkoordverklaring goedgekeurd in toepassing van artikel 35, § 4, 5^o, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, gevoegd bij het koninklijk besluit van 14 september 1984.

De keuze om een behandeling al dan niet te vergoeden onder de regeling van de verplichte ziekteverzekering is een beleidskeuze en het komt de Raad van State in beginsel niet toe om in de plaats van de overheid te bepalen welke behandeling vergoed dient te worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering. De opmerking in de laatste memorie van de verzoekende partijen over de toetsing van de wet doet daaraan niets af. Zij duiden immers geen wettelijke bepaling aan die de overheid tot terugbetaling zou verplichten.

Het derde middel is niet gegrond.

Vierde middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

17. In het vierde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan “van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van het redelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven en schending van artikel 10 van de Grondwet en van de nomenclatuur”.

Zij betogen dat de akkoordverklaring niet in een financiële tussenkomst van de patiënt voorziet voor de kostprijs van de percutane aortaklep, niettegenstaande in de financiële tussenkomst wel voorzien wordt bij vervanging van de aortaklep via een klassieke openhartoperatie, wat volgens hen leidt tot een schending van het gelijkheidsbeginsel.

Ook voor de honoraria van de optredende artsen bij klassieke heelkunde wordt in een vergoeding voorzien hetgeen, in geval van percutane klepvervanging, niet het geval is.

18. In de laatste memorie voegen zij toe dat zij wel degelijk belang hebben bij de kritiek dat er een verschil in behandeling is tussen patiënten, aangezien patiënten kunnen verzaken aan een behandeling, bij gebrek aan remgeld.

BEOORDELING

19. De beweerde schending van het gelijkheidsbeginsel heeft betrekking op twee verschillende medische behandelingen. Zoals ook werd opgemerkt bij de beoordeling van het derde middel betreft de opgeworpen schending van het gelijkheidsbeginsel niet de verzoekende partijen zelf. De opmerking in de laatste memorie van de verzoekende partijen dat patiënten aan een behandeling kunnen verzaken wegens het ontbreken van remgeld, doet daaraan niets af.

Het vierde middel is niet ontvankelijk.

Vijfde middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

20. In het vijfde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van “de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van het redelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven”.

Zij betogen dat het formulier van de akkoordverklaring bepaalt “dat de BACTS [Belgian Association for Cardiac-Thoracic Surgery] en BWGIC [Belgian Working Group of Interventional Cardiology] dit formulier moeten ondertekenen wat, bij gebrek aan ondertekening van deze instanties, de onzekerheid over de nieuwe regeling verhoogt”, en dat niet blijkt dat deze organisaties het akkoord hebben ondertekend.

21. In hun laatste memorie vragen de verzoekende partijen dat de Raad van State een onderzoeksmaatregel beveelt om uitsluitel te verkrijgen over het antwoord op de vraag of de genoemde organisaties het akkoord hebben ondertekend.

BEOORDELING

22. De verzoekende partijen duiden niet aan hoe de in het middel aangegeven rechtsregels zouden kunnen zijn geschonden.

Het vijfde middel is bijgevolg niet ontvankelijk. Er is dus geen aanleiding om een onderzoeksmaatregel te bevelen.

BESLISSING

1. De Raad van State verwerpt het beroep.

IV. Cour de Cassation, 18 mai 2015

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Article 100, §§ 1^{er} et 2

L'article 100 commande de comparer la capacité qu'a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d'une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence.

Elle n'autorise pas à négliger, pour apprécier la capacité de gain restante du travailleur, celle qu'il a de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée à temps partiel.

R.G. n° S.13.0012.F

INAMI c./M.M.

...

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt déclare l'appel recevable et fondé et réforme dès lors le jugement du premier juge. Il décide qu'à la date du 17 mars 2008 et depuis lors, la défenderesse présente une réduction de sa capacité de gain de plus de deux tiers au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et dit qu'elle a par conséquent droit aux indemnités d'incapacité de travail à charge de son organisme assureur.

Il réforme en conséquence la décision administrative et condamne le demandeur aux dépens d'appel.

L'arrêt justifie ces décisions par tous ses motifs, réputés ici intégralement reproduits, en particulier par les considérations suivantes:

“Discussion

Selon l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, et indemnités, “est reconnu incapable de travailler au sens de [cette] loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle”.

Pour déterminer le groupe de professions accessibles, le rapport d'expertise relève que [la défenderesse] a un diplôme universitaire en philologie anglaise, qu'elle a exercé des activités professionnelles de secrétaire, traductrice et gérante de restaurant et qu'au début de l'incapacité, elle était responsable d'une agence d'agents de change. Il relève aussi qu'elle connaît plusieurs langues. L'expert précise toutefois que [la défenderesse] ne pourrait exercer qu'une activité professionnelle à mi-temps. Il exclut que, parmi les activités accessibles, une activité puisse être exercée à temps plein.

La présente affaire pose donc la question si un reclassement à mi-temps permet de considérer que l'incapacité de travail a pris fin.

[La cour du travail] estime devoir répondre négativement à cette question.

On relèvera tout d'abord qu'au sens de l'article 100 de la loi coordonnée, le travailleur de référence doit être un travailleur de même condition.

En l'espèce, il a été confirmé que [la défenderesse] était précédemment occupée à temps plein de sorte que le taux d'incapacité doit être apprécié par rapport à un travailleur à temps plein [...].

Plus généralement, il ne peut être question d'une capacité de travail que si l'ensemble des tâches afférentes à l'activité peut être assumé par le travailleur [...].

On ne doit donc pas tenir compte des activités que l'on ne pourrait exercer qu'à temps partiel.

Ainsi, une personne qui ne peut travailler que quelques heures par jour, même éventuellement d'affilée, reste en état d'incapacité de travail pour n'importe quelle activité [...].

En d'autres termes, l'incapacité ne cesse que pour autant que, parmi les professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée avant l'incapacité ou parmi les diverses professions que la formation professionnelle permet d'envisager, certaines puissent être exercées à temps plein.

Le fait de maintenir dans le régime de l'assurance indemnités les travailleurs dont le reclassement n'est possible qu'à mi-temps est conforme à l'économie générale de la loi.

Cette dernière prévoit en effet, en son article 100, § 2, le maintien du bénéfice de l'assurance en faveur de celui qui, tout en conservant une réduction de sa capacité d'au moins 50 pourcent, reprend une activité à temps partiel avec l'autorisation du médecin-conseil de son organisme assureur.

Il est donc conforme à la logique du système que cette personne relève de l'assurance indemnités et non, le cas échéant, de l'assurance chômage.

En résumé, tout en partageant le point de vue de l'expert et [du demandeur] selon lequel une activité à temps partiel est possible et souhaitable, la cour [du travail] considère que, faute de capacité de travail à temps plein, [la défenderesse] n'a pas cessé d'être incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée".

Griefs

(...)

Seconde branche

2.1. Aux termes de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée, est reconnu incapable de travailler au sens de cette loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Pour être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée, trois conditions doivent être remplies cumulativement : 1. le travailleur doit avoir cessé toute activité; 2. En conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels; 3. dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

La troisième condition ne vise pas une réduction du volume de travail, mais une réduction de la capacité de gain, que le travailleur doit atteindre pour être reconnu incapable de travailler : sa capacité de gain doit être réduite à un tiers ou à moins d'un tiers, ce qui correspond à une incapacité de 66 pourcent.

Il n'est donc pas exigé que, parmi les professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée avant l'incapacité ou parmi les diverses professions que la formation professionnelle permet d'envisager, certaines puissent être exercées à temps plein, même si le travailleur était précédemment occupé à temps plein.

2.2. L'arrêt constate que, pour déterminer le groupe de professions accessibles, le rapport d'expertise relève que la défenderesse a un diplôme universitaire en philologie anglaise, qu'elle a exercé des activités professionnelles de secrétaire, traductrice et gérante de restaurant, qu'au début de l'incapacité, elle était responsable d'une agence d'agents de change et qu'elle connaît plusieurs langues.

Il observe ensuite que l'expert a précisé que la défenderesse ne pourrait exercer qu'une activité professionnelle à mi-temps et a exclu que, parmi les activités accessibles, une activité puisse être exercée à temps plein.

Après avoir observé qu'au sens de l'article 100 de la loi coordonnée, le travailleur de référence doit être un travailleur de même condition, l'arrêt observe que la défenderesse était précédemment occupée à temps plein, de sorte que le taux d'incapacité doit être apprécié par rapport à un travailleur à temps plein.

Puis, l'arrêt considère qu'il ne peut être question d'une capacité de travail [que] si l'ensemble des tâches afférentes à l'activité peuvent être assumées par le travailleur; qu'on ne doit donc pas tenir compte des activités que l'on ne pourrait exercer qu'à temps partiel; qu'une personne qui ne peut travailler que quelques heures par jour, même éventuellement d'affilée, reste en état d'incapacité de travail pour n'importe quelle activité; qu'en d'autres termes, l'incapacité ne cesse que pour autant que, parmi les professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée avant l'incapacité ou parmi les diverses professions que la formation professionnelle permet d'envisager, certaines puissent être exercées à temps plein; que, faute de capacité de travail à temps plein, la défenderesse n'a pas cessé d'être incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée.

Il ne peut être déduit d'aucune de ces considérations que la cour du travail a examiné si la capacité de gain de la défenderesse s'est réduite à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par la défenderesse au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Le volume de travail n'est pas en soi un critère légal qui peut justifier une décision sur la capacité de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée, il peut seulement en constituer un élément d'appréciation. C'est dès lors à tort que l'arrêt décide que l'incapacité ne cesse que pour autant que, parmi les professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée avant l'incapacité ou parmi les diverses professions que la formation professionnelle permet d'envisager, certaines puissent être exercées à temps plein. La capacité de gain d'une personne qui ne peut travailler que quelques heures par jour d'affilée n'est pas nécessairement réduite à un tiers ou à moins d'un tiers du travailleur de référence.

En décidant à l'égard du demandeur qu'à partir du 17 mars 2008 et depuis lors, la défenderesse présente une réduction de sa capacité de gain de plus de deux tiers au sens de l'article 100 de la loi coordonnée, aux motifs précités, l'arrêt viole cette disposition légale.

2.3. L'arrêt considère que le fait de maintenir dans le régime de l'assurance indemnités les travailleurs dont le reclassement n'est possible qu'à mi-temps est conforme à l'économie générale de la loi coordonnée car cette loi prévoit, en son article 100, § 2, le maintien du bénéfice de l'assurance en faveur de celui qui, tout en conservant une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50 pourcent, reprend une activité à temps partiel avec l'autorisation du médecin-conseil de son organisme assureur. L'arrêt conclut qu'il est conforme à la logique du système que la défenderesse relève de l'assurance indemnités et non, le cas échéant, de l'assurance chômage.

L'article 100, § 2, de la loi coordonnée n'a pas pour objet de déterminer comment doit être appréciée l'incapacité visée au paragraphe 1^{er}. La règle du paragraphe 2 à laquelle l'arrêt se réfère n'est pas applicable en l'espèce et constitue d'ailleurs une exception à la règle du paragraphe 1^{er}.

En interprétant l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée sur la base de son paragraphe 2, l'arrêt viole ces deux dispositions.

Il ne déclare pas légalement l'appel fondé et ne réforme pas légalement le jugement du premier juge (violation de l'art. 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et 2, de la L.C.).

III. La décision de la Cour

Quant à la seconde branche :

En vertu de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler, au sens de cette loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Cette disposition commande de comparer la capacité qu'a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d'une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence.

Elle n'autorise pas à négliger, pour apprécier la capacité de gain restante du travailleur, celle qu'il a de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée à temps partiel.

L'article 100, § 2, dispose qu'est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 pourcent.

Cette disposition déroge à la condition de capacité de gain fixée par le paragraphe 1^{er} au profit du travailleur devenu incapable de travailler comme prévu audit paragraphe 1^{er} qui reprend ultérieurement un travail conformément au paragraphe 2.

L'arrêt constate que la défenderesse travaillait à temps plein, qu'elle a été reconnue incapable de travailler sur la base de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée et que, depuis la date litigieuse, elle est selon l'expert judiciaire capable d'exercer une activité professionnelle à mi-temps seulement.

Il considère que, pour l'application de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, "on ne doit pas tenir compte des activités que [le travailleur] ne pourrait exercer qu'à temps partiel" et que "le fait de maintenir dans le régime de l'assurance indemnités les travailleurs dont le reclassement n'est possible qu'à mi-temps est conforme à l'économie générale de la loi" dès lors que "son article 100, § 2, [prévoit] le maintien du bénéficiaire de l'assurance en faveur de celui qui, tout en conservant une réduction de [...] capacité d'au moins 50 pourcent, reprend une activité à temps partiel avec l'autorisation du médecin-conseil de son organisme assureur".

En décidant pour ces motifs que, "faute de capacité de travail à temps plein", la défenderesse est depuis la date litigieuse incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, précité, l'arrêt viole cette disposition.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

Sur les autres griefs :

Il n'y a pas lieu d'examiner la première branche du moyen, qui ne saurait entraîner une cessation plus étendue.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Casse l'arrêt attaqué, sauf en tant qu'il dit l'appel recevable.

V. Cour du travail de Bruxelles, 13 avril 2016

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Articles 22, 6° et 23,
§ 3

Le Collège des médecins-directeurs dispose d'un pouvoir autonome de décision quant à l'opportunité de conclure une convention. Si le Collège estime que la conclusion d'une convention ne se justifie pas, le Comité de l'assurance ne peut passer outre la décision du Collège : le Comité ne peut agir que sur la proposition du Collège.

En refusant de conclure une convention, le Collège a exercé une compétence qui lui appartient.

R.G. n° 2014/AB/783
INAMI c./C.E. ASBL

...

I. FAITS ET ANTÉCÉDENTS

1. L'ASBL a, en février 2009, créé un centre de diagnostic et de prise en charge des troubles du sommeil ; par courrier du 20 janvier 2009, elle a introduit auprès de l'INAMI une demande de conclusion d'une convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil.

2. Par courrier du 17 février 2009, l'INAMI a indiqué que le dossier était incomplet et ne pouvait être soumis au collège des médecins-directeurs.

Par courrier du 16 novembre 2009, l'ASBL a adressé un courrier à l'INAMI afin de compléter les informations manquantes.

Par courrier du 21 décembre 2009, l'INAMI a accusé réception des renseignements complémentaires, signalant toutefois que "certaines données indispensables font encore défaut".

Par courrier du 6 janvier 2010, l'ASBL a adressé des informations complémentaires. Le dossier a ensuite été transmis pour avis au collège des médecins-directeurs, le 3 février 2010.

Le Collège des médecins-directeurs a refusé la demande, cette décision étant notifiée par un courrier du 6 avril 2010 de l'INAMI.

3. Le 15 septembre 2011, l'ASBL a introduit une nouvelle demande.

Le 4 juin 2012, elle a mis en demeure le collège des médecins-directeur de se prononcer.

Le 4 décembre 2012, l'INAMI a écrit à l'ASBL que le collège des médecins-directeurs avait décidé de refuser la candidature pour la conclusion de la convention litigieuse (voir pièce 8 du dossier de l'INAMI).

Cette décision se terminait par la précision qu'elle pouvait être contestée dans le mois devant le tribunal du travail.

...

5. Par jugement du 19 juin 2014, le tribunal du travail de Bruxelles a déclaré la demande recevable et partiellement fondée.

Il a dit pour droit que la décision de refus adoptée par le Collège des médecins directeurs en date du 24 octobre 2012 et notifiée le 4 décembre 2012 est entachée d'illégalité et doit être mise à néant.

Il a débouté l'ASBL du surplus de sa demande.

6. L'INAMI a fait appel du jugement par une requête déposée le 28 juillet 2014 au greffe de la cour du travail de Bruxelles.

...

III. DISCUSSION

9. L'ASBL ne sollicite plus qu'il soit "constaté qu'elle remplit les conditions pour la conclusion d'une convention nCPAP".

Le caractère discrétionnaire de la compétence de l'INAMI et l'absence corrélative de droit subjectif à la conclusion d'une convention, ne sont plus discutés.

La principale question dont la cour est saisie concerne la compétence de l'auteur de l'acte : le refus pouvait-il émaner du Collège des médecins-directeurs ou fallait-il une décision du Comité de l'assurance ?

10. En ce qui concerne la compétence du Comité de l'assurance, l'article 22, 6° de la loi coordonnée sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précise que

"Le Comité de l'assurance :

6° conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs ou des commissions de conventions ou d'accords concernées, avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle, avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés (...), les conventions visées à l'article 23, § 3 ; (...)"

En ce qui concerne l'intervention du Collège des médecins-directeurs, l'article 23, § 3 de la même loi coordonnée précise :

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs ou les commissions de conventions ou d'accords concernées, établissent avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle de même qu'avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, (...), des projets de conventions à conclure avec eux et, à cet effet, les soumet au Comité de l'assurance. (...)"

Il résulte de ces dispositions que le Collège dispose d'un pouvoir autonome de décision quant à l'opportunité de conclure une convention. Si le Collège estime que la conclusion d'une convention ne se justifie pas, le Comité de l'assurance ne peut passer outre la décision du Collège : le Comité ne peut agir que sur proposition du Collège.

En refusant de conclure une convention, le Collège a exercé une compétence qui lui appartient.

Le jugement doit, en conséquence, être réformé.

11. Dans la mesure où l'ASBL persisterait à soutenir que la décision du Collège n'était pas motivée, la cour indique qu'elle ne partage pas ce point de vue.

La décision litigieuse précisait, pour l'essentiel, que la conclusion d'une nouvelle convention n'était pas nécessaires dès lors que les besoins actuels de traitement étaient déjà couverts par les dix conventions existant à Bruxelles et que la conclusion d'une nouvelle convention n'était pas souhaitable pour des raisons liées à la qualité des soins.

Accessoirement, l'absence de budget disponible était considérée comme empêchant la conclusion d'une convention.

12. La cour du travail ne peut se prononcer sur l'opportunité de conclure une convention, n'étant "pas le juge de la politique choisie par l'INAMI en matière de soins de santé" (voir par analogie, C.E., arrêt n° 213.199 du 11.05.2011).

Pour le surplus, l'ASBL ne démontre pas l'inadéquation de la motivation retenue.

Elle n'établit ni que cette motivation manque de pertinence, ni qu'elle repose sur des faits inexacts ou sur des considérations qui ne sont pas légalement admissibles.

Le Collège a pu considérer que le fait de limiter le nombre de conventions était nécessaire, non seulement pour des motifs budgétaires mais aussi pour conserver une offre de soins adaptée et pour en garantir la qualité.

Il n'est pas démontré que l'accès dans les centres nCPAP actuellement conventionnés à Bruxelles est soumis à des délais d'attente significatifs.

En conséquence, il n'était pas manifestement déraisonnable de considérer que les besoins étaient déjà couverts et qu'eu égard à la spécialité des prestations, il y avait lieu de limiter le nombre de centres conventionnés afin qu'ils restent spécialisés.

Il n'y a pas lieu d'écarter la décision litigieuse.

13. En conséquence, l'appel est fondé: la demande originaire de l'ASBL, telle que maintenue en appel, doit être déclarée non fondée.

POUR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Dit l'appel recevable et fondé,

Dit que le Collège des médecins-directeurs était compétent pour refuser la demande de convention introduite par l'ASBL,

Déclare la demande originaire de l'ASBL, telle que maintenue en appel, non fondée,

Réforme en conséquence, le jugement dont appel,

...

VI. Tribunal de travail néerlandophone de Bruxelles, 24 octobre 2016

L'INAMI est tenu d'appliquer immédiatement aux remboursements en cours la nouvelle réglementation qui est d'ordre public. Cela n'implique toutefois pas qu'il est question d'une quelconque rétroactivité de la réglementation (...).

Pour préserver un intérêt supérieur à celui de la personne (juridique) individuelle, le principe de confiance légitime ne constitue pas un obstacle à une quelconque modification de la réglementation. (..)

Aux fins de pouvoir retenir une violation du principe de confiance, la confiance doit en première instance être légitime.

Il peut difficilement être reproché aux législateur d'être à un moment donné intervenu dans l'intérêt supérieur du financement de la sécurité sociale pour lutter contre les excès en matière de forfait majoré.

R.G. 15/1263/A
N.V.A. c./INAMI

II. Voorwerp van de vordering

3. Eisende partij, hierna "het WZC" genoemd, stelde beroep in tegen de beslissing *de dato* 31 maart 2015, kennelijk verstuurd op 1 april 2015, van het RIZIV (stuk 1 van het RIZIV en stuk 4 van het WZC).

Met deze beslissing stelde het RIZIV het WZC ervan in kennis dat:

- het WZC voldoet aan de voorwaarden voor het aanrekenen van de forfaitaire tegemoetkoming als bedoeld in artikel 147 § 3 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet
- het WZC in toepassing van het ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 39,79 EUR mag aanrekenen *vanaf 1 juli 2014 tot 31 december 2014*
- het bedrag van het partiële forfait (te factureren vanaf de dag nadat het quotum aan dagen voor 2014 en voor 2015 is bereikt) 0,66 EUR bedraagt.

De berekening van de forfaitaire tegemoetkoming per dag en per rechthebbende werd bijgevoegd.

De bestreden beslissing houdt een gedeeltelijke herziening in van de beslissingen *de dato* 2 juli 2014, *de dato* 6 augustus 2014 en *de dato* 7 augustus 2014 van het RIZIV:

- beslissing *de dato* 2 juli 2014 waarmee het RIZIV het WZC ervan in kennis stelde dat het in toepassing van het ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 73,42 EUR mag aanrekenen vanaf 1 april 2014 tot 31 december 2014 (stuk 2 van het WZC)

- beslissing *de dato* 6 augustus 2014 waarmee het RIZIV het WZC ervan in kennis stelde dat het in toepassing van het ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 72,80 EUR mag aanrekenen vanaf 1 januari 2014 tot 31 december 2014 (stuk 3*bis* van het WZC)
- beslissing *de dato* 7 augustus 2014 waarmee het RIZIV het WZC ervan in kennis stelde dat het in toepassing van het ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 73,42 EUR mag aanrekenen vanaf 1 april 2014 tot 31 december 2014 (stuk 3 van het WZC).

4. Het WZC vordert de vernietiging van de bestreden beslissing, minstens deze buiten toepassing te laten.

Het WZC vordert te zeggen voor recht dat het WZC ook voor de periode na 1 juli 2014 recht heeft op het *forfait* voorzien door artikel 16 § 1, 1^e lid van het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12 van de Ziekteverzekeringswet, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, en het RIZIV op te leggen een beslissing in die zin te nemen.

Het WZC vordert voorts het RIZIV te veroordelen tot betaling van de intresten, berekend vanaf datum waarop de tegemoetkomingen verschuldigd waren en dit op basis van de intrestvoet in sociale zaken op grond van artikel 2, § 3 van de Wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest.

Ondergeschikt vordert het WZC om het RIZIV te veroordelen tot een schadevergoeding, provisorio begroot op 463.388,00 EUR, te verhogen met het equivalent bedrag aan intresten als deze verschuldigd in het kader van artikel 2, § 3 van de Wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest.

Het WZC vordert tot slot de veroordeling van het RIZIV tot de kosten van het geding, met inbegrip van een basisrechtsplegingsvergoeding begroot op 1.320,00 EUR.

III. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

5. De rechtbank is bevoegd om kennis te nemen van de vordering (art. 167, 1^e lid van de Ziekteverzekeringswet).

6. Artikel 167, 2^e lid van de Ziekteverzekeringswet bepaalt dat de bestreden administratieve rechtshandelingen, op straffe van verval, binnen een maand na de kennisgeving ervan aan de bevoegde arbeidsrechtbank moeten worden voorgelegd.

Het beroep van het WZC tegen de beslissing *de dato* 31 maart 2015 werd binnen deze beroepstermijn ingesteld met verzoekschrift *de dato* 30 april 2015, zodat de vordering ontvankelijk is.

IV. Beoordeling ten gronde

7. Met betrekking tot de overheidsfinanciering van de woonzorgcentra bepaalt artikel 37, § 12 van de Ziekteverzekeringswet:

“De Minister stelt, op voorstel van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming vast voor de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de datum bepalen vanaf wanneer aan deze tegemoetkoming de kostprijs wordt toegevoegd van de sociale akkoorden die werden gesloten tussen de Federale Regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers en die betrekking heeft op de personeelskost die niet opgenomen is in het verstrekkingenpakket dat wordt bepaald in uitvoering van artikel 35, § 1, vijfde lid.

De personen die recht hebben op de verstrekkingen die worden verleend door de structuren bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 13°, kunnen geen aanspraak maken op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarin is voorzien in artikel 35 van deze wet, en die deel uitmaken van het verstrekkingenpakket dat de Koning niet in toepassing van artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 13° heeft vastgesteld, behoudens de uitzonderingen waarin de Koning uitdrukkelijk heeft voorzien”.

Het betreft de tegemoetkoming voor volgende verstrekkingen:

- artikel 34, 11°: “de verstrekkingen die worden verleend door rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, alsook de verstrekkingen die worden verleend door diensten of inrichtingen die erkend zijn met toepassing van artikel 170 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008”
- artikel 34, 12°: “de verstrekkingen die worden verleend door rustoorden voor bejaarden of door centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, en de verstrekkingen die worden verleend door de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden”.

Aan dit artikel 37, § 12 van de Ziekteverzekeringswet werd uitvoering gegeven door het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden (B.S., 26.11.2003).

In dit ministerieel besluit wordt op gedetailleerde wijze bepaald hoe de *forfaitaire tegemoetkoming* waarop de woonzorgcentra onder bepaalde voorwaarden recht hebben, *per dag en per bewoner*, wordt berekend (Hoofdstuk III).

De volledige tegemoetkoming bevat 18 verschillende onderdelen. Een daarvan is de financiering van het genormeerde personeel volgens de bepalingen van hoofdstuk II van het ministerieel besluit. (“De financieringsnormen van het personeel”), en dekt de loonkost van de woonzorgcentra.

De werkwijze is, eenvoudig uitgedrukt, de volgende:

- het RIZIV berekent, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, het personeelseffectief, per kwalificatie, waarover de inrichting moest beschikken tijdens de referentieperiode (theoretische norm), die loopt van 1 juli van het jaar (“J”) tot 30 juni van het jaar dat daarop volgt (“J+1”) (art. 9 van het M.B.)

- deze berekening gebeurt op grond van afhankelijkheidscategorie van de bewoners (artn. 2, 3 van het M.B. en artn. 148 en 150 van de Ziekteverzekeringwet)
- het woonzorgcentrum moet in beginsel minstens deze theoretische norm halen om recht te hebben op het basisbedrag van de financiering van het genormeerde personeel (artn. 10, 13, 17 van het M.B.)
- indien dit niet het geval is, wordt het basisbedrag van de financiering onder bepaalde voorwaarden verminderd (artn. 11, 12 van het M.B.).

8. *Het geschil betreft de toepassing van artikel 16, § 1 van het ministerieel besluit van 6 november 2003. Dit artikel voorziet inzake de financiering van het genormeerd personeel in een fictie ("wordt uitgegaan van") om tegemoet te komen aan zogeheten "kleine" woonzorgcentra (inrichtingen waar de norm zoals bedoeld in art. 2 kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen).*

Onder de voorziene voorwaarden, die verband houden met de graad van zorgbehoefendheid van hun bewoners, kunnen deze "kleine" woonzorgcentra aanspraak maken op een "verhoogd forfait".

Artikel 16, § 1 luidt:

"In de inrichtingen die voldoen aan de bepalingen van artikel 5, tweede lid, en waar de norm zoals bedoeld in artikel 2 kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen, wordt bij de bepaling van het te financieren bedrag voor het genormeerde personeel zoals bedoeld in artikel 17, uitgegaan van twee voltijds equivalenten verpleegkundigen en drie voltijds equivalenten verzorgingspersoneel, behalve als het niet toepassen van deze regel voordeliger is voor de inrichting. Het voorgaande lid is niet van toepassing op de inrichtingen bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot en met 4."

Artikel 5, tweede lid bepaalt:

"Voor het verzekeren van deze continuïteit van de verzorging, moeten de inrichtingen, die in de referentieperiode gemiddeld minstens 10 patiënten in de categorieën B, C, Cd, Cc en/of D huisvesten en die minstens ten overstaan van het gemiddeld aantal erkende bedden gemiddeld 40 % patiënten huisvesten in de categorieën B, C, Cd, Cc en/of D, beschikken tijdens de referentieperiode gemiddeld over minstens 5 voltijdse equivalenten van loontrekkend of statutair personeel, verpleegkundigen, verzorgenden of personeel voor reactivering, waarvan minstens 2 voltijds equivalenten verpleegkundigen. Het verplegend uitzendpersoneel, bedoeld in artikel 8, § 2, d), wordt ook in aanmerking genomen."

Het WZC stelt dat het recht heeft op de financiering, voorzien in artikel 16, § 1, 1^{ste} lid.

Het RIZIV stelt dat dit niet het geval is omdat het WZC een "inrichting bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot en met 4" is, zodat het WZC valt onder het 2^{de} lid en de toepassing van het 1^{ste} lid uitgesloten is.

Dit 2^{de} lid werd toegevoegd aan artikel 16, § 1 van het ministerieel besluit van 6 november 2003 door artikel 1 van het ministerieel besluit van 26 mei 2014 (B.S., 04.06.2014), en trad in werking op 1 juli 2014.

9. *De te beantwoorden rechtsvraag is of het WZC al dan niet te vereenzelvigen valt met een "inrichting bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot en met 4" van het ministerieel besluit van 6 november 2003.*

“Art. 19. § 1. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 juli en 30 september* bedraagt:

- a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 31 maart van het jaar dat daarop volgt bedraagt dit bedrag 14,05 EUR
- b) voor de rest van de factureringsperiode van 1 april van het jaar dat daarop volgt tot 31 december wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester
- c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester en het eerste en tweede trimester van het jaar dat daarop volgt.

§ 2. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 oktober en 31 december* bedraagt:

- a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 juni van het jaar dat daarop volgt bedraagt dit bedrag 14,05 EUR
- b) voor de rest van de factureringsperiode (van 01.07 van het jaar dat daarop volgt tot 31.12) wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste trimester
- c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste en tweede trimester van het jaar dat volgt op dat van de erkenning.

§ 3. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 januari en 31 maart* bedraagt:

- a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 september bedraagt dit bedrag 14,05 EUR
- b) voor de rest van de factureringsperiode van 1 oktober tot 31 december wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenning)
- c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenning).

§ 4. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 april en 30 juni* bedraagt:

- a) voor de periode van de erkenningsdatum tot het einde van de lopende factureringsperiode 31 december bedraagt dit bedrag 14,05 EUR
- b) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het derde trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenning).” (eigen onderlijning).

Het WZC stelt dat artikel 16, § 1, 2^{de} lid enkel de nieuwe inrichtingen betreft die erkend zijn na 1 juli 2014 (datum van inwerkingtreding van het 2^{de} lid).

Vermits het WZC erkend werd op 27 maart 2013 valt het niet onder deze bepaling en meent het WZC recht te hebben op de forfaitaire tegemoetkoming, berekend in overeenstemming met artikel 16, § 1, 1^{ste} lid van het ministerieel besluit.

Het RIZIV betwist de interpretatie van het WZC.

Artikel 19 van het ministerieel besluit regelt de forfaitaire tegemoetkomingen voor de nieuwe inrichtingen, die omwille van hun recente datum van erkenning, niet beschikken over een volledige referentieperiode (01.07.J tot 30.06.J+1).

Het is de wil van de wetgever geweest om precies deze nieuwe inrichtingen, erkend voor of na 1 juli 2014, die nog niet over een volledige referentieperiode van één jaar beschikken, uit te sluiten van de toepassing van artikel 16, § 1, 1^{ste} lid.

Het zijn immers deze inrichtingen die misbruik kunnen plegen, door in hun kortere (dan één jaar) referentieperiode – zoals bepaald in artikel 19, §§ 1 tot 4 – hun populatie af te stemmen op artikel 16, § 1, 1^{ste} lid en artikel 5, 2^{de} lid. Het misbruik ligt erin dat de forfaitaire tegemoetkoming wordt bepaald op grond van artikel 16, § 1, 1^{ste} lid van het ministerieel besluit, en het “verhoogd forfait” voor de zogeheten “kleine” inrichtingen wordt verkregen, terwijl na het verstrijken van de kortere referentieperiode de populatie van het woonzorgcentrum verandert in aantal (stijging) en in graad van zorgbehoevendheid (daling). Dit kan ertoe leiden dat het RIZIV voor méér bewoners die minder zorgbehoevend zijn het ‘verhoogd forfait’ moet uitbetalen.

Het RIZIV stelt dit fenomeen te hebben vastgesteld bij verschillende woonzorgcentra, die behoren tot de ARMONEA-groep, waaronder het WZC.

Het RIZIV stelt dat de datum van inwerkingtreding van het gewijzigde artikel 16, § 1 van het ministerieel besluit (toevoeging van het 2^{de} lid) geen enkele impact heeft op de beoordeling of de inrichting al dan niet nieuw is.

Artikel 16, § 1, tweede lid viseert volgens de stelling van het RIZIV die inrichtingen die vallen onder de vergoedingsregeling van artikel 19, §§ 1 tot en met 4 van het ministerieel besluit.

10. Het WZC werd op 18 oktober 2013 door de Vlaamse overheid erkend voor onbepaalde duur met ingang van 27 maart 2013 (stuk 1 van het WZC en stuk 2 van het RIZIV).

Dit impliceert dat het bedrag van zijn forfaitaire tegemoetkoming per dag en per rechthebbende bepaald wordt in overeenstemming met artikel 19, § 3 van het ministerieel besluit (“nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 01.01 en 31.03”).

In de factureringsperiode vanaf 27 maart 2013 tot 30 september 2013 had het WZC recht op een bedrag van 14,05 EUR per dag en per bewoner.

Voor de daarop volgende factureringsperiode vanaf 1 oktober 2013 tot 31 december 2013 en voor de factureringsperiode van 1 januari 2014 tot 31 december 2014 wordt het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16 van het ministerieel besluit, waarbij de referentieperiode slechts drie maanden bedraagt en loopt van 1 april 2013 tot 30 juni 2013 (2^{de} trimester 2013).

Het is pas vanaf 2015 (“J+2”) dat de forfaitaire tegemoetkoming van het WZC kan worden berekend aan de hand van de “basisregels”, dit is op grond van een referentieperiode die loopt van 1 juli 2013 (“J”) tot 30 juni 2014 (“J+1”).

11. Vanaf zijn erkenning op 27 maart 2013 was het WZC dus een, uiteraard “nieuwe”, inrichting wiens forfaitaire tegemoetkoming werd bepaald in overeenstemming met artikel 19, § 4 van het ministerieel besluit.

Op 1 juli 2014, datum van inwerkingtreding van artikel 16, § 1, 2^{de} lid van het ministerieel besluit, was het WZC nog steeds een “nieuwe inrichting” wiens forfaitaire tegemoetkoming werd bepaald in overeenstemming met artikel 19, § 4 van het ministerieel besluit.

Het WZC was uiteindelijk een “nieuwe inrichting” wiens forfaitaire tegemoetkoming werd bepaald in overeenstemming met artikel 19, § 4 van het ministerieel besluit tot en met 31 december 2014.

Artikel 16, § 1, 2^{de} lid verwijst uitdrukkelijk naar de inrichtingen bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot 4 van het ministerieel besluit en dat artikel betreft specifiek de inrichtingen wier forfaitaire tegemoetkoming op een van de basisregel (aanvang van de reglementaire referentieperiode ligt twee kalenderjaren voor het kalenderjaar van de facturatieperiode) afwijkende manier berekend wordt; dit uitsluitend omdat de basisregel niet kan worden toegepast in de eerste jaren van hun bestaan, daar waar er uiteraard vanaf dag 1 moet kunnen worden gefactureerd.

Indien het de bedoeling van de regelgever was geweest om artikel 16, § 1, 2^{de} lid uitsluitend toe te passen op de inrichtingen die worden erkend vanaf 1 juli 2014 (stelling van het WZC), datum van inwerkingtreding, dan had de regelgever – zoals het RIZIV stelt – inderdaad kunnen volstaan om het 2^{de} lid te formuleren als volgt: “Het voorgaand lid is niet van toepassing op de nieuwe inrichtingen”. Het begrip “nieuwe inrichting” is immers opgenomen in Hoofdstuk I “Definities” van het ministerieel besluit (art. 1, 11^o).

De rechtbank oordeelt dat de expliciete link naar artikel 19, §§ 1 tot 4 van het ministerieel besluit dient begrepen in die zin dat elke inrichting die nog niet over een volledige referentieperiode van één jaar (01.07.J – 30.06.J+1) kan beschikken, en daarom vergoed wordt in overeenstemming met artikel 19, wordt gevisieerd.

Het RIZIV stelt terecht dat het WZC in dat geval verkeerde op de datum van de inwerkingtreding van artikel 16, § 1, 2^{de} lid van het ministerieel besluit, dit is 1 juli 2014.

De bestreden beslissing is derhalve naar recht verantwoord, in zoverre de forfaitaire tegemoetkoming vanaf 1 juli 2014 niet meer werd berekend met toepassing van artikel 16, § 1, 1^{ste} lid van het ministerieel besluit.

12. Met betrekking tot de door het WZC ingeroepen schending van het rechtsbeginsel van de niet-retroactiviteit van wetten en reglementen, en de ingeroepen schending van verworven rechten:

Het WZC spreekt van een impact van het nieuwe 2^{de} lid van artikel 16, § 1 van het ministerieel besluit van 6 november 2003 op een “volledig voltrokken toestand en op een verworven recht” op het “verhoogd forfait”.

Met toepassing van artikel 19, § 3 van het ministerieel besluit had het WZC tot en met 30 september 2013 recht op een forfaitaire tegemoetkoming per rechthebbende van 14,05 EUR/dag.

Zijn recht op een forfaitaire tegemoetkoming berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, ontstond op 1 oktober 2013.

Uiteindelijk stelde het RIZIV het WZC met een beslissing *de dato* 6 augustus 2014 ervan in kennis dat het in toepassing van het ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 72,80 EUR mag aanrekenen vanaf 1 oktober 2014 tot 31 december 2014 (stuk 3*bis* van het WZC; in het stukkenbundel bevindt zich geen beslissing met betrekking tot de periode van 01.10.2013 tot 31.12.2013).

Per 1 juli 2014 was intussen wel het nieuwe artikel 16 (toevoeging van het 2^{de} lid aan § 1) in werking getreden. Kennelijk zag het RIZIV dit over het hoofd bij de betekening *de dato* 6 augustus 2014. Uiteindelijk gebeurde er een herziening voor de periode vanaf 1 juli 2014 met de bestreden beslissing.

Het RIZIV is verplicht om de nieuwe regelgeving, die van openbare orde is, onmiddellijk toe te passen op de lopende tegemoetkomingen.

Dit impliceert echter niet dat er sprake is van enige retroactiviteit van de reglementering. Er is evenmin een schending van verworven rechten: de verhoogde tegemoetkoming werd immers vanaf 1 juli 2014 verder uitbetaald, zonder dat daar een rechtsgrond voor was.

Het middel wordt niet aangenomen.

13. *Met betrekking tot de door het WZC ingeroepen schending van het gelijkheidsbeginsel:*

Het WZC stelt dat artikel 16, § 1, 2^{de} lid geen onderscheid maakt tussen instellingen die wél erkend waren voor 01 juli 2014 en reeds aanspraak konden maken op een financiering met toepassing van artikel 16, § 1, en de andere instellingen die niet erkend waren voor 1 juli 2014. Entiteiten die zich in een objectief andere toestand bevinden moeten ook behandeld worden, rekening houdend met die verschillende situatie.

In die zin is er een schending van het gelijkheidsbeginsel.

Deze instellingen bevinden zich evenwel niet in een objectief andere toestand: het betreft zonder onderscheid nieuwe instellingen die vergoed worden met toepassing van artikel 19 van het ministerieel besluit. Zoals hoger reeds uiteengezet is de datum van erkenning in deze irrelevant.

Het middel wordt niet aangenomen.

14. *Met betrekking tot de door het WZC ingeroepen schending van het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel:*

Het vertrouwensbeginsel vormt geen beletsel voor een wijziging van de reglementering, ter vrijwaring van een hoger belang dan dat van de individuele (rechts)persoon.

Het WZC roept in dat het zijn beleid op vlak van personeelsuitgaven en investeringen mede gebaseerd heeft op de volgens artikel 16 § 1, 1^{ste} lid berekende forfaits. De bestreden beslissing zou een financiële impact hebben van 463.388,00 EUR aan mislopen tegemoetkoming.

Hierbij dient dan toch de kanttekening gemaakt dat het WZC kennelijk zijn bedrijfsplan opstelt in functie van een wettelijke bepaling, die afgewend wordt van haar eigenlijk doel, met name tegemoet komen aan de “kleine” woonzorgcentra (inrichtingen waar de norm zoals bedoeld in art. 2 van het M.B. kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen).

Het WZC startte weliswaar “klein”, om dan onmiddellijk na het verstrijken van de korte referentieperiode van één trimester een veelvoud aan bewoners op te nemen (stuk 4 van het RIZIV). Dat de populatie van het WZC bovendien anders blijkt samengesteld in de periode aansluitend op de (korte) referentieperiode (in verhouding minder zwaar zorgbehoevende bewoners) wordt als dusdanig niet ontkend (stuk 4 van het RIZIV). Het WZC stelt dat daar verschillende oorzaken voor kunnen worden aangehaald (aantal overlijdens, aantal overplaatsingen,...) en dat het streeft naar een “optimaal beheer”.

Opdat er een schending van het vertrouwensbeginsel zou kunnen worden weerhouden, moet het vertrouwen in eerste instantie gewettigd zijn.

Het WZC is op een creatieve manier omgegaan met een uitzonderingsbepaling (art. 16, § 1, 1^{ste} lid) en erkent dat haast met zoveel woorden (syntheseconclusies nr. 43, 2^{de} al.).

Het WZC wist allicht dat daar risico's aan verbonden waren, minstens had het WZC dit moeten beseffen.

Het kan de regelgever bezwaarlijk kwalijk worden genomen dat hij in het hoger belang van de financiering van de sociale zekerheid op gegeven ogenblik is opgetreden om uitwassen inzake het “verhoogd” forfait tegen te gaan.

Er is geen sprake van strijdigheid van artikel 16, § 1, 2^{de} lid met hogere rechtsnormen, zodat de bestreden beslissing rechtsgeldig op dit artikel werd gesteund.

De bestreden beslissing is volledig naar recht verantwoord; het beroep is ongegrond.

15. *Met betrekking tot de vordering van een schadevergoeding:*

Het WZC vordert de vergoeding van geleden schade die in causaal verband zou staan met een fout van het RIZIV. De schade wordt begroot op 463.388,00 EUR, te vermeerderen met intresten in sociale zaken.

De fout van het RIZIV is volgens het WZC gelegen in het feit dat het RIZIV zelf initieel heeft bevestigd dat voor instellingen die zich in de situatie van het WZC bevinden, toepassing kon worden gemaakt van artikel 16, § 1, 1^{ste} lid van het ministerieel besluit van 6 november 2003. Het RIZIV heeft volgens het WZC bevestigd dat artikel 16, § 1, 2^{de} lid geen impact had op instellingen die op het ogenblik van deze bepaling al erkend waren.

Dit blijkt volgens het WZC uit de eerdere beslissingen die genomen werden ten aanzien van het WZC en uit de omzendbrief de dato 15 juli 2014 van het RIZIV (stuk 10 van het WZC).

Het RIZIV betwist dat het op enig ogenblik ten aanzien van het WZC heeft erkend dat het zou kunnen genieten van verhoogde tegemoetkoming.

Het WZC leest in de omzendbrief kennelijk zaken die er niet in staan; de omzendbrief stelt over het ministerieel besluit van 26 mei 2014 enkel: "Dit besluit voegt een lid toe aan het artikel 16, § 1, dat stelt dat het voorgaande lid niet van toepassing is op de nieuwe inrichtingen. Dit betekent dat in hun geval enkel nog de kost die voortvloeit uit de toepassing van de basisnorm, in rekening zal worden gebracht.

Dit besluit is in werking getreden op 1 juli 2014".

Ten overvloede dient vastgesteld dat de omzendbrief geen foutieve informatie bevat.

Wat betreft de eerdere beslissingen waarbij een verhoogd forfait met toepassing van artikel 16, § 1, 1^{ste} lid aan het WZC werd toegekend (beslissingen d.d. 02.07.2014, d.d. 06.08.2014 en d.d. 07.08.2014): deze beslissingen waren overduidelijk behept met een vergissing, vermits ze nog geen rekening hielden met de wijziging van de reglementering per 1 juli 2014.

Wanneer het RIZIV dergelijke vergissing vaststelt, dient het de foutieve beslissing te herzien om de situatie in overeenstemming te brengen met de vigerende wetgeving. Dit is in deze gebeurd.

Het RIZIV stelt terecht dat het niet valt in te zien hoe het op een correcte manier toepassen van een ministerieel besluit een fout in de zin van artikel 1382 Burgerlijk Wetboek kan uitmaken.

Het WZC bewijst geen fout in hoofde van het RIZIV. De vordering van een schadevergoeding wordt afgewezen.

16. Alle overige middelen zijn verder niet terzake dienend.

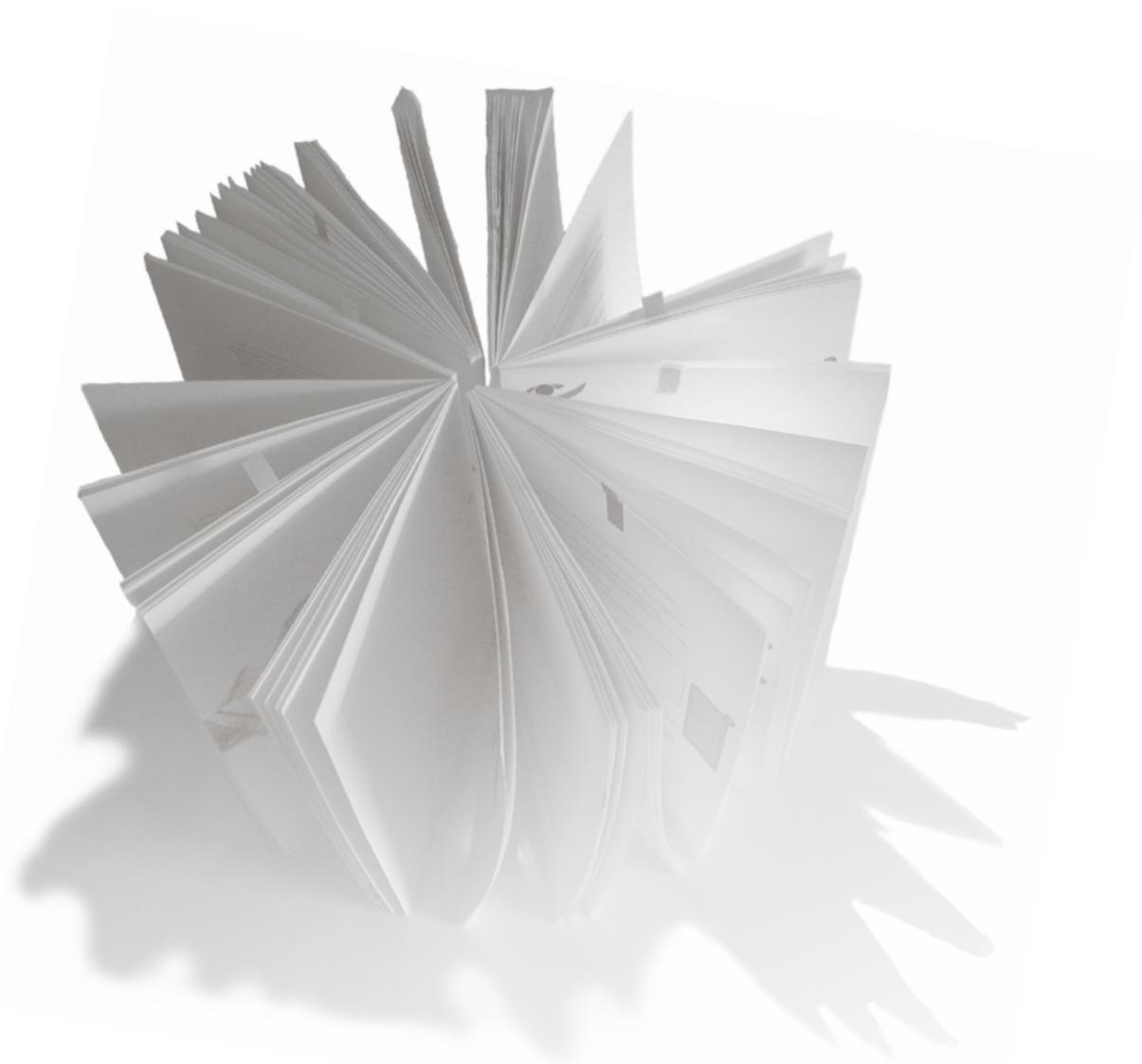
OM DEZE REDENEN,

DE RECHTBANK,

Op tegenspraak en in eerste aanleg,

Verklaart de vordering van eisende partij ontvankelijk doch ongegrond.

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Somnifères apparentés aux benzodiazépines

Consommation chez les personnes âgées - Coût pour la sécurité sociale - Contrôle - Formations sur l'utilisation adéquate - Campagnes

Question n° 663 posée le 20 janvier 2016 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, par Madame la Représentante HUFKENS¹

La consommation de somnifères est de nouveau repartie à la hausse. En 2014, quelques 13,2 millions de boîtes de somnifères ont été vendues en Belgique, ce qui représente une augmentation de 3,5 % par rapport à 2013. Si l'on compare avec d'autres pays européens tels que la Suède ou les Pays-Bas, la consommation belge de somnifères est 2 à 3 fois supérieure.

Les médecins ne prescrivent que trop facilement des somnifères apparentés aux benzodiazépines tels que le Zolpidem ou le Zopiclon, alors que ces médicaments entraînent une prompte dépendance dans leur sillage .

Il est difficile de détecter les conséquences nocives de la consommation prolongée des benzodiazépines. Néanmoins, dans la plupart des cas, ces conséquences se traduisent par une déficience de la coordination, et ce, principalement chez les personnes âgées. Par conséquent, elles sont susceptibles de tomber plus facilement. Parmi le groupe des 70 ans et plus, 30 % consomment régulièrement des somnifères. Pour ce qui est du groupe des femmes peu qualifiées de 60 ans et plus, cette consommation atteint même les 50 %.

1. Pour la période 2010-2015, combien de boîtes de benzodiazépines ont-elles été prescrites ?
2. Pour la période 2010-2015, quel coût cette consommation a-t-elle eu pour la sécurité sociale ?
3. Les médecins font-ils l'objet de contrôles dans le cadre de la prescription de somnifères ? Dans l'affirmative, veuillez fournir un aperçu de ces contrôles pour la période 2010-2015.
4. Les médecins sont-ils soumis à des conditions lors de la prescription de somnifères ? Par exemple uniquement dans les cas d'insomnies aiguës ?
5. Quelles formations sont-elles disponibles dans le cadre de la sensibilisation des médecins généralistes à cette problématique ? Combien de médecins généralistes suivent-ils les formations qui leur sont proposées ?

Réponse

1. Les chiffres de la banque de données IMS montrent que le nombre de conditionnements de benzodiazépines vendus dans les officines publiques a diminué, passant de presque 14 millions de conditionnements en 2010 à presque 13 millions de conditionnements en 2015.

1. Bulletin n° 077, Chambre, session ordinaire 2015-2016, p. 341.

Principe actif	Nombre de DDD 2010	Nombre de DDD 2015
ALPRAZOLAM	66.615.600	73.717.453
BROMAZEPAM	34.874.412	28.113.105
BROTIZOLAM	6.371.190	5.617.740
CLOBAZAM	1.419.420	1.268.625
CLOTIAZEPAM	12.774.840	10.305.030
CLOXAZOLAM	4.477.595	3.436.905
DIAZEPAM	15.956.033	21.780.595
ETHYL LOFLAZEPATE	1.161.360	955.170
FLUNITRAZEPAM	6.191.370	3.319.100
FLURAZEPAM	6.033.086	6.410.330
KETAZOLAM	0	0
LOPRAZOLAM	6.492.420	5.857.140
LORAZEPAM	85.361.260	76.734.188
LORMETAZEPAM	140.104.948	136.242.200
NITRAZEPAM	1.396.170	870.330
NORDAZEPAM	365.180	272.550
OXAZEPAM	2.499.065	1.856.808
PRAZEPAM	6.061.735	5.756.180
TEMAZEPAM	0	0
TRIAZOLAM	3.696.650	2.858.800
ZALEPLON	34.965	0
ZOLPIDEM	73.023.070	83.941.110
ZOPICLONE	10.591.420	9.091.060
TOTAL	485.501.788	478.404.418

Principe actif	Nombre de conditionnements avec cachets 2010				Nombre de conditionnements avec cachets 2015			
	10 - 30 cachets	50 - 60 cachets	100 cachets	TOTAL	10 - 30 cachets	50 - 60 cachets	100 cachets	TOTAL
ALPRAZOLAM	481.015	1.824.296	0	2.305.311	518.282	1.765.596	0	2.283.878
BROMAZEPAM	5.101	962.298	0	967.399	3.152	686.045	0	689.197
BROTIZOLAM	212.373	0	0	212.373	187.258	0	0	187.258
CLOBAZAM	3.072	42.511	0	45.583	0	40.420	0	40.420
CLOTIAZEPAM	12.564	304.114	0	316.678	11.718	252.492	0	264.210
CLOXAZOLAM	7.996	103.852	0	111.848	4.669	81.796	0	86.465
DIAZEPAM	95.667	0	152.708	248.375	386.208	274.387	1.796	662.391
ETHYL LOFLAZEPATE	38.712	0	0	38.712	31.839	0	0	31.839
FLUNITRAZEPAM	619.137	0	0	619.137	331.910	0	0	331.910
FLURAZEPAM	220.025	0	0	220.025	233.783	0	0	233.783
KETAZOLAM	0	0	0	0	0	0	0	0
LOPRAZOLAM	119.452	0	0	119.452	107.662	0	0	107.662
LORAZEPAM	13.248	2.107.557	0	2.120.805	18.672	1.761.141	0	1.779.813
LORMETAZEPAM	2.244.772	126.865	0	2.371.637	2.157.188	157.964	0	2.315.152
NITRAZEPAM	46.539	0	0	46.539	29.011	0	0	29.011
NORDAZEPAM	3.543	13.762	0	17.305	2.899	12.178	0	15.077
OXAZEPAM	0	178.578	0	178.578	0	103.156	0	103.156
PRAZEPAM	11.794	157.243	0	169.037	10.941	142.542	0	153.483
TEMAZEPAM	0	0	0	0	0	0	0	0
TRIAZOLAM	373.744	0	0	373.744	290.785	0	0	290.785
ZALEPLON	2.546	0	0	2.546	0	0	0	0
ZOLPIDEM	2.151.959	166.646	0	2.318.605	2.807.853	103	0	2.807.956
ZOPICLONE	355.228	0	0	355.228	303.036	0	0	303.036
TOTAL	7.018.487	5.987.722	152.708	13.158.917	7.436.866	5.277.820	1.796	12.716.482

2. Comme les benzodiazépines ne sont pas remboursables, l'utilisation de ces spécialités n'entraîne pas de coût direct pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) au point de vue médicamenteux.

Les chutes liées à la consommation de psychotropes chez les personnes âgées représentent cependant un coût pour les soins de santé, et, éventuellement, pour l'avenir en termes de santé des personnes concernées.

Une estimation du coût médical de ces chutes en France fournit un chiffre d'environ un milliard d'euro par an, cette estimation ne comprenant pas le coût indirect de ces chutes (aide au domicile, placement en institution, etc.). Aux USA, le coût annuel des soins aigus consacrés à ces chutes est estimé à 10 milliards de dollar.

Ces données portent surtout sur les conséquences directes de la chute telles que la prise en charge des fractures du col fémoral ou les coûts des évaluations et des interventions. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que le coût de la dépendance et de la perte d'autonomie qui résulte de la chute est méconnu, et est probablement bien supérieur au coût direct.

Nous ne disposons pas de données spécifiques pour la Belgique et certainement pas de données pour ce qui concerne les seuls médicaments de la classe des benzodiazépines.

3. Les commissions médicales provinciales peuvent réaliser un contrôle à la demande de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (afmps). Nous ne disposons pas de chiffres en ce qui concerne la fréquence des contrôles en question.

4. Il n'y a rien dans la législation sur les médicaments (loi du 25.03.1964 sur les médicaments et l'A.R. du 14.12.2006 sur les médicaments à usage humain et vétérinaire) qui conditionne la prescription des somnifères.

L'article 11 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de santé porte sur la liberté diagnostique et thérapeutique dans l'exercice de l'Art de guérir. Cette liberté est limitée par les règles de conduite déontologiques.

L'article 11 de l'arrêté royal n° 78 précise en effet: "Les praticiens visés aux articles 2, 3 et 4 ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution des préparations magistrales."

Les médecins se conforment aux indications approuvées dans le résumé des caractéristiques du produit.

5. Depuis plusieurs années, l'administration finance l'UZ Gent et l'hôpital Erasme pour organiser des formations sur l'utilisation adéquate des benzodiazépines. Le projet apprend aux généralistes à mieux connaître les benzodiazépines, à identifier les difficultés psychosociales grâce à des techniques d'entretien sur lesquelles ils ont l'occasion de faire des exercices, à amener le patient à parler du problème et à proposer des alternatives non-médicamenteuses valables. En informant correctement les médecins, on entend favoriser un comportement prescripteur adéquat. Tout au long du projet, quelque 5.000 médecins ont bénéficié de cet enseignement. Les formations ont été données via les LOK/GLEM par un duo généraliste-psychologue et dans le cadre de modules d'*e-learning*. Les évaluations montrent que le module d'apprentissage est non seulement perçu comme très pertinent, mais qu'il contribue également au processus de changement des comportements chez les médecins participants. Les médecins ont de surcroît indiqué qu'à la fin du module, ils se sentaient plus instruits et mieux soutenus lorsqu'il s'agit d'aider autrement (sans médicaments) les patients qui ont des difficultés psychosociales.

L'afmps est bien consciente qu'il faut sensibiliser les médecins généralistes en vue d'un usage plus adéquat des somnifères et des calmants. Savoir prescrire rationnellement en respectant les indications, en utilisant de manière pertinente les différents psychotropes, en connaissant les risques et effets secondaires inhérents à chacun de ces médicaments est primordial. Il est important que les psychotropes ne soient pas prescrits trop vite et pour une trop longue durée. Les alternatives non médicamenteuses doivent être privilégiées.

Différentes initiatives ont déjà été prises par les autorités pour favoriser un usage plus adéquat des somnifères.

Le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), ASBL grée et subsidiée par l'afmps pour donner une information objective aux professionnels de la santé, positionne les médicaments utilisés dans les troubles du sommeil, dans le répertoire commenté des médicaments envoyé gratuitement à tous les médecins. Deux fiches de transparence "Prise en charge de l'insomnie" et "Prise en charge des troubles anxieux" ont également été envoyées à tous les médecins et sont disponibles sur le site internet du CBIP. Elles sont mises à jour en fonction des nouvelles données disponibles. Un article paru dans les *Folia Pharmacotherapeutica* en mai 2009 traite aussi de manière objective de la prise en charge de l'insomnie.

L'ASBL Farmaka également subsidiée par l'afmps envoie des visiteurs médicaux indépendants chez les médecins généralistes de toutes les régions du pays pour leur apporter l'information scientifique la plus actuelle, sur base de la méthodologie de l'*Evidence Based Medicine*, pour un usage rationnel des médicaments fondé sur une analyse scientifique rigoureuse.

Le thème des somnifères a été présenté aux médecins généralistes par les visiteurs de l'ASBL Farmaka entre février et juin 2011. Pendant cette période, 2.272 visites ont été effectuées.

La fiche relative à l'insomnie ainsi qu'une présentation sont disponibles sur le site de l'ASBL Farmaka. Des messages-clés concernant les hypnotiques y sont repris.

L'accent est également mis sur la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie.

L'ASBL Farmaka encourage les médecins généralistes à développer une attitude critique envers les différentes sources d'informations scientifiques et cherche à favoriser un comportement prescripteur plus rationnel.

Le SPF Santé publique est également vigilant. Fin 2012 la plate-forme BelPEP (*Belgian Psychotropics Experts Platform*) a été créée. L'objectif de cette plate-forme multidisciplinaire est de parvenir à une utilisation plus appropriée des psychotropes en Belgique. Sur base des constats effectués par chacun des groupes de travail constituant la plate-forme BelPEP, de nouvelles initiatives sont programmées. Les benzodiazépines font bien évidemment partie des priorités pour le futur.

Des projets spécifiques aux somnifères et calmants ont également été mis en place.

Depuis 2002, le Ministre fédéral de la Santé publique mène des campagnes visant à conscientiser la population par rapport aux risques d'une consommation excessive de somnifères et calmants. Des campagnes ont été évaluées par un organisme indépendant et des adaptations ont été proposées sur base des résultats. Voir: www.somniferesetcalmants.be. Depuis 2007, dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes, des formations *e-learning* (voir www.benzoconsultfr.be) et en face à face (formation prodiguée par un médecin et un psychologue) ont été développées en vue de favoriser un usage adéquat des benzodiazépines. Plus de 4.000 médecins généralistes ont ainsi été formés. Ces formations se poursuivent.

Par ailleurs, des manuels d'aide élaborés par l'ULB et l'Université de Gand à l'attention des généralistes et des pharmaciens, que l'on utilise dans le cadre des séances de formation, font eux aussi partie du cadre théorique. Ces ouvrages peuvent être commandés auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) et sont disponibles en ligne sur le site www.health.belgium.be/benzo.

Ces manuels d'aide et ces formations mettent en avant les alternatives non médicamenteuses et rappellent les principales règles d'un bon usage des benzodiazépines ainsi que les conditions à respecter pour un sevrage efficace et efficient. De plus, une large partie est consacrée aux différentes étapes et questions à poser lors de l'anamnèse des patients présentant un trouble du sommeil. Ces questions doivent permettre d'investiguer la situation du patient et essayer de mieux cerner les causes éventuelles. Il est également recommandé d'aborder avec le patient la question de la dépendance (et tolérance) et de lui expliciter les risques et effets secondaires éventuels.

Pour beaucoup de patients, le médecin est perçu principalement comme un prescripteur et l'ordonnance revêt un caractère magique. Les mentalités doivent continuer à évoluer et cela ne pourra se faire effectivement qu'en persévérant dans la sensibilisation à la fois des médecins généralistes et du grand public.

L'afmops a lancé en 2012 une campagne pour favoriser un bon usage des médicaments. Une des douze clés présentées dans cette campagne intitulée "Un médicament n'est pas un bonbon" est dédiée aux somnifères et calmants et renvoie également à la campagne du SPF Santé publique.

II. Accès aux médicaments innovants

Prix abordable - Plus value thérapeutique - Organisation du remboursement - Pacte d'avenir - Pay for performance - Evidence Based Medicine - Programme médical d'urgence - Programmes d'usage compassionnel - Groupe de travail sur le plan européen

Question n° 857 posée le 29 avril 2016 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le député DUCARME¹

Une rencontre d'experts a eu lieu à Amsterdam sous l'égide du ministre de la Santé des Pays-Bas début mars 2016, pour faire le point sur l'accès des patients aux médicaments innovants à un prix acceptable socialement.

Ces médicaments peuvent améliorer considérablement leur qualité de vie, voire les guérir, mais sont extrêmement chers, ce qui peut faire exploser les coûts des soins. En outre, les règles actuelles d'agrément imposent de tester un nouveau médicament sur de larges groupes de patients, ce qui pose problème pour les pathologies rares.

1. Quel bilan tirez-vous de l'accès aux médicaments innovants dans notre pays? Envisagez-vous de prendre de nouvelles initiatives pour renforcer et encore accélérer cet accès, notamment par son prix ?
2. Dispose-t-on d'une comparaison avec les pays voisins ?
3. Envisage-t-on de revoir les règles d'agrément pour ces produits afin de les assouplir, notamment dans le cadre des pathologies rares où il n'est pas évident de trouver de grands groupes de patients pour tester les médicaments?

Réponse

En ce qui concerne vos deux premières questions, je veux d'abord vous donner un peu plus de précisions. L'accès et l'accessibilité aux nouvelles thérapies sont selon moi déterminés par deux facteurs très différents mais aussi cruciaux. Il y a d'abord et surtout la disponibilité de la thérapie, mais en revanche, et au moins aussi important, le fait de pouvoir payer à court terme ou à long terme. Ce dernier élément est déterminant pour le maintien du financement et la durabilité du système de l'assurance maladie.

1. Bulletin n° 087, Chambre, session ordinaire 2015-2016, p. 172.

Comme vous le savez, j'ai entre-temps pris un certain nombre d'initiatives pour optimiser l'organisation du remboursement des médicaments et offrir des réponses réelles au défi que représente le coût élevé des nouveaux médicaments. Pour ceci, je réfère au Pacte d'avenir pour le patient que j'ai conclu avec l'industrie pharmaceutique, et dans lequel j'ai pris des engagements clairs concernant les contrats, avec l'accent sur le *pay for performance*, dans lesquels j'ai explicitement confirmé mes intentions de baser ma procédure décisionnelle sur l'*Evidence Based Medicine* et dans lequel je me suis également engagée à accélérer les processus administratifs pour le remboursement de nouveaux médicaments.

Le Parlement a récemment approuvé la base légale permettant de démarrer la procédure pédiatrique accélérée dès 2017. Celle-ci permettra aux enfants d'avoir accès jusqu'à six fois plus tôt à des médicaments innovants. Sur le marché post-brevet, nous laissons libre cours à la concurrence grâce à un nouveau système de prescription du moins cher et du *patent cliff*, pour lequel des centaines de millions sont libérés chaque année pour l'innovation. Pour ceci, je me réfère aussi aux coopérations belges, néerlandaises, luxembourgeoises et autrichiennes en ce qui concerne le remboursement des médicaments, dans lequel je prends des mesures avec mes collègues européens afin d'associer nos pouvoirs, et d'ouvrir cette collaboration aux autres États membres intéressés.

En ce qui concerne votre question sur l'évaluation de la situation belge par rapport à l'accès à l'innovation et une comparaison avec nos pays voisins, je reviens sur ce que j'ai cité auparavant. L'accès et l'accessibilité sont principalement déterminés par l'organisation du remboursement.

Pour la Belgique, cela signifie une analyse très profonde de la plus-value thérapeutique, de l'efficacité du coût et de l'impact budgétaire. Après une évaluation favorable, le nouveau médicament est inscrit dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, et *de facto* un accès aisé à la thérapie pour tous les patients nécessitant cette thérapie en résulte, ce dernier point étant très important.

En ce point, notre système se différencie quand même de celui de nos pays voisins. Pour ceci, je réfère par exemple au *sluismodel* qui est appliqué aux Pays-Bas, mais aussi au financement partiel des thérapies onéreuses via les budgets alloués à l'hôpital en France, et à l'accès théorique aux nouveaux médicaments en Allemagne, immédiatement après enregistrement mais avec les choix de paquets réels qui sont faits dans les différentes institutions d'assurance et régions. Tous ces modèles peuvent en réalité limiter l'accès réel et rendre des comparaisons extrêmement difficiles et peu pertinentes.

En fait, je dois conclure que la Belgique ne s'en sort pas si mal en ce qui concerne l'accessibilité aux thérapies médicamenteuses innovatrices. En ce qui concerne les médicaments orphelins (127), plus de 60 % sont actuellement remboursables (78) en Belgique et 15 % sont en cours de procédure auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Seulement moins de 10 % se sont vus refuser une inscription au remboursement, mais il reste encore un peu moins de 20 % qui n'ont pas encore fait une telle demande. Les nouvelles immunothérapies en oncologie sont déjà remboursables, et l'extension à de nouvelles indications sont explorées. Les nouvelles thérapies contre l'hépatite C sont disponibles et remboursées. Ceci ne sont que quelques exemples.

En ce qui concerne votre question sur l'assouplissement des conditions d'agrément ou d'autorisation de mise sur le marché de nouveaux médicaments, je tiens à souligner que je ne veux nulle part nuire à la recherche soigneuse sur l'efficacité et surtout la sécurité des nouveaux médicaments. Je suis évidemment consciente que l'évidence et l'expertise, en particulier pour les maladies rares, peuvent être très limitées. Mais de nouveau, ici une collaboration internationale renforcée, et une autorisation de mise sur le marché, qui est en premier lieu une matière européenne, peuvent offrir des possibilités. Ici également, je continuerai à faire des efforts dans ce domaine.

La Belgique met en application l'article 83 du règlement européen 724/2004 par l'application de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964.

La base légale nationale prévoit la possibilité de mettre à disposition rapidement un médicament qui se montre innovant sur le plan thérapeutique, scientifique ou technique pour des patients souffrant d'une maladie invalidante, chronique ou grave, ou d'une maladie considérée comme mettant la vie en danger et qui ne peuvent être traités de manière satisfaisante avec des médicaments actuellement disponibles sur le marché.

Il existe donc en Belgique la possibilité de mettre sur pied des programmes d'usage compassionnel pour des médicaments qui ne possèdent aucune autorisation de mise sur le marché mais pour lesquelles la balance bénéfice/risque est en faveur des patients qui présentent un besoin médical urgent.

La Belgique a également été une étape plus loin en instaurant un cadre pour les médicaments autorisés mais pour lesquelles un programme médical d'urgence peut être mis sur pied pour autant que les patients dont la vie est en danger, n'aient pas d'autres option thérapeutique satisfaisante.

Nous sommes donc précurseur en la matière en ayant instauré un cadre juridique pour les médicaments avec et sans autorisations qui peuvent répondre à un besoin médical urgent.

L'arrêté royal du 14 décembre 2006 définissant la procédure a été modifié en juillet 2014 afin d'améliorer le processus d'évaluation dont l'objectif est toujours de promouvoir l'accès d'un médicament innovant dans un délai assez court tout en garantissant la sécurité du patient.

Sur le plan européen, nous participons activement à un groupe de travail, le STAMP (*Safe and Timely Access to Medicines for Patients*), dont la finalité est de tenter d'harmoniser les procédures en Europe via une coopération rapprochée entre les États membres.

Lors de ces réunions il y a un échange d'informations et de procédures entre États membres.

Dans le but d'une harmonisation et d'un accès rapide aux médicament innovants, ce groupe de travail a participé à l'élaboration de différentes initiatives européennes :

- PRIME (*PRI*ority *ME*dicines) dont le but est de supporter le développement de médicaments ciblant un besoin médical non satisfait
- *Adaptive pathway* qui est un concept scientifique visant le développement de la médecine et la génération de données qui permet un accès rapide et progressif d'un médicament au patient
- Une réflexion est également menée sur l'utilisation d'un médicament autorisé dans une nouvelle indication, appelée *drug repurposing* dont le but est d'établir la nécessité d'instaurer un cadre juridique européen ou des guidances pour les différents États membres dans ce contexte spécifique.

III. Diabète

Rapport de l'OMS - Évolution dans notre pays - Disparités en fonction des inégalités sociales - Impact sanitaire et économique

Question n° 869 posée le 4 mai 2016 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant NOLLET¹

Selon un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le pourcentage de la population mondiale touché par le diabète a presque doublé : de 4,7 % en 1980, il a grimpé à 8,5 %.

Cette maladie peut entraîner diverses complications selon la majorité des spécialistes. De plus, une glycémie trop élevée implique d'autres facteurs de risque, notamment au niveau des maladies cardio-vasculaires.

1. Je souhaiterais obtenir quelques chiffres sur l'évolution de cette maladie dans notre pays sur les cinq dernières années (si possibles les dix dernières années) et ce, province par province et/ou arrondissement par arrondissement.
2. Quelles leçons politiques tirez-vous de ces chiffres ?
3. Le rapport de l'OMS pointe des disparités quant à la progression de cette maladie en fonction des inégalités sociales dans le monde. En effet, dans les pays les plus pauvres, la prévention et le diagnostic de la maladie ne sont pas traités de la même manière que dans les pays riches. Ce constat est-il applicable aux différentes Régions de notre pays ?
4. Quel est l'impact économique direct de cette maladie pour notre système de santé? Quel est l'évolution de ce dernier sur les cinq dernières années (si possibles les dix dernières années) ?
5. Quelles mesures avez-vous prises afin de réduire l'impact sanitaire et économique de cette maladie ?

Réponse

1. La source la plus fiable permettant de connaître le nombre de patients diabétiques en Belgique est Pharmanet de l'INAMI. Pharmanet collecte, par prescripteur, les données relatives aux médicaments remboursés qui sont délivrés par les officines publiques. Les médicaments utilisés dans le cadre du traitement du diabète mellitus nous donnent donc un bon aperçu du nombre de patients concernés.

1. Bulletin n° 081, Chambre, session ordinaire 2015-2016, p. 191.

Veillez trouver ci-dessous, l'évolution du nombre de patients diabétiques par arrondissement :

Nombre de patients/Province	Arrondissement	2012	2013	2014
Inconnu	Inconnu	962	902	995
Anvers	Antwerpen	40.299	41.434	42.276
Anvers	Mechelen	14.232	14.612	14.896
Anvers	Turnhout	17.522	18.132	18.523
Bruxelles Capitale	Bruxelles Capitale	46.245	47.472	48.362
Hainaut	Ath	4.511	4.636	4.704
Hainaut	Mons	16.261	16.523	16.957
Hainaut	Charleroi	24.832	25.327	25.846
Hainaut	Tournai	7.673	7.837	7.941
Hainaut	Mouscron	3.900	4.013	4.084
Hainaut	Thuin	8.009	8.352	8.591
Hainaut	Soignies	9.993	10.327	10.642
Limbourg	Hasselt	17.644	18.235	18.829
Limbourg	Maaseik	8.786	9.275	9.564
Limbourg	Tongeren	7.986	8.344	8.524
Liège	Waremme	4.688	4.865	5.022
Liège	Huy	6.408	6.555	6.759
Liège	Luik	44.952	46.182	47.335
Liège	Verviers	14.654	15.313	15.928
Luxembourg	Arlon	2.124	2.162	2.180
Luxembourg	Bastogne	1.956	2.048	2.102
Luxembourg	Marche-en-Famenne	2.924	2.978	3.069
Luxembourg	Neufchâteau	2.943	3.012	3.058
Luxembourg	Virton	2.169	2.177	2.227
Namur	Dinant	5.252	5.400	5.494
Namur	Namur	15.733	16.136	16.533
Namur	Philippeville	3.461	3.571	3.626
Flandre orientale	Aalst	13.468	13.891	14.093
Flandre orientale	Dendermonde	9.443	9.862	10.044
Flandre orientale	Eeklo	3.654	3.751	3.872
Flandre orientale	Gent	22.910	23.456	23.993
Flandre orientale	Oudenaarde	5.880	6.046	6.180
Flandre orientale	Sint-Niklaas	10.674	11.103	11.353
Brabant flamand	Halle-Vilvoorde	25.575	26.243	26.622
Brabant flamand	Leuven	21.514	21.930	22.270
Brabant wallon	Nivelles	15.714	16.212	16.522
Flandre occidentale	Brugge	12.736	13.198	13.329
Flandre occidentale	Diksmuide	2.443	2.526	2.543
Flandre occidentale	Ieper	5.504	5.557	5.573
Flandre occidentale	Kortrijk	14.477	14.771	14.949
Flandre occidentale	Oostende	8.382	8.533	8.796
Flandre occidentale	Roeselare	6.751	6.900	7.018
Flandre occidentale	Tielt	4.272	4.310	4.356
Flandre occidentale	Veurne	3.252	3.377	3.485
TOTAL		522.768	537.486	549.065

2. L'augmentation sensible (un peu plus de 8 % entre 2011 et 2014) du nombre total de patients traités pour le diabète témoigne d'une sensibilisation accrue des prestataires de soins pour le diagnostic de cette maladie. J'ai d'ailleurs voulu renforcer ce volet en créant le nouveau programme "Suivi du patient diabétique de type 2 / pré-trajet" qui permet une prise en charge dès que le diagnostic du diabète est posé.

Le nombre absolu (plus de 500.000 belges concernés) me conforte dans les moyens importants que la Belgique investit dans la prise en charge de cette maladie. Je vous rappelle que, outre le "Suivi du patient diabétique de type 2 / pré-trajet", d'autres initiatives, tels que les trajets de soins et une série de conventions INAMI concernant le diabète, apportent également un très grand soutien dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire.

3. La prévention organisée au niveau de l'ensemble de la population relève des compétences des entités fédérées. Pour ce qui concerne la prévention individuelle et le diagnostic, les moyens fédéraux investis dans ce domaine le sont de manière identique dans toutes les régions du pays.

Le cadre de référence scientifique pour le dépistage individuel et le diagnostic est identique pour tous les médecins du pays. Il s'agit concrètement de la recommandation de bonne pratique "Diabète sucré de type 2" de la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et Domus Medica, validée par CEBAM en 2015.

4. L'INAMI dispose, en plus des données concernant les dépenses pour les médicaments du diabète, aussi de données relative aux programmes de soins pour le diabète (trajet de soins diabète, passeport diabète, conventions diabète), les projets-pilotes dans les hôpitaux et d'autres mesures pour certains patients (éducation à domicile de patients suivis en convention diabète, chaussures, orthèses).

Veuillez trouver ci-dessous, l'évolution de ces dépenses :

Dépenses (EUR)					
	2010	2011	2012	2013	2014
Médicaments	133.984.590	144.296.495	149.986.479	156.966.339	164.634.661
Passeport diabète	1.119.981	1.224.073	1.341.804	1.401.464	1.501.262
Trajet de soins diabète de type 2	4.625.353	7.455.162	9.646.541	11.152.502	12.759.512
Conventions du diabète	108.993.861	114.029.213	120.388.812	128.841.033	133.613.115
Autres mesures	1.608.141	1.717.066	1.818.109	1.825.143	1.826.837
Projets-pilotes hôpitaux	600.000	600.000	600.000	600.000	550.000
TOTAL	250.931.926	269.322.009	283.781.745	300.786.481	314.885.387

L'INAMI ne dispose pas directement de données de patients individuels concernant d'autres dépenses de l'assurance maladie liées au diabète : dépenses pour d'autres médicaments, pour les traitements des complications (hospitalisations, amputations,...), les examens complémentaires (biologie clinique, imagerie médicale, examens ophtalmologiques, etc.).

Veuillez trouver ci-après, l'évolution des dépenses de personnes en invalidité qui souffrent de diabète. Il convient de signaler que l'INAMI, sur base de la codification ICD9, ne peut distinguer les cas de diabète de type 1 ou de type 2. Les dépenses concernent donc les deux types de diabète.

En incapacité primaire, aucune donnée n'est disponible à l'INAMI en l'absence de code pathologie.

Dépenses en invalidité pour le code maladie "Diabète"					
	2011	2012	2013	2014	2015
Régime Général	44.799.199,08	46.082.057,49	47.222.022,32	48.002.419,27	49.717.339,09
Régime Indépendants	3.634.568,12	3.737.762,83	3.586.620,51	3.399.696,50	3.219.910,48

5. Actuellement, il existe, dans l'assurance maladie, plusieurs programmes de prise en charge pour patients diabétiques : le "Suivi du patient diabétique de type 2 / pré-trajet", le trajet de soins diabète de type 2 et les conventions diabète.

Le "Suivi du patient diabétique de type 2 / pré-trajet" a démarré en février 2016 et remplace progressivement le passeport diabète, qui était sous-utilisé. Ce programme vise une prise en charge précoce des patients avec un diabète de type 2, depuis le diagnostic jusqu'au passage en trajet de soins ou convention diabète. Le médecin-généraliste y joue un rôle clé. Il identifie et enregistre les patients diabétiques de type 2 dans sa pratique, fixe des objectifs individuels avec eux et leur donne des soins adéquats, s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique evidence-based. Il enregistre des données cliniques et biologiques qui permettront d'évaluer ce programme.

Le trajet de soins diabète de type 2 vise les patients ayant un diabète de type 2 traités par une ou deux injections d'insuline et ceux pour qui un traitement à l'insuline est envisagé. La prise en charge s'effectue principalement en première ligne. Le patient, le médecin-généraliste et le médecin-spécialiste collaborent étroitement avec les autres professionnels de la première ligne.

Les conventions diabète visent les patients avec un diabète de type 1 et les patients à un stade avancé de diabète de type 2, traités par deux injections d'insuline ou plus. Les patients sont suivis dans un centre de convention du diabète en deuxième ligne par une équipe multidisciplinaire.

Ces trois programmes forment un continuum de soins pour les patients diabétiques. Dans tous ces programmes, les patients ont accès à des conseils diététiques et, s'ils ont un risque élevé de plaies aux pieds, à la podologie. Dans le cadre du trajet de soins et de la convention, ils ont accès à de l'éducation au diabète et à du matériel d'autogestion. En outre, j'ai prévu un budget pour que certains patients en pré-trajet, plus précisément ceux avec un risque cardiovasculaire élevé, aient aussi accès à l'éducation et aux conseils sur l'activité physique. Un groupe de travail du Comité de l'assurance de l'INAMI est chargé de développer des propositions concrètes à ce sujet.

L'évaluation des conventions diabète et des trajets a montré une amélioration de la qualité des soins. Pour le "Suivi du patient diabétique de type 2 / pré-trajet", il est encore trop tôt pour tirer des conclusions, mais une évaluation est prévue.

IV. Empowerment des patients

Maladies chroniques - Développement de soins intégrés - Projets pilotes - Plan e-Santé - Cinq use cases : stroke, soins cardiovasculaires, diabète, soins de santé mentale, douleur chronique - Personal health record - Évaluation économique - Financement fédéral

Question n° 1015 posée le 7 juillet 2016 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Madame la députée FONCK¹

Le 19 octobre 2015, les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont approuvé, au sein de la Conférence Interministérielle, un Plan conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé "Des soins intégrés pour une meilleure santé".

L'exécution de ce plan se concrétisera notamment sous la forme de projets pilotes visant le développement de soins intégrés. Le guide permettant d'accompagner les prestataires de soins qui seraient intéressés à développer un tel projet pilote a été présenté lors d'une table ronde le 2 février 2016.

Le Plan comprend 18 composantes qui doivent être implémentées pour permettre l'évolution vers des soins intégrés. La première concerne l'*empowerment* du patient. Le plan prévoit ainsi de "donner à chaque malade chronique le soutien et l'information nécessaires pour lui permettre, dans la limite de ses capacités et en fonction de ses propres objectifs et motivations, de se prendre en charge et d'avoir un rôle actif dans son processus de soin et dans sa vie (*self-management*) ; ceci suppose de l'informer (concernant la maladie et son évolution, le traitement et ses effets potentiels, les modalités de soutien et services disponibles), de l'écouter (ses préférences, motivations et objectifs, ses préoccupations) de le former (apprentissage de certaines procédures, apprendre à reconnaître des symptômes, etc.), de le soutenir (pour atteindre certains objectifs ou adapter ses propres limites, conserver ou accroître son autonomie), d'évaluer ses capacités, etc.

Parmi les actions complémentaires qui doivent être menées au niveau fédéral et décrites dans le plan, les mesures visant l'*empowerment* du patient concernent notamment le "soutien à des projets en matière de *self-monitoring*, *self-management* et télémédecine comme alternative aux soins classiques".

1. Pourriez-vous faire un état des lieux des projets en matière de *self-monitoring*, *self-management* et télémédecine déjà mis en place actuellement et soutenus financièrement ?
2. Comptez-vous poursuivre ces projets dans les prochaines années ?
3. Comptez-vous mettre en place de nouveaux projets ? Dans l'affirmative, pourriez-vous préciser quels projets sont concernés ?
4. Quel est le budget consacré à ces projets ?

1. Bulletin n° 086, Chambre, session ordinaire 2015-2016, p. 251.

Réponse

Face au défi que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et des multimorbidités, notre système de soins doit se réformer pour être plus intégré et centré sur les besoins du patient. C'est l'ambition du Plan "Des soins intégrés pour une meilleure santé" que j'ai signé avec mes collègues de la Conférence interministérielle Soins de santé le 19 octobre 2016.

Comme vous le soulignez, 18 composantes ont été identifiées dans ce Plan pour permettre l'évolution vers des soins intégrés et quatre lignes d'action soutiendront cette évolution. Vous m'interrogez en particulier sur la composante "empowerment du patient", entre autres via les nouvelles technologies, et sur la ligne d'action quatre qui prévoit des actions complémentaires menées en particulier par l'Autorité fédérale.

En réponse à votre question concernant l'empowerment des patients via le *self-monitoring*, le *self-management* et la télémédecine, je peux vous dire que :

- Il existe actuellement quelques projets d'auto-gestion financés par l'assurance soins de santé et indemnités.

Dans le cadre du diabète, des conventions, conclues entre Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et certains hôpitaux belges, ont pour objectif la prise en charge par le bénéficiaire, en collaboration avec l'équipe de diabétologie et avec son médecin généraliste, de tous les aspects du traitement de son diabète, y compris la mesure de la glycémie et entre autres en fonction de ces mesures, l'adaptation de la dose d'insuline, la technique d'injection, l'identification des signes d'hypoglycémie et leur correction, l'intégration de l'activité physique dans le schéma des injections et des repas, ainsi que l'établissement d'une alimentation équilibrée. Il s'agit bien, dans ces conditions, de faire en sorte que le patient puisse gérer lui-même sa maladie (avec le soutien évidemment d'une équipe spécialisée). Au niveau budgétaire, ces seules conventions "autogestion du diabète" représentent un budget de plus de 118 millions d'EUR (2014).

Il n'est pas dans mes intentions de mettre fin à ces conventions, bien au contraire.

Toujours pour les personnes atteintes de diabète, les trajets de soins incitent les patients à prendre une part active dans la gestion de leur maladie. Dans ce cadre, le matériel pour les auto-soins est remboursé. Pour l'année 2014, il s'agit d'un budget de plus de quatre millions d'EUR.

Pour les patients sous alimentation parentérale à domicile, l'INAMI intervient dans le coûts des soins et de l'éducation des patients via une convention avec des équipes multidisciplinaires, créées au sein d'établissements hospitaliers, responsables pour la formation et le suivi des bénéficiaires sous alimentation parentérale à domicile, de leur famille et des éventuels dispensateurs de soins concernés. Ce projet a vu le jour le 1^{er} septembre 2009 et est renouvelé annuellement. L'enveloppe budgétaire annuelle est limitée à un maximum de 281.250 EUR (93.750 EUR pour les enfants de 0 à 17 ans, 187.500 EUR pour les autres bénéficiaires.)

- Dans un avenir proche : Plan e-santé

La télémédecine (et plus généralement le mobile health) est un des points d'action (n° 19) de la récente feuille de route e-santé. Le processus visant à désigner un chef de projet pour le point d'action 19 de la *roadmap* e-santé est entamé.

Le planning prévu dans ce point d'action prévoit la préparation d'un cadre juridique y compris les critères de qualité, les modalités de remboursement, l'encadrement administratif et la manière de contrôler pour la fin 2016. Une attention particulière sera aussi portée au caractère convivial et à la facilité d'utilisation des applications.

Le point d'action prévoit d'initier cinq *use cases*: *stroke*, soins cardiovasculaires, diabète, soins de santé mentale, douleur chronique.

Le budget à consacrer à ce point d'action sera discuté très prochainement dans le groupe de travail intercabinets.

Par ailleurs, le point d'action 10 du Plan e-santé prévoit l'accès aux données par le patient. Différentes étapes ont été déterminées pour y parvenir en 2018, avec le soutien actif des coupoles d'associations de patients. Il s'agit là d'une avancée importante pour la gestion par le patient lui-même de sa situation de santé. Il est à noter que les patients auront la possibilité eux-aussi d'introduire des données médicales dans leur *personal health record*. Ces informations seront accessibles par les personnes ayant une relation thérapeutique avec le patient concerné.

- Plan en faveur des malades chroniques "Des soins intégrés pour une meilleure santé".

Ce plan prévoit que des projets de soins intégrés puissent se déployer sur des zones pilotes. Des soins intégrés nécessitent le développement conjoint d'une série de composantes dont, comme vous le soulignez, l'*empowerment* du patient.

Un financement fédéral est prévu pour le soutien et la coordination de ces projets, mais pas pour d'éventuels investissements. La garantie de budget offerte au projet permet cependant de financer des dispositifs technologiquement innovants qui entraînent des gains d'efficacité. Un préfinancement pourrait être envisagé sous certaines conditions.

S'il est clair que les nouvelles technologies peuvent apporter une plus-value dans l'autogestion par le malade chronique de sa maladie, il faut également tenir compte des aptitudes individuelles de chaque personne. La fracture numérique ne peut devenir une cause d'accroissement des inégalités de santé. Tout patient doit être encouragé à avoir un rôle actif dans son processus de soin et dans sa vie mais avec des méthodologies adaptées à ses capacités.

Ce dernier point m'amène tout naturellement à aborder vos questions concernant les principes d'équité et d'accessibilité pour les malades chroniques.

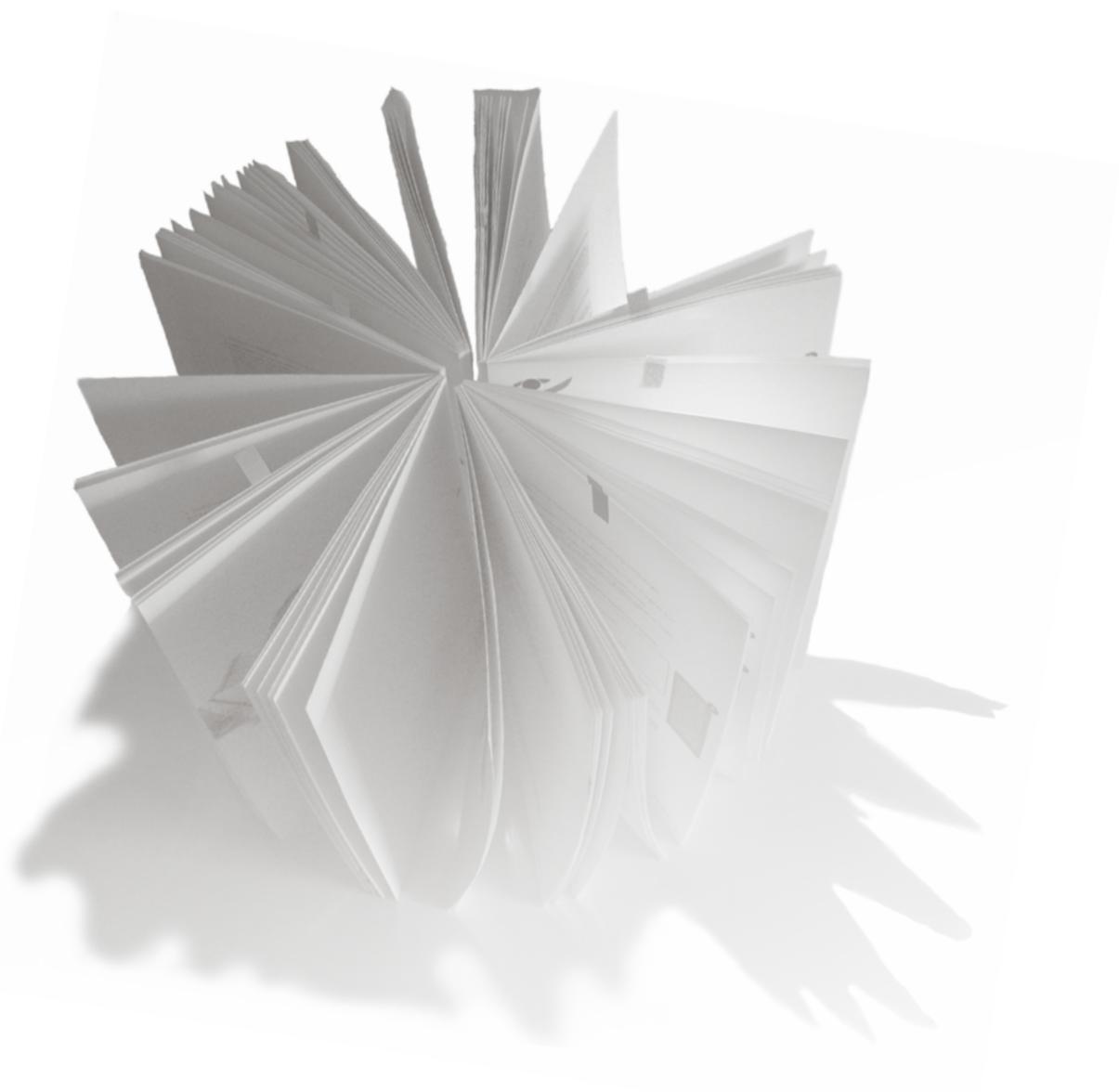
En ce qui concerne l'intervention majorée, un flux de données a été créé en 2015 afin de détecter de façon proactive les bénéficiaires potentiels. Les résultats de ce flux doivent être évalués par l'INAMI. Celui-ci va également formuler des propositions d'automatisation du droit à l'intervention majorée en faveur de certains groupes-cible sur base de critères sociaux et administratifs démontrant que les revenus sont modestes et répondent aux conditions de l'intervention majorée. Le rapport d'évaluation destiné au groupe de travail Assurabilité sera livré au plus tard fin 2018.

L'évaluation du statut d'affection chronique est en cours au sein de l'INAMI. Il s'agit de savoir sur base de quels critères le statut a été octroyé, la nature des dépenses de santé qui ont contribué à la réalisation de ces critères ainsi que l'évolution dans l'octroi du statut. Rapport et recommandations sont attendus pour fin 2017.

L'intégration des soins a effectivement pour ambition de concerner l'ensemble des soins nécessités par une personne, quelle qu'en soit l'autorité compétente. Il faut cependant tenir compte aujourd'hui des orientations politiques et des défis propres à chaque entité. Dans le cadre des projets pilotes, si l'évaluation économique tiendra effectivement compte de l'ensemble des coûts (pour l'autorité fédérale mais aussi pour les autres niveaux de pouvoir), un "maximum à facturer conjoint" n'est pas à l'ordre du jour. Il faut cependant noter que l'évaluation des candidatures en vue de la phase d'exécution tiendra compte de "la manière dont l'accessibilité financière aux aides et aux soins sera garantie aux patients (...) et les mesures envisagées pour garantir que la participation financière des patients n'augmente pas." (Guide p. 29, pt. 15)

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Application de l'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Remboursement des "prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques" à l'étranger par l'assurance obligatoire soins de santé

En vigueur à partir du 15 mai 2016.

1. Introduction

1.1. Situation

L'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : loi coordonnée du 14.07.1994), a été modifié à compter du 10 mai 2014. Cette modification, qui visait à créer une sécurité juridique pour le remboursement des prestations de santé au profit des patients repris dans des essais cliniques sur le territoire belge, pose toutefois question sur la portée de ces dispositions dans un contexte transfrontalier.

L'article 34, alinéas 2 à 4 inclus, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, tel qu'appliqué depuis le 10 mai 2014, dispose :

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

[...]

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. "

Suivant l'exposé des motifs du projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (Doc. 53-3349/001, art. 46) :

"La modification [...] a pour but de créer la sécurité juridique concernant le remboursement des prestations au profit des patients repris dans un essai clinique visé dans la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Seules les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au consensus scientifique entrent en ligne de compte pour un remboursement. Les prestations qui ne satisfont pas à ces conditions et les prestations décrites dans le protocole d'étude en tant que telles sont à charge du sponsor de l'étude clinique. L'investigateur documente et motive dans le dossier médical de l'assuré quelles sont les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au consensus scientifique et quelles sont les prestations complémentaires dispensées dans le cadre de l'étude clinique. L'investigateur tient une liste de la recherche scientifique et des essais cliniques dans lesquels il inclut des assurés. "

La loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (ci-après : loi du 07.05.2004) formule un certain nombre de conditions qui doivent être remplies préalablement à tout démarrage ou prolongation d'une expérimentation, oblige le promoteur à contracter une assurance pour la responsabilité sans faute, etc. Le fait d'imposer ces conditions, compte tenu du principe de proportionnalité, est justifié dans les situations dans lesquelles les patients belges veulent participer à des essais cliniques à l'étranger, et elles sont donc reprises lors de l'introduction d'une demande d'une autorisation préalable (cf. point 3.1).

1.2. Terminologie

Les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au consensus scientifique et qui sont remboursées par l'assurance maladie publique d'un pays sont – dans le cadre de la présente circulaire – qualifiées de *"standard of care"*.

Lorsque le terme "essai clinique" est utilisé dans la présente circulaire, celui-ci couvre également la recherche scientifique sauf s'il est expressément indiqué que ce n'est pas le cas.

1.3. Objectif de la présente circulaire

Afin d'assurer une bonne application de l'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant la prise en charge du *"standard of care"* par l'assurance obligatoire soins de santé lorsque des patients belges participent à des essais cliniques à l'étranger, il convient d'adopter des mesures législatives spécifiques pour mettre en œuvre cet article. Ces mesures d'exécution devraient également contribuer à l'égalité de traitement de tous les patients belges, indépendamment de l'organisme assureur auprès duquel ils sont affiliés.

En attendant l'adoption et la publication de ces mesures d'exécution, la présente circulaire contient les informations nécessaires pour les organismes assureurs sur la façon dont les coûts du *"standard of care"* peuvent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins de santé lorsque des patients belges participent à des essais cliniques à l'étranger.

2. Cadre juridique en matière de soins de santé transfrontaliers

2.1. Législation belge

L'article 136 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que les prestations de l'assurance soins de santé sont en principe refusées si elles ont été dispensées en dehors du territoire belge. Elles peuvent toutefois être accordées en application :

- de l'ordre juridique international, comme par exemple les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale
- de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après: A.R. du 03.07.1996).

L'article 294, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 énumère de manière limitative les situations dans lesquelles l'assurance maladie obligatoire peut accorder une intervention dans le coût des prestations de santé qu'un assuré a reçues à l'étranger. En l'absence de mesures particulières concernant la prise en charge du "standard of care" dans le cadre de la participation à un essai clinique à l'étranger – lorsque la personne assurée n'est pas en possession d'une autorisation préalable – un remboursement n'est possible que sur la base de l'article 294, § 1^{er}, 13^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Une intervention dans le coût par le Fonds spécial de solidarité (ci-après: FSS) n'est pas possible. Le FSS ne peut accorder une intervention dans le coût des soins de santé dispensés à l'étranger que si les conditions prévues dans la législation sont remplies, comme par exemple que les prestations de santé dispensées à l'étranger ne relèvent plus d'un stade expérimental (art. 25^{sexies}, § 1^{er}, c), de la loi coordonnée du 14.07.1994). Eu égard à leurs caractéristiques spécifiques et au caractère scientifiquement non accompli de tels traitements, le FSS ne peut intervenir.

2.2. Législation de l'Union européenne

Lorsqu'un assuré souhaite participer à un essai clinique à l'étranger (*in casu* : un autre pays de l'Union européenne, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège ou de la Suisse), cette participation est qualifiée de "soins de santé programmés".

Il existe deux manières d'obtenir le remboursement des soins de santé programmés dans autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse :

- (i) remboursement sur la base des règles et des tarifs du pays où les soins de santé ont été reçus (les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale – le document S2)
- (ii) remboursement sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie obligatoire belge (la Directive européenne 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, comme transposés dans l'art. 294, § 1^{er}, 13^o et 14^o de l'A.R. du 03.07.1996).

Ces deux manières d'obtenir le remboursement diffèrent en termes de :

- base légale
- conditions relatives au droit aux soins de santé transfrontaliers
- modalités de paiement du prestataire de soins de santé
- modalités de remboursement des soins médicaux reçus
- contributions propres (comme p. ex. ticket modérateur) dans le coût des soins médicaux.

Toutefois, un élément commun des deux instruments est qu'un État membre ne peut être obligé de délivrer une autorisation préalable pour des soins programmés si les prestations ne sont pas remboursées dans le pays d'affiliation (p. ex. des prestations de santé effectuées dans le cadre du protocole d'un essai clinique ou d'une recherche scientifique).

Pour de plus amples explications concernant l'accès aux soins planifiés et leur remboursement dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse ainsi qu'en rapport avec les conditions de délivrance d'une autorisation préalable, nous vous renvoyons à la *Circulaire O.A. n° 2014/440 du 14 novembre 2014 portant des instructions générales pour l'application du règlement (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale – PARTIE II. L'accès aux soins transfrontaliers et leur prise en charge - Application des règlements (CE) nos 883/2004 et 987/2009 et de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

3. Prise en charge du coût du “standard of care” par l'assurance obligatoire soins de santé lorsque des patients belges participent à des essais cliniques à l'étranger

L'article 20 du Règlement (CE) 883/2004 détermine à quel moment une autorisation préalable ne peut pas être refusée, mais il ne s'oppose pas à ce qu'un État membre fasse preuve d'une plus grande souplesse et délivre quand même une autorisation préalable (document S2) dans des situations où ce n'est pas obligatoire conformément à cet article.

En attendant l'adoption et la publication des mesures législatives spécifiques pour mettre en œuvre l'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une autorisation préalable (document S2) peut être délivré à une personne assurée qui souhaite suivre un traitement à l'étranger dans le cadre d'un essai clinique.

3.1. Demande d'autorisation préalable – procédure à suivre

La personne assurée doit introduire une demande d'autorisation préalable (document S2) auprès du Collège des médecins-directeurs (ci-après CMD) via le médecin-conseil de son organisme assureur. Cette demande ne peut être prise en considération qu'à condition que la demande comporte au minimum les éléments suivants :

- un rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement habilité à pratiquer la médecine dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège, accompagné d'une motivation détaillée de la participation à l'essai clinique à l'étranger

- la preuve qu'aucune alternative thérapeutique n'est disponible (en Belgique, dans un pays de l'UE/de l'EEE ou la Suisse, ou ailleurs dans le monde)
- la preuve que la participation du patient dans l'essai clinique à l'étranger est acceptée ou au moins la confirmation que le patient répond aux critères d'inclusion de l'essai clinique et peut être admis à l'essai clinique à condition qu'il ou elle est en possession d'un document S2
- la preuve de "consentement éclairé" que le patient/la personne testée est disposée à participer à l'essai clinique
- le "protocole" décrivant les objectifs, l'objet, la méthodologie, les aspects statistiques et l'organisation de l'essai clinique. Le terme "protocole" englobe également les versions ultérieures du protocole ainsi que les modifications qui y sont apportées
- la preuve que l'essai clinique a été reconnu par l'autorité compétente du pays dans lequel l'essai clinique est réalisé (ex. numéro d'identification dans la base de données EudraCT ou un document comparable)
- la preuve qu'une assurance responsabilité a été prévue pour le chercheur ou l'instigateur.

3.2. Qui décide de l'octroi/du refus d'une autorisation préalable ?

La décision de délivrer une autorisation préalable (document S2) ressortit à la compétence du CMD. Cette centralisation permettra d'améliorer la transparence de ce type de dossiers et de garantir une politique plus cohérente/rationnelle ainsi que l'égalité de traitement des patients belges. Ne s'agissant que d'un nombre limité de cas et le CMD se réunissant chaque semaine, les décisions relatives à la délivrance d'une autorisation préalable pour la participation à un essai clinique à l'étranger peuvent être prises dans un délai raisonnable.

Le choix de donner en l'occurrence compétence au CMD s'inscrit par ailleurs dans la foulée de la modification en 2013 de l'article 25^{sexies} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

4. Particularités

4.1. Délivrance d'une autorisation préalable (document S2) avant le départ à l'étranger

Afin d'assurer la prise en charge des frais du "standard of care" en cas de participation à un essai clinique à l'étranger, l'assuré doit être en possession d'une autorisation préalable (document S2) avant son départ à l'étranger.

4.2. Champ d'application territorial

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivrée pour la prise en charge du coût du "standard of care" en cas de participation à un essai clinique à l'étranger, ne s'applique qu'aux essais cliniques qui se déroulent dans le système public de soins de santé d'un État membre faisant partie de l'UE/de l'EEE ou la Suisse.

Les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ne s'appliquent qu'aux soins médicaux qui sont dispensés par des prestataires de soins de santé qui travaillent dans le cadre du système public de soins de santé.

4.3. Soins ambulatoires vs. soins *intra murales*

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivré pour la prise en charge des frais du “*standard of care*” en cas de participation à un essai clinique à l'étranger s'applique tant à :

- une participation ambulatoire, qu'à
- une participation qui requière une hospitalisation d'une nuit au minimum.

4.4. Essai clinique reconnu ?

Une autorisation préalable peut exclusivement être délivrée pour une prise en charge des frais du “*standard of care*” dans le cadre d'une participation à un essai clinique approuvé par les autorités compétentes tel que cela ressort de la base données EudraCT, ou une autre source équivalente.

4.5. Mention dans la rubrique 2.1 du document S2

En plus de la mention de l'essai clinique dans lequel le patient participe, la mention suivante doit également être reprise dans la rubrique 2.1 du document S2:

“Cette autorisation n'est valable que pour les coûts des prestations en nature (“*standard of care*”), dispensées dans le cadre d'essai clinique, sont prises en charge par l'assurance maladie légale du [remplir le pays].

Cette autorisation ne couvre pas les prestations de soins de santé dont l'exécution est une exigence spécifique du protocole de l'étude”.

4.6. Motifs de refus d'autorisation préalable

Refuser la couverture des dépenses à l'occasion d'un traitement à l'étranger qui doit être qualifié d'expérimental ou de traitement d'essai selon les instances médicales internationales faisant autorité, si aucun droit à ce type de traitement n'existe dans l'état d'origine, est conciliable avec le Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne (ci-après: TFUE).

Le régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivrée pour la prise en charge des frais du “*standard of care*” en cas de participation à un essai clinique à l'étranger doit être considéré comme une application plus souple du droit de l'Union européenne.

Donc, il est justifié de refuser une autorisation :

- lorsque l'essai clinique agréé est également effectué en Belgique (p. ex. dans le cadre de ce qu'on appelle une convention art. 56)
- ainsi que dans le cas d'un assuré qui n'a pas été sélectionné pour participer à un essai clinique en Belgique.

4.7. Qu'en est-il du suivi ?

Il semble recommandé, par exception, de prévoir un régime qui exige une autorisation préalable (document S2) pour la prise en charge du coût du “*standard of care*” en cas de suivi dans le cadre d'une participation à un essai clinique à l'étranger.

4.8. Cette réglementation s'applique-t-elle aussi aux personnes en bonne santé ?

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivré pour la prise en charge des frais du *“standard of care”* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger, comme décrit ci-dessus au point 3, s'applique uniquement aux “patients” et non aux personnes en bonne santé (participant aux essais cliniques).

4.9. Poursuite des prestations de santé qui ne font plus partie d'un essai clinique

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivrée pour la prise en charge des frais du *“standard of care”* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger ne s'applique pas aux prestations de santé qui résultent d'un essai clinique, et qui en sont souvent aussi le prolongement, mais ne font plus partie d'un essai clinique. Pareille demande peut, le cas échéant, être évaluée à la lumière de l'article 25^{sexies} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

4.10. Pas de prise en charge des frais du *“standard of care”* en cas de refus d'une autorisation préalable (document S2) ?

Le régime qui instaure une autorisation préalable (document S2) pour la prise en charge des frais du *“standard of care”* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger doit être considéré comme une application plus souple de l'article 20 du Règlement (CE) 883/2004.

Lorsque le CMD prend une décision positive suite à la demande d'une autorisation préalable, un document S2 doit être délivré à l'assuré.

Lorsque le CMD prend une décision négative suite à la demande d'une autorisation préalable, un document S2 est refusé à l'assuré. Si le patient se rend néanmoins à l'étranger pour participer à un essai clinique reconnu, il maintient le droit à un éventuel remboursement sur la base des tarifs et des conditions de remboursement de l'assurance maladie obligatoire belge, conformément à l'article 294, § 1^{er}, 13^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, dans le cas d'une participation (ambulatoire) à un essai clinique reconnu dans un autre État membre de l'UE/EEE ou de la Suisse. Il convient aux organismes assureurs d'informer le patient à ce sujet.



Circulaire O.A. n° 2016/124 - 392/77, 80/112 et 83/458 du 20 mai 2016.

II. Droit aux soins de santé en qualité d'apprenti

Le paysage de la formation en alternance était jusqu'il y a peu caractérisé par une multitude de contrats, formules et régimes ayant chacun leurs propres règles et traitement au sein de la sécurité sociale.

Consécutivement à l'avis n° 1770 du Conseil National du Travail et du Conseil Central de l'Économie, il a été mis fin à cette situation grâce à l'introduction dans l'arrêté royal du 28 novembre 1969 portant exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, d'un socle fédéral pour les formations en alternance. Cela concerne une série de conditions minimales auxquelles une formation doit satisfaire afin que la personne qui suit la formation soit assimilée à un travailleur dans le cadre de la loi susmentionnée du 27 juin 1969.

Par ailleurs, via l'arrêté royal du 29 juin 2014 modifiant, en ce qui concerne les apprentis, 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, et l'arrêté royal du 13 août 1984 portant exécution de l'article 45 de la loi de redressement du 31 juillet 1984, tous les apprentis ont été mis sur un pied d'égalité en mettant fin à la situation privilégiée des apprentis industriels (= apprentis dont le contrat d'apprentissage tombe sous le champ d'application de la loi du 19.07.1983 sur l'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés) qui étaient assimilés à des travailleurs salariés en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et pour lesquels la période comme apprenti industriel (qu'ils soient mineurs ou majeurs) était assimilée.

Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

1. Champ d'application

1.1. Le règlement tel que décrit dans cette circulaire ne s'applique qu'au secteur des soins de santé.

1.2. Par apprenti, on entend toute personne qui, dans le cadre d'une formation en alternance, est liée à un employeur par un contrat, à l'exception :

- des personnes handicapées qui sont engagées dans les liens d'un contrat d'apprentissage spécial pour la réadaptation professionnelle des handicapés ou d'un contrat de formation ou de réadaptation professionnelle, visés dans l'article 17, 2° et 3° de la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés
- du contrat de travail.

Par formation en alternance, on entend toute situation qui répond à l'ensemble des conditions suivantes:

- 1° la formation consiste en une partie effectuée en milieu professionnel et une partie effectuée au sein ou à l'initiative et sous la responsabilité d'un établissement d'enseignement ou de formation ; ces deux parties visent l'exécution d'un seul plan de formation et, à cette fin, sont accordées entre elles et s'alternent régulièrement

- 2° la formation mène à une qualification professionnelle
- 3° la partie effectuée en milieu professionnel prévoit, sur base annuelle, une durée du travail moyenne de 20 heures par semaine, sans tenir compte des jours fériés et de vacances
- 4° la partie effectuée au sein ou à l'initiative et sous la responsabilité d'un établissement d'enseignement ou de formation, comporte, sur une base annuelle :
- au moins 240 heures de cours pour les jeunes soumis à l'obligation scolaire à temps partiel en application de la loi du 29 juin 1983 relative à l'obligation scolaire
 - au moins 150 heures de cours pour les jeunes qui ne sont plus soumis à l'obligation scolaire en application de la loi du 29 juin 1983, les nombres d'heures pouvant être calculés au *pro rata* de la durée totale de la formation, les heures de cours pour lesquelles l'apprenti bénéficie éventuellement d'une dispense accordée par l'établissement d'enseignement ou de formation, sont comprises dans les 240 ou 150 heures
- 5° les deux parties de la formation sont effectuées dans le cadre de et couvertes par un contrat auquel l'employeur et l'apprenti sont parties
- la formation peut être effectuée dans le cadre de plusieurs contrats successifs à condition que (1) les minima au niveau des heures de formation en établissement d'enseignement ou de formation atteignent les nombres visés au point 4 et que (2) le parcours complet, composé de divers contrats successifs, soit garanti et surveillé par l'opérateur responsable de la formation
- 6° le contrat visé au point 5° prévoit une rétribution financière de l'apprenti à charge de l'employeur et qui doit être considérée comme une rémunération en application de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs.

2. Périodes comme apprenti avant le 1^{er} juillet 2015

2.1. Il y a lieu d'appliquer l'ancienne réglementation aux périodes comme apprenti avant le 1^{er} juillet 2015 :

- jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'apprenti atteint l'âge de 18 ans, il n'est pas assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le bénéficiaire doit recourir à la qualité de personne à charge ou à celle de titulaire résident.

- à partir du 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'apprenti atteint l'âge de 19 ans, il est assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Pour la période comme apprenti, le bénéficiaire dispose de la qualité de titulaire salarié et est redevable de cotisations pour ladite période.

Si ses documents de cotisation atteignent la valeur minimale exigée pour l'année de référence (art.286 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994), il a droit aux soins de santé en qualité de titulaire salarié.

Si ses documents de cotisation n'atteignent pas cette valeur minimale :

- il peut payer la cotisation complémentaire pour avoir le droit comme titulaire salarié
- il peut recourir à la qualité de personne à charge s'il satisfait aux conditions prescrites à cet effet
- il peut faire appel à la qualité de titulaire résident moyennant le paiement éventuel d'une cotisation personnelle.

Exemple 1

A a 17 ans et habite chez sa mère B. Le 1^{er} septembre 2014, il a commencé comme apprenti classes moyennes et a conclu à cet effet un contrat d'apprentissage avec un employeur. Il a 18 ans le 7 janvier 2015. Fin février, il met fin à son contrat d'apprentissage parce qu'il veut suivre un enseignement supérieur.

A n'a jamais été assujetti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés par son contrat d'apprentissage.

Il peut être inscrit à sa charge de sa mère B.

Exemple 2

A a 17 ans et habite seul. Ses parents sont décédés et son grand-père est son tuteur. Le 1^{er} septembre 2014, il a commencé comme apprenti classes moyennes et a conclu à cet effet un contrat d'apprentissage avec un employeur. Il a 18 ans le 6 décembre 2014. Son contrat d'apprentissage se termine fin juin 2015. A a réussi sa formation en alternance et est engagé par l'employeur chez qui il a suivi sa formation.

Jusqu'au 31 décembre 2014, A n'est pas assujetti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Étant donné qu'il n'habite pas avec son grand-père, il ne peut pas être inscrit à sa charge. Jusqu'au 31 décembre 2014, il doit faire appel à la qualité de titulaire résident moyennant le paiement de la cotisation personnelle correspondante.

Du 1^{er} janvier au 30 juin 2015, en raison de son contrat d'apprentissage, A est assujetti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Sa mutualité recevra des documents de cotisation pour ces périodes.

Pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015, il aura droit aux soins de santé sur la base de son contrat de travail en tant que titulaire salarié.

2.2. Les apprentis industriels ont toujours, quel que soit leur âge, la qualité de titulaire salarié (sur la base de l'art. 3 de l'A.R. du 13.08.1984 portant exécution de l'art. 45 de la loi de redressement du 31.07.1984), et les périodes comme apprenti industriel sont assimilées (c.-à-d., censées être couvertes par des cotisations suffisantes) conformément à l'article 290, A, 2, alinéa 1^{er}, 6°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Exemple 3

A a 16 ans et habite chez ses parents. Le 1^{er} janvier 2014, il entame une formation en qualité d'apprenti industriel. Son contrat d'apprentissage prend fin le 31 décembre 2014. A n'a pas réussi et cherche une nouvelle formation.

Durant l'année 2014, A est assujetti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés et les périodes sont assimilées.

En 2016, son droit aux soins de santé peut être prolongé sur la base de sa qualité de titulaire salarié au cours du dernier trimestre de 2014 et de l'assimilation de l'année de référence 2014.

3. Périodes comme apprenti après le 1^{er} juillet 2015

Il y a lieu d'appliquer la nouvelle réglementation aux périodes comme apprenti après le 1^{er} juillet 2015 :

- jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'apprenti atteint l'âge de 18 ans, il n'est pas assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le bénéficiaire doit recourir à la qualité de personne à charge ou à celle de titulaire résident.

- à partir du 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'apprenti atteint l'âge de 19 ans, il est assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le bénéficiaire dispose de la qualité de titulaire salarié pour la période comme apprenti et cette période est assimilée (c.-à-d., censée être couverte par des cotisations suffisantes) conformément à l'article 290, A, 2, alinéa 1^{er}, 6^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.



Exemple 4

A a 18 ans et habite chez ses parents B et C. Il entame le 1^{er} septembre 2014 une formation dans le cadre des classes moyennes. Cette formation en alternance se termine le 30 juin 2015 mais A n'a pas réussi. Après une période de vacances de 2 mois, A entame une nouvelle formation le 1^{er} septembre 2015 dans le cadre des classes moyennes. La période d'examens fin 2015 ne se déroule toutefois pas comme espéré et A abandonne au 31 décembre 2015. Il réfléchit à son avenir.

Jusqu'au 31 décembre 2014, A n'est pas assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Il peut être personne à charge de son père ou de sa mère.

Le 1^{er} janvier 2015, A est assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Pour les périodes du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015, sa mutualité recevra des documents de cotisation en qualité de titulaire salarié. Seule la période du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2015 sera assimilée.

Pour prolonger le droit aux soins de santé pour 2017, il est satisfait à la condition de qualité puisque A dispose de la qualité de titulaire salarié au cours du dernier trimestre 2015.

En ce qui concerne son obligation de cotisation pour l'année de référence 2015 :

- si les documents de cotisation pour les périodes du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2015 et les périodes assimilées du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2015 permettent d'atteindre la valeur minimale exigée, il est satisfait à l'obligation de cotisation
- si ce n'est pas le cas, A peut opter soit pour le paiement d'une cotisation complémentaire en qualité de titulaire salarié, soit pour la qualité de personne à charge de son père ou de sa mère, soit pour la qualité de titulaire résident.

4. Régime transitoire

Un régime transitoire s'applique aux apprentis industriels ayant un contrat en cours au 1^{er} juillet 2015. Cela implique qu'ils peuvent prétendre au régime exposé au point 2 jusqu'à la fin de leur contrat d'apprentissage.

 Par exemple, A a 16 ans, il est personne à charge de son père et le 1^{er} septembre 2014, il entame une formation comme apprenti industriel. Cette formation dure deux ans et A obtient son diplôme le 30 juin 2016. Il peut immédiatement commencer à travailler chez l'employeur qui l'a formé.

A est assujéti au secteur des soins de santé de la sécurité sociale des travailleurs salariés le 1^{er} septembre 2014. En qualité d'apprenti industriel, il n'a pas d'obligation de cotisation, avec comme conséquence qu'à partir du 1^{er} septembre 2014, il ne peut plus avoir la qualité de personne à charge mais doit avoir la qualité de titulaire salarié. Les périodes du 1^{er} septembre 2014 au 30 juin 2016 sont assimilées. À partir du 1^{er} juillet 2016, il travaille dans le cadre d'un contrat de travail, il cotise dès lors à la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le droit aux soins de santé de A peut être prolongé pour l'année 2015 puisqu'en 2013, il était personne à charge de son père.

Son droit aux soins de santé peut aussi être prolongé pour 2016 sur la base de sa qualité de titulaire salarié au cours du dernier trimestre 2014. Pour l'année de référence 2014, les périodes du 1^{er} janvier au 31 août sont assimilées comme personne à charge et les périodes du 1^{er} septembre au 31 décembre sont assimilées comme apprenti industriel.

Pour 2017, on se référera à l'année de référence 2015. Vu qu'au cours du dernier trimestre 2015, il dispose de la qualité de titulaire salarié et que toute l'année de référence 2015 est assimilée comme apprenti industriel, son droit sera prolongé en 2017.

En vue de la prolongation de son droit en 2018, A pourra grâce à son contrat de travail, faire appel à la qualité de titulaire salarié pour le dernier trimestre de l'année de référence 2016. Les périodes du 1^{er} janvier au 30 juin 2016 sont assimilées comme apprenti industriel. Pour les périodes du 1^{er} juillet 2016 au 31 décembre 2016, la mutualité de A recevra des documents de cotisation. Si ces documents de cotisation et les périodes assimilées permettent d'atteindre la valeur minimale exigée, le droit de A pourra être prolongé en 2018.

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2015.

 Circulaire O.A. n° 2016/150 - 200/1 du 14 juin 2016.

III. Droit aux soins de santé des indépendants starters

L'arrêté royal du 13 mars 2016 modifiant les articles 252 et 276 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a été publié le 30 mars 2016. Il est entré en vigueur le 1^{er} avril 2016.

Le nouvel article 252, alinéa 8, prévoit que pour le secteur des soins de santé, l'inscription des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o*bis*, de la loi coordonnée, porte ses effets à partir du premier jour du trimestre au cours duquel la qualité est acquise, sous la condition suspensive soit du paiement de la première cotisation sociale trimestrielle due en vertu de l'article 13*bis* de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit de l'obtention de la dispense de cotisation pour cette première cotisation sociale trimestrielle, en application de l'article 17 du même arrêté.

L'article 276, § 3 prévoit que les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité de titulaire travailleurs indépendants visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o*bis*, de la loi coordonnée, prouvent leur qualité de titulaire au moyen des données qui sont communiquées par les caisses susvisées dans le mois suivant l'affiliation et qui attestent que ces personnes sont soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité en application de l'arrêté royal n° 38 précité.

Le nouvel arrêté précise que, pour le secteur des soins de santé, ces données sont communiquées par les caisses susvisées dans le mois suivant soit le paiement de la première cotisation sociale trimestrielle due en vertu de l'article 13*bis* de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit l'obtention d'une dispense de cotisation pour cette première cotisation sociale trimestrielle, en application de l'article 17 du même arrêté, et attestent que ces personnes sont soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité en application du même arrêté, et qu'elles ont payé ou ont été dispensées de payer la première cotisation sociale trimestrielle due.

1. Qu'est-ce qui change pour le secteur des soins de santé ?

Pour le seul secteur des soins de santé, l'inscription ne sort ses effets que si la condition suspensive se réalise. Tant que la condition n'est pas réalisée, l'inscription ne sort pas ses effets et le droit aux soins de santé n'est pas octroyé. Lorsque la condition se réalise, l'inscription sort ses pleins effets avec effet rétroactif au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la qualité de travailleur indépendant est acquise.

La condition suspensive se réalise de deux manières :

- soit par le paiement de la première cotisation trimestrielle due au statut social des indépendants
- soit par l'obtention d'une dispense de cotisation pour la première cotisation trimestrielle due au statut social des indépendants.

Exemple

X entame une activité indépendante le 2 juin 2016 et s'affilie à une caisse d'assurances sociales. Il est assujéti au statut social des travailleurs indépendants à partir du 1^{er} avril 2016 et doit payer pour la première fois des cotisations au statut social pour le 2^e trimestre 2016.

Il s'inscrit auprès d'une mutualité le 15 juin 2016. Il s'agit pour lui d'une première inscription (la première fois qu'il acquiert une qualité de titulaire dans l'assurance obligatoire soins de santé).

Avant l'adoption de la nouvelle disposition, X bénéficiait immédiatement sans condition du droit aux soins de santé en qualité de travailleur indépendant à partir du 1^{er} avril 2016, quel que soit le moment où il payait la première cotisation trimestrielle au statut social.

Depuis l'adoption de la nouvelle disposition, X bénéficie du droit aux soins de santé en qualité de travailleur indépendant à partir du 1^{er} avril 2016 une fois qu'il y a payé la cotisation sociale trimestrielle due au statut social des travailleurs indépendants pour le 2^e trimestre 2016.

En d'autres termes encore :

- tant qu'il n'a pas payé la cotisation du 2^e trimestre 2016, il ne peut pas être inscrit en qualité de titulaire indépendant et n'a pas droit aux soins de santé en cette qualité
- une fois qu'il a payé la cotisation du 2^e trimestre 2016, il a droit aux soins de santé de manière rétroactive au 1^{er} avril 2016 en qualité de titulaire indépendant.

C'est le paiement (ou la dispense) de la première cotisation sociale trimestrielle due au statut social qui est déterminant. S'il devait pour une raison ou une autre ne pas payer la première cotisation trimestrielle (du 2^e trimestre 2016 dans l'exemple) mais bien une cotisation ultérieure, il ne pourrait pas être inscrit en qualité de titulaire indépendant et son droit aux soins de santé ne s'ouvrirait pas.

2. Quels sont les travailleurs concernés ?

Sont visés par cette nouvelle disposition les travailleurs qui :

- entament une activité indépendante les assujettissant à l'assurance obligatoire soins de santé et
- demandent une inscription auprès d'une mutualité au sens de l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Les travailleurs qui entament une activité indépendante alors qu'ils ont déjà une qualité de titulaire dans l'assurance obligatoire soins de santé et que leur inscription auprès d'une mutualité est toujours valide ne sont pas concernés par la nouvelle disposition. Le paiement par eux des cotisations sociales trimestrielles dues au statut social des travailleurs indépendants n'aura d'impact qu'au moment de la prolongation de leur droit deux années plus tard (quand l'année pour laquelle les cotisations n'ont pas été payées sera l'année de référence pour la prolongation des droits).

Exemple

X exerce une activité salariée. Le 15 juin 2016, il entame une activité indépendante. S'il ne paie pas ses cotisations au statut social, cela aura un impact sur la prolongation de ses droits en 2018 puisqu'il n'aura pas respecté son obligation de cotisation pour l'année de référence 2016.

Après avoir exercé une activité salariée, X est personne à charge pendant plusieurs années. Son inscription est toujours valable. Il entame le 15 juin 2016 une activité indépendante : la mesure spécifique ne s'applique pas à lui vu qu'il n'est pas dans une situation d'inscription, ni de réinscription (voir ci-dessous).

3. Qu'en est-il en cas de réinscription ?

Le principe est que les mêmes règles que celles qui sont en vigueur pour l'inscription sont d'application pour la réinscription¹. La mesure spécifique aux indépendants starters s'applique par conséquent en cas de réinscription, pour autant qu'il s'agisse bien d'un début d'activité indépendante au sens de la réglementation relative au statut social des travailleurs indépendants (la mesure vise en effet les titulaires dont la période de début d'activité conformément à l'art. 13bis, § 2, de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, commence au plus tôt au 2^e trimestre de l'année 2016).

Pour que la mesure spécifique s'applique, il faut donc que deux conditions soient réunies :

- 1) il s'agit d'une inscription ou d'une réinscription auprès d'une mutualité, dans le cadre de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- 2) il s'agit d'un travailleur indépendant qui, dans le cadre de la réglementation relative au statut social des travailleurs indépendants, est considéré comme un "starter", donc un indépendant qui entame une activité et doit payer la première cotisation sociale trimestrielle due en vertu de l'article 13bis de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, tel que cette information est communiquée dans le flux A301.

Il faut dès lors distinguer plusieurs situations de réinscription.

- 1) Expiration de la validité d'une inscription en une qualité autre que celle de travailleur indépendant

 Exemple : une personne est inscrite en tant que travailleur indépendant puis en qualité de résident. En tant que résident, elle n'a pas payé ses cotisations pendant deux années et la validité de son inscription a expiré. Elle entame une activité d'indépendant après que la validité de son inscription a expiré.²

Il s'agit à la fois d'une réinscription pour le droit aux soins de santé et d'un début d'activité pour le statut social des travailleurs indépendants (même si par le passé, une activité indépendante a déjà été exercée) : la mesure spécifique aux indépendants starters s'applique.

En cas de réinscription avec stage, il doit, en vertu de la réglementation relative au stage pour le droit aux soins de santé³, avoir payé les cotisations afférentes aux deux premiers trimestres à partir de sa réinscription.

1. Art. 252 de l'A.R. du 03.07.1996, dernier al.

2. Si l'activité d'indépendant est entamée alors que l'inscription est toujours valable, la mesure spécifique aux starters ne s'applique pas (pas d'inscription pour l'assurance soins de santé) et le paiement des cotisations au statut social sera seulement déterminant pour la prolongation du droit.

3. Art. 130 de l'A.R. du 03.07.1996.

2) Expiration de la validité d'une inscription en la qualité de travailleur indépendant

 Exemple : un travailleur indépendant n'est pas en ordre de cotisations au statut social pendant deux années et ne régularise pas sa situation d'assurabilité en une autre qualité. La validité de son inscription expire. Il n'y a pas eu de communication de la cessation de l'activité.

Il s'agit d'une réinscription pour le droit aux soins de santé mais pas d'un début d'activité pour le statut social des travailleurs indépendants. La mesure spécifique aux indépendants starters ne s'applique pas.

En conséquence :

- l'intéressé ne peut pas être inscrit comme personne à charge : on se trouve dans le champ d'application de l'article 124, § 1^{er}, 4^e, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- sa réinscription doit se faire dès la fin de la validité de l'inscription précédente⁴.

Un stage devra être effectué, dont la réalisation sera attestée par un bon de cotisation délivré par la caisse d'assurances sociales à la demande de la mutualité⁵.

4. À partir de quand la nouvelle disposition s'applique-t-elle ?

L'arrêté royal du 13 mars 2016 est entré en vigueur le 1^{er} avril 2016, c'est-à-dire qu'il s'applique à tout titulaire dont la période de début d'activité commence au plus tôt au 2^e trimestre de l'année 2016.

Exemples

- A commence son activité indépendante le 28 mars 2016 : il est assujéti au statut social à partir du 1^{er} janvier 2016 et n'est pas soumis à la nouvelle disposition : il bénéficie immédiatement du droit aux soins de santé à partir de cette même date, même s'il ne paie la 1^{re} cotisation trimestrielle au statut social que le 26 juin 2016 par exemple
- B commence son activité indépendante le 2 avril 2016 : il est assujéti au statut social à partir du 1^{er} avril 2016 et est soumis à la nouvelle disposition : son droit aux soins de santé ne s'ouvrira au 1^{er} avril 2016 que lorsqu'il sera en ordre en ce qui concerne la première cotisation trimestrielle au statut social (soit la cotisation due pour le 2^e trimestre 2016).

4. Conformément à la circulaire O.A. 2005/186.

5. Cf. art. 7 de l'A.M. du 28.10.1993 déterminant la manière dont les données relatives aux conditions d'assurabilité des travailleurs indépendants en matière d'assurance maladie-invalidité sont établies et communiquées.

5. Quand la qualité de l'indépendant starter est-elle établie ?

Les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité de titulaire indépendant prouvent leur qualité de titulaire au moyen des données communiquées par les caisses d'assurances sociales, qui attestent de l'assujettissement à l'assurance obligatoire soins de santé et qui, pour le secteur des soins de santé, sont communiquées une fois que la première cotisation sociale est payée ou qu'une dispense de cotisation est obtenue pour cette première cotisation sociale.⁶

Tant que cette première cotisation n'est pas payée, la qualité d'indépendant n'est pas établie et on doit distinguer deux situations :

- l'indépendant starter qui demande son inscription auprès de la mutualité dispose d'une autre qualité : il est inscrit selon les règles propres à cette qualité ; si cette qualité est celle de résident, il doit donc payer une cotisation trimestrielle avant la fin du trimestre suivant celui de la demande d'inscription ; à défaut de quoi cette inscription n'est pas valable
- l'indépendant starter ne dispose pas d'une autre qualité : à défaut de toute qualité, l'inscription n'est pas possible.

6. Flux

Les mutualités sont informées du début d'activité comme indépendant via le flux A301.

Elles sont informées du paiement via le flux L410 (permettant la consultation des données sur le paiement des cotisations sociales) et, le cas échéant, via une attestation *ad hoc*, délivrée par la caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants. Cette attestation contient l'identification de l'indépendant concerné et l'information que l'indépendant a payé la première cotisation trimestrielle pour le trimestre du début d'activité comme indépendant, ou qu'il a obtenu une dispense de cette cotisation.

7. L'indépendant starter peut rester personne à charge en attendant de bénéficier des soins de santé en tant que titulaire

L'article 124, § 1^{er}, 4^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit que ne peut être considérée comme personne à charge :

"la personne qui a une activité indépendante dont la cessation n'a pas été communiquée à l'organisme assureur par la caisse libre d'assurances sociales pour indépendants ou par la Caisse nationale auxiliaire et qui, si elle était en ordre d'obligation de cotisations selon l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, aurait droit aux soins de santé sans paiement d'une cotisation complémentaire."

6. Art. 276, § 3 de l'A.R. du 03.07.1996.

L'indépendant starter est bien une personne qui a une activité indépendante qui, si elle était en ordre de cotisation, aurait droit aux soins de santé, activité dont la cessation n'a pas été communiquée à l'organisme assureur.

Cependant, dans l'hypothèse où l'intéressé n'a pas payé la première cotisation sociale due au statut social, sa qualité d'indépendant n'a jamais été établie. Dès lors, cette disposition de l'article 124, § 1^{er}, 4^o, devient inapplicable en l'espèce et l'intéressé peut rester inscrit comme personne à charge. Il doit bien entendu respecter toutes les conditions pour être personne à charge (en particulier la condition de revenus, applicable aux autres personnes à charge que les enfants à charge⁷).

8. L'indépendant starter qui n'a pas encore payé la première cotisation trimestrielle et reste inscrit comme personne à charge ne peut pas être inscrit comme titulaire auprès d'un autre organisme assureur pour le secteur des indemnités

Il n'est pas possible d'être inscrit auprès de deux organismes assureurs différents⁸. Tant que l'indépendant n'a pas payé la première cotisation trimestrielle due au statut social et reste inscrit comme personne à charge, il ne peut bénéficier des indemnités qu'auprès du même organisme assureur.

S'il veut s'inscrire comme titulaire auprès d'un autre organisme assureur pour les indemnités, il doit se prévaloir d'une autre qualité de titulaire pour le droit aux soins de santé auprès de cet organisme assureur (par ex. résident).

9. L'indépendant starter qui n'a pas encore payé la première cotisation trimestrielle due au statut social ne peut pas avoir une personne à sa charge

Il n'est pas possible qu'il ait une personne à charge tant qu'il n'est pas valablement inscrit.

10. L'indépendant starter qui n'a pas encore payé la première cotisation trimestrielle due au statut social peut demander le droit à l'intervention majorée

Si l'indépendant starter reste inscrit comme personne à charge, il peut introduire une demande d'intervention majorée.

7. Art. 124, § 1^{er}, 1^o, de l'A.R. du 03.07.1996.

8. Art. 252 de l'A.R. du 03.07.1996.

11. L'indépendant starter qui n'a pas encore payé la première cotisation trimestrielle due au statut social fait partie du ménage pour l'intervention majorée

Pour l'intervention majorée, le ménage est composé du demandeur, de son conjoint non séparé de fait ni séparé de corps et de biens, ou de son cohabitant, et de leurs personnes à charge, au moment de l'introduction de la demande⁹. Le ménage est ainsi composé même si certains de ses membres ne relèvent pas de l'assurance obligatoire soins de santé.

L'indépendant starter qui n'a pas encore payé la première cotisation trimestrielle fait donc partie du ménage du demandeur s'il est son conjoint ou cohabitant ou s'il est personne à charge.

12. Que se passe-t-il si l'indépendant starter ne paie jamais la première cotisation trimestrielle due au statut social ?

L'inscription ne pouvant pas se réaliser à défaut de qualité, une inscription ultérieure en une autre qualité est possible, et elle sortira ses effets selon ses propres règles. Cette dernière inscription ne doit pas être considérée comme une réinscription (il n'y a pas eu d'inscription) et ne donne pas lieu à l'application d'un stage.

13. Starter "article 37"

La situation est la suivante : un indépendant débute son activité et demande le bénéfice de l'"article 37"¹⁰. Qu'en est-il si, par la suite, lorsque ses revenus sont contrôlés en vue de vérifier s'il a payé suffisamment de cotisations au statut social, il apparaît qu'il ne pouvait pas bénéficier de l'article 37 et qu'il doit régulariser sa situation en tant que travailleur indépendant à titre principal ?

L'indépendant "article 37" est visé par la mesure spécifique aux indépendants starters¹¹.

9. Art. 25 de l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance.

10. L'art. 37 de l'A.R. du 19.12.1967 portant règlement général en exécution de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants vise les personnes qui ont un droit dérivé aux soins de santé (notamment), mais s'appliquent également aux étudiants et ministres.

11. Il est un travailleur visé à l'art. 32, 1^{er} bis de la loi SSI et la référence à l'art. 13 bis de l'A.R. n° 38 ne permet pas de l'en exclure.

Exemple

En 2016, il débute son activité et obtient le bénéfice de l'article 37. En 2018, on constate que ses revenus sont trop élevés et qu'il doit payer les cotisations d'une activité principale.

- Soit en 2016, comme "article 37" starter, il a payé la première cotisation sociale ; selon sa situation, il a bénéficié du droit aux soins de santé
 - ou en tant que personne à charge. Si, en 2018, on constate qu'il aurait dû payer les cotisations "activité principale" :
 - tant qu'il n'a pas payé la première cotisation "activité principale", il peut maintenir la qualité de personne à charge ¹² sous réserve de respect de la condition de revenus propre à la réglementation relative aux personnes à charge
 - quand il l'aura payée, son inscription comme titulaire indépendant sortira ses effets en 2016
 - ou en tant que titulaire indépendant, par le paiement de la totalité du complément de cotisation. Comme sa qualité "article 37" est annulée, il n'a pas pu obtenir le droit aux soins de santé par le paiement de la totalité du complément de cotisation et les prestations de 2016 sont indues tant qu'il ne régularise pas sa situation autrement
 - ou en tant que titulaire par le paiement des cotisations de résident. Si, en 2018, on constate qu'il aurait dû payer les cotisations "activité principale" :
 - s'il paie la première cotisation "activité principale", son inscription comme titulaire indépendant sort ses effets en 2016
 - s'il ne la paie pas, il maintient ses droits comme résident. Il reste redevable des cotisations dues dans le cadre du statut social
- Soit en 2016, comme "article 37" starter, il n'a pas payé la première cotisation sociale ; selon sa situation, il a bénéficié du droit aux soins de santé :
 - ou en tant que personne à charge. Si en 2018, on constate qu'il aurait dû payer les cotisations "activité principale" :
 - tant qu'il n'a pas payé la première cotisation "activité principale", il peut maintenir la qualité de personne à charge, sous réserve de respect de la condition de revenus propre à la réglementation relative aux personnes à charge
 - quand il l'aura payée, son inscription comme titulaire indépendant sortira ses effets en 2016
 - ou en tant que titulaire par le paiement des cotisations de résident :
 - s'il paie la première cotisation "activité principale", son inscription comme titulaire indépendant sort ses effets en 2016
 - s'il ne la paie pas, il maintient ses droits comme résident
 - Par contre, il n'a pas pu bénéficier du droit aux soins de santé comme titulaire indépendant en payant la totalité du complément de cotisation.

En vigueur à partir du 1^{er} avril 2016.

 Circulaire O.A. n° 2016/159 - 220/24 du 24 juin 2016.

12. Selon les principes développés ci-dessus.

IV. Intervention dans les frais de voyage des patients de moins de 18 ans suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type

L'arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type a été publié le 10 mai 2011 et est entré en vigueur le 20 mai 2011.

Le Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques prévoyait d'"Étendre progressivement la prise en charge des frais de transport existant pour les patients dialysés ou cancéreux à d'autres maladies chroniques." L'arrêté royal susvisé introduit une mesure dans ce cadre.

L'assurance obligatoire soins de santé octroie à l'enfant concerné une intervention dans le coût d'un trajet aller-retour à concurrence de 0,25 EUR par km sur la base de la distance réelle entre sa résidence principale et l'établissement de rééducation fonctionnelle où l'enfant est suivi. Un modèle de document sur base duquel l'intervention est accordée au bénéficiaire est annexé à l'arrêté royal. Une règle de non-cumul avec d'autres mécanismes de remboursement des frais de déplacement est introduite, pour qu'il y ait une intervention de l'assurance par jour dans le coût d'un déplacement d'un même bénéficiaire.

1. Bénéficiaires

L'arrêté royal susvisé prévoit une intervention de 0,25 EUR par km dans le coût d'un trajet aller-retour effectué (quel que soit le moyen de transport utilisé) des patients suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une des conventions de rééducation fonctionnelle type indiquées dans l'article 3 de l'arrêté (voir ci-dessous, pt 4) qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans. Le bénéficiaire de cette intervention est le patient de moins de 18 ans suivi dans un des centres de rééducation visés.

Il s'agit d'une intervention dans les frais de déplacement de l'enfant. C'est la mutualité auprès de laquelle l'enfant concerné est inscrit qui octroie l'intervention.

Il s'agit d'une intervention forfaitaire en ce sens qu'un montant fixé est remboursé par km effectué, quel que soit le moyen de transport utilisé et quel que soit le coût réel du déplacement pris en considération. Le statut de l'enfant est sans importance (personne à charge, titulaire ou bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance), il faut seulement qu'il soit en ordre d'assurabilité.

L'intervention concerne un voyage aller-retour, pour autant que ce déplacement soit vraiment effectué. Si l'enfant se rend dans un des centres de rééducation visés par la mesure et, qu'après y avoir reçu des soins, il doit, par exemple, être hospitalisé dans l'établissement hospitalier dont dépend le centre de rééducation, l'intervention de l'assurance couvrira le seul trajet aller entre la résidence principale de l'enfant et le centre. L'intervention n'est plus octroyée dès que l'enfant atteint l'âge de 18 ans : le jour anniversaire de ses 18 ans n'est pas pris en compte. Si l'enfant est né le 1^{er} juillet 2000, l'intervention pourra être octroyée pour tout déplacement effectué jusqu'au 30 juin 2018 dans les conditions réglementairement fixées.

Étant donné que ce sont les déplacements de l'enfant qui sont visés par la mesure, les trajets éventuels supplémentaires des parents (qui, par exemple, conduisent leur enfant au centre, retournent chez eux puis viennent le rechercher) ne font pas l'objet d'un remboursement ; seuls les déplacements de l'enfant sont pris en compte.

2. Formulaire de demande

L'intervention est octroyée par la mutualité au bénéficiaire sur la base d'une demande d'intervention introduite auprès de la mutualité au moyen du document "Demande d'intervention dans les frais de déplacement du bénéficiaire qui satisfait aux dispositions de l'arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type", qui figure en annexe de l'arrêté royal du 28 avril 2011, ou de tout document qui contient les mentions reprises dans ce modèle.

Dans celui-ci, dans la case "dates des déplacements", il y a lieu de spécifier le trajet aller et le trajet retour pour que soient effectivement pris en charge les déplacements réels. Par exemple, en cas de séjour dans un centre : aller le 20 mai 2011 et retour le 23 mai 2011.

Plusieurs déplacements peuvent être indiqués sur le même formulaire : il ne doit pas nécessairement être introduit après chaque déplacement.

Ce document doit être signé par le représentant du centre de rééducation et comporter le cachet du centre.

3. Calcul de la distance

La distance à prendre en compte est la distance réelle entre la résidence principale (adresse complète) de l'enfant et le centre dans lequel il est admis pour traitement. Par résidence principale, on entend la résidence telle que visée à l'article 3 de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques.

La distance doit être calculée par l'organisme assureur, pour ce faire, elle peut être calculée au moyen d'un planificateur d'itinéraire électronique, en calculant toujours la distance la plus courte.

4. Centres de rééducation

Sont visés les déplacements vers des établissements de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle type (c'est-à-dire les conventions conclues entre l'INAMI et tous les établissements d'un même secteur) visée ci-dessous (art. 3 de l'A.R.) :

- 1° Convention 7.89.0 - Maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares
- 2° Convention 7.89.1 - Mucoviscidose
- 3° Convention 7.89.2 - Maladies neuromusculaires
- 4° Convention 7.89.5 - Cerebral Palsy
- 5° Convention 7.89.55 - Spina bifida
- 6° Convention 7.74.6 - Autisme
- 7° Convention 7.86.7¹ - Diabète enfant
- 8° Convention 7.89.7 - Néphrologie pédiatrique
- 9° Convention 9.69 - Déficience visuelle
- 10° Convention [7.89.8 - Centre(s) de coordination nationale et centres de référence de l'hémophilie
- 11° Convention 7.83.6 - Convention en matière de suivi diagnostic des enfants nés prématurément.]²

L'intervention vise les déplacements vers le centre pour des prestations de rééducation et non, par exemple, pour d'autres soins à l'hôpital dont dépend, le cas échéant, le centre.

5. Non cumul

Comme indiqué à l'article 1^{er}, "Ce remboursement ne peut pas être cumulé avec d'autres mécanismes de remboursement des frais de déplacement visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994." L'organisme assureur vérifiera le respect de cette condition. Elle vise à ce qu'un seul trajet aller-retour soit remboursé par jour.

Le choix s'effectuera lors de l'introduction d'un des formulaires de demande d'intervention en tenant compte de la solution la plus avantageuse, ce qui suppose une information donnée par l'organisme assureur quant aux éventuelles différentes possibilités d'intervention.

6. Tiers-payant

Comme il s'agit d'une intervention forfaitaire dans les frais de déplacement par la mutualité directement au patient suite à l'introduction du formulaire en annexe de l'arrêté royal, l'application du tiers payant n'est pas prévue : la mutualité octroie l'intervention après calcul de la distance entre la résidence principale et le centre de rééducation et vérification des conditions relatives à l'âge, au non-cumul et à la convention.

1. Cf. erratum publié au M.B. le 30.05.2011.

2. Modifié par l'A.R. du 16.05.2016 modifiant l'art. 3 de l'A.R. du 28.04.2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type.

7. Entrée en vigueur

Cette mesure entre en vigueur le 20 mai 2011. Sont donc pris en compte, les déplacements aller-retour à partir de cette date. Dans le cas d'un trajet aller le 19 mai 2011 et retour le 20 mai ou après, seul le retour est pris en compte.

En vigueur à partir du 25 juin 2016.



Circulaire O.A. n° 2016/177 - 371/194 et 39990/6 du 11 juillet 2016.

V. Brochure explicative de la déclaration sur l'honneur relative à l'intervention majorée de l'assurance (après enquête sur les revenus)

Cette rubrique se trouve sur le site web de l'INAMI dans la rubrique Publications.



Circulaire O.A. n° 2016/239 - 3991/278 du 25 août 2016.

VI. Modalités suivant lesquelles exception à l'interdiction de l'application du régime du tiers payant peut être accordée

L'article 9, alinéa 2, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant prévoit une interdiction de l'application du régime du tiers payant pour les prestations qu'il énumère (visites, consultations, avis de médecins et certaines prestations de dentisterie à des bénéficiaires de 18 ans et plus ...).

L'alinéa 3 du même article prévoit toutefois que cette interdiction n'est pas d'application dans une série de situations d'exception énumérées dans cet alinéa.

A) Situations d'exception

1. Première situation – prestations visées par l'interdiction, dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations (art. 9, al. 3, 1^o).

1.1. Le régime du tiers payant est autorisé pour le paiement des prestations dispensées à des bénéficiaires inscrits auprès d'une maison médicale ayant conclu un accord de forfait devenu effectif, par les dispensateurs de soins pratiquant le régime du tiers payant dans cette maison médicale.

Cette exception ne concerne que les patients auxquels les prestations de santé sont dispensées contre paiement d'un montant forfaitaire qui est versé aux dispensateurs de soins par la mutualité, et non les patients qui, dans quelque cadre que ce soit, bénéficient de la part des dispensateurs de soins concernés des prestations rétribuées à l'acte.

1.2. Le régime du tiers payant n'est donc pas autorisé pour les prestations visées par l'interdiction, dispensées par ces dispensateurs :

a) aux personnes inscrites auprès d'une maison médicale qui, lors de leur première inscription, bénéficient, à leur demande, du remboursement des prestations rétribuées à l'acte durant une période non renouvelable de 3 mois, sauf si ces soins sont dispensés dans une des circonstances visées par les exceptions énumérées sous les points 2 et suivants.

b) à des bénéficiaires non inscrits auprès d'une maison médicale, dans une des situations où exceptionnellement ces dispensateurs peuvent se faire honorer à la prestation (par ex. participation à un service de garde organisé), sauf si ces soins sont dispensés dans une des circonstances visées par les exceptions énumérées sous les points 2 et suivants.

c) à des bénéficiaires inscrits ou non auprès d'une maison médicale lorsque l'accord de forfait conclu par cette maison médicale n'est pas devenu effectif sauf si ces soins sont dispensés dans une des circonstances visées par les exceptions énumérées sous les points 2 et suivants.

1.3. Les maisons médicales, les dispensateurs de soins qui y pratiquent dans le cadre du système de paiement forfaitaire et les bénéficiaires inscrits, sont connus des organismes assureurs (communiqués par le service par circulaire O.A. rubrique n° 395).

2. Deuxième situation – prestations visées par l'interdiction, dispensées dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes (art. 9, al. 3, 2°).

2.1. L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que :

a) la demande d'application du régime du tiers payant soit formulée par le centre auprès de l'organisme assureur concerné (Union nationale, Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, Caisse des soins de santé de la SNCB).

b) lors de la première demande d'application du régime du tiers payant, le centre fournisse la preuve qu'il est agréé, qu'il est subsidié ou qu'il est susceptible d'être agréé (ce qui dans chaque cas doit résulter d'une attestation *ad hoc*) par l'autorité fédérale ou communautaire.

c) la dénomination du centre où les soins sont dispensés soit clairement mentionnée sur l'attestation de soins donnés ou sur le bordereau récapitulatif accompagnant les attestations de soins donnés s'il n'est pas fait usage de la facturation électronique.

2.2. L'organisme assureur acceptera aussi d'appliquer le tiers payant pour les prestations dispensées dans les centres qui ne peuvent fournir la preuve visée sous le point 2.1., b), à la condition que ces centres figurent parmi les établissements ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou professionnelle avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé (voir circ. O.A. rubrique n° 370) et que les conditions visées sous le point 2.1. a) et c) soient remplies.

3. Troisième situation – prestations visées par l'interdiction, dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux personnes handicapées (art. 9, al. 3, 3°).

3.1. Il s'agit des prestations dispensées dans ces établissements aux personnes suivantes qui y séjournent de jour et/ou de nuit :

a) les enfants nécessitant une approche pédagogique particulière (par ex. : les enfants séjournant dans des institutions dispensant un enseignement spécial). Ne sont pas visées par l'exception, les consultations dispensées à des enfants dans un hôpital pédiatrique, ou dans un hôpital, ou dans un hôpital disposant d'un service de pédiatrie. Le régime du tiers payant peut cependant être autorisé pour les prestations dispensées dans des établissements où séjournent des enfants placés par le juge de la jeunesse.

b) les enfants séjournant dans un centre médico-pédiatrique pour enfants atteints d'une maladie chronique qui, conformément à l'article 23, § 3 de la loi coordonnée susvisée, a conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé.

c) les personnes âgées hébergées dans une maison de repos et de soins ou dans une maison de repos pour personnes âgées, agréées et conventionnées. Le fait que les prestations soient dispensées dans un hôpital, un service gériatrique ou une maison de convalescence, ne crée pas en soi une circonstance justifiant l'application du tiers payant. Les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins conventionnées sont déjà connues des organismes assureurs (voir circ. O.A. rubrique 174).

d) les personnes handicapées séjournant dans des centres de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé ou dans des établissements agréés par le "Vlaams Agentschap voor personen met een handicap", le Service PHARE (Personne Handicapée Autonomie Recherchée), l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) ou de "Dienststelle für personen mit behinderung".

3.2. L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que :

a) la demande d'application du régime du tiers payant soit introduite par l'établissement auprès de l'organisme assureur concerné.

b) lors de la première demande, l'établissement fournisse la preuve de son agrément par une autorité nationale ou communautaire ; étant connues des O.A., les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins ne sont toutefois pas tenues d'apporter la preuve de leur agrément.

c) l'établissement où les prestations sont effectuées soit clairement identifié sur l'attestation de soins donnés ou sur le bordereau récapitulatif joint aux attestations de soins donnés s'il n'est pas fait usage de la facturation électronique.

3.3. L'organisme assureur acceptera aussi d'appliquer le régime du tiers payant pour les prestations dispensées dans les établissements qui ne peuvent fournir la preuve de l'agrément visé sous le point 3.2., b) à la condition qu'il s'agisse d'établissements avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou d'un centre médico-pédiatrique avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention et que les conditions visées sous le point 3.2., a) et c) soient remplies.

3.4. Dans la mesure où les prestations pour lesquelles le régime du tiers payant est demandé sont des prestations de dispensateurs de soins individuels qui ne sont pas couvertes par une intervention forfaitaire de l'assurance pour une admission dans l'établissement, l'application du régime du tiers payant s'effectuera du chef du dispensateur de soins individuel.

C'est donc ce dispensateur de soins qui prend la décision d'utiliser la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant.

4. Quatrième situation – prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires en cas de décès ou qui se trouvent dans un état comateux (art. 9, al. 3, 4^o).

L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que le médecin ou le dentiste mentionne sur l'attestation de soins donnés la référence à la situation d'exception de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 appliquée en l'espèce.

La mention suivante suffit : "Décès ou coma".

5. Cinquième situation – prestations visées par l'intervention, dispensées à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse (art. 9, al. 3, 5°).

5.1. Il s'agit des situations dans lesquelles l'assuré ne peut pas payer directement et où un paiement différé n'est pas possible ou pas indiqué pour des motifs sociaux.



Exemples :

- consultations à des toxicomanes qui se font soigner en dehors d'un centre, si le médecin estime qu'on court le risque que l'intervention de l'assurance payée à l'intéressé sera consacrée à l'achat de stupéfiants
- consultations à des bénéficiaires qui, pour des motifs valables, souhaitent que la facture ne soit pas présentée pour paiement au titulaire qui ouvre le droit
- consultations à des personnes qui ne disposent pas de moyens propres suffisants, bien qu'elles ne se trouvent pas dans une des situations visées à l'article 9, alinéa 3, 6° à 8°.

Cette disposition ne peut avoir pour effet que le régime du tiers payant soit appliqué dans le chef de patients qui, lors de la dispensation de soins, se trouvent occasionnellement dans l'impossibilité de payer comptant, mais qui disposent de moyens suffisants pour s'acquitter de leur dette par le truchement d'autres modalités de paiement. Ainsi, le fait qu'une consultation soit effectuée dans le cadre d'un service d'urgences au profit d'un bénéficiaire momentanément dépourvu d'argent ne constitue pas à lui seul une circonstance justifiant l'application du tiers payant.

5.2. Cette situation d'exception ne peut plus être appliquée en ce qui concerne les prestations de l'article 5, § 2, de la nomenclature des prestations de santé octroyées à partir du 1^{er} octobre 2015.

5.3. En ce qui concerne les autres prestations que celles visées au point 5.2., l'organisme assureur acceptera l'application du tiers payant dans les cas visés au point 5.1., sur la base :

- soit d'une déclaration sur l'honneur, signée par le patient, faisant état de ce qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant ; une déclaration ainsi rédigée suffit : "Je déclare sur l'honneur me trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé permet l'application du régime du tiers payant"
- soit d'une attestation du dispensateur de soins faisant état de ce que le patient lui a déclaré se trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé permet l'application du régime du tiers payant ; lorsqu'un envoi d'attestations de soins concerne plusieurs patients se trouvant dans cette situation, une attestation globale certifiant cette situation pour tous les patients concernés peut être établie.

Le médecin qui facture la prestation de manière électronique conserve la déclaration sur l'honneur du patient ou sa propre attestation comme mentionné ci-dessus dans le dossier du patient.

5.4. Les situations visées au point 5.1. sont des situations qui se produisent occasionnellement. Il relève de la compétence des services de contrôle à l'INAMI d'empêcher l'application systématique du régime du tiers payant par certains dispensateurs de soins, en invoquant systématiquement et injustement les dispositions de l'article 9, alinéa 3, 5°.

6. Sixième situation – prestations visées par l'interdiction et dispensées aux bénéficiaires de l'intervention majorée au sens de l'article 37, § 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 9, al. 3, 6°)

Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, le tiers payant peut être accordé pour la période durant laquelle ils bénéficient de ce droit à l'intervention majorée.

Pour connaître avec certitude le statut d'un bénéficiaire de l'intervention majorée, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

7. Septième situation - prestations visées par l'interdiction et dispensées aux bénéficiaires dont le ménage dispose de revenus annuels bruts imposables qui ne dépassent pas le montant visé à l'article 14, §1^{er}, 3°, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, et sur cette base, sont dispensés de l'obligation de cotisation en vertu de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (art. 9, al. 3, 7°).

Le régime du tiers payant peut s'appliquer pour une année déterminée, lorsque pour l'année précédente, l'assuré remplissait les conditions pour être dispensé de l'obligation de cotisation en application de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sur la base du fait que les revenus annuels bruts imposables de son ménage ne dépassent pas le montant annuel du revenu d'intégration.

Pour connaître avec certitude le statut du bénéficiaire, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

8. Huitième situation – prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires qui, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont des chômeurs contrôlés, ayant depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation en matière de chômage et ayant, au sens de cette dernière réglementation, la qualité de travailleur avec charge de famille ou d'isolé, ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge (art. 9, al. 3, 8°).

La preuve de cette qualité est fournie par un flux d'information électronique entre les caisses de paiement des allocations de chômage et les organismes assureurs, par le truchement de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et le Collège intermutualiste national.

Le régime du tiers payant est accordé dans une première phase jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle la preuve de la qualité est apportée. Ensuite, le régime du tiers payant est chaque fois prolongé d'un an, à condition qu'il ait été démontré que la qualité requise existait encore l'année précédente.

Pour connaître avec certitude le statut du bénéficiaire, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

9. Neuvième situation – prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées, conformément à l'article 47 de la loi générale relative aux allocations familiales ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge.

La preuve que les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées sont remplies est fournie sur la base des déclarations que délivrent les organismes d'allocations familiales, l'État, les Communautés, les Régions et les institutions publiques qui versent elles-mêmes des allocations familiales à leur personnel, ou sur la base du flux électronique "Handichild".

Le régime du tiers payant est accordé dans une première phase jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle la preuve de la qualité est apportée. Ensuite, le régime du tiers payant est chaque fois prolongé d'un an, à condition qu'il ait été démontré que la qualité requise existait encore l'année précédente.

Pour connaître avec certitude le statut du bénéficiaire, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

10. Dixième situation – prestations visées par l'interdiction dispensées à des bénéficiaires du statut affection chronique au sens de l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 9, al. 3, 10^o)

Le statut affection chronique est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Ce statut est octroyé sur base d'un des trois critères suivants visés dans l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- totaliser des dépenses de santé d'au minimum 300 EUR (indexés) par trimestre civil, durant 8 trimestres consécutifs, les 8 trimestres constituant deux années civiles consécutives
- bénéficiaire du "forfait de soins malade chronique", tel que prévu à l'article 37, § 16*bis*, 2^o, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et à l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- être atteint d'une maladie rare ou orpheline attestée par un médecin spécialiste et remplir le critère financier mentionné au premier tiret.

Le dispensateur de soins peut appliquer le régime du tiers payant pour les bénéficiaires du statut affection chronique.

Le dispensateur dispose de cette possibilité depuis le 1^{er} mai 2014.

Pour connaître avec certitude le statut de bénéficiaire du statut de personne atteinte d'une affection chronique, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

11. Onzième situation – prestations visées par l'interdiction dispensées à des patients palliatifs à domicile au sens de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 9, al. 3, 11°)

Il s'agit des patients qui répondent aux conditions de l'article 3 de cet arrêté royal.

11.1. Pour les prestations de l'article 5, § 2, de la nomenclature des prestations de santé, il s'agit de patients qui bénéficient de l'intervention forfaitaire visée à l'article 2 de l'arrêté précité.

Pour connaître avec certitude le statut de patient palliatif à domicile, le praticien de l'art dentaire peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité de MyCarenet.

11.2. Pour les autres prestations que celles visées au point 11.1., les mêmes modalités s'appliquent. De plus, l'organisme assureur est également tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant pour un patient qui ne bénéficie pas de l'intervention forfaitaire visée au point 11.1., sur la base d'une déclaration du médecin selon laquelle le patient répond aux conditions de l'article 3 de l'arrêté royal susvisé. Si le médecin fait usage de la facturation électronique, il conserve la déclaration susmentionnée dans le dossier du patient.

B) Facturation électronique

Le dispensateur de soins qui facture de manière électronique mentionne la situation d'exception concernée par la mention de la valeur correspondante dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50.



Remarque :

Les situations d'exceptions mentionnées dans cette circulaire sont chaque fois des situations pour lesquelles le régime du tiers payant peut être appliqué par le dispensateur de soins ; il n'est cependant pas obligatoire pour le dispensateur de soins.

Cependant, si le dispensateur de soins fait usage de la possibilité prévue conformément à ce qui est mentionné dans cette circulaire, l'organisme assureur ne peut pas refuser l'application du régime du tiers payant.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2015/032.

En vigueur à partir du 13 octobre 2016.



Circulaire O.A. n° 2016/287- 393/91 du 19 octobre 2016.

VII. Non-coopération de l'assuré dans le cadre de dossiers d'invalidité au prorata (Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009)

1. Les règlements européens de coordination prévoient dans le chef d'un demandeur de prestations d'invalidité différentes obligations concrètes de coopération et de communication à l'égard des institutions compétentes qui doivent examiner le droit à une pension d'invalidité (partielle) :

- de façon générale, les institutions et les personnes couvertes par le règlement sont tenues à une obligation mutuelle d'information et de coopération pour assurer la bonne application du règlement (art. 76, § 4 du règlement 883/2004)
- le demandeur d'une pension est tenu de fournir à l'institution de contact toutes les informations pertinentes, ainsi que les pièces justificatives dont il dispose, concernant les périodes d'assurance (institutions, n^{os} d'identification), d'activité salariée (employeurs) ou non salariée (nature et lieu d'exercice) et de résidence (adresses) susceptibles d'avoir été accomplies en vertu d'une autre législation, ainsi que la durée de ces périodes (art. 46, § 1^{er} du règlement 987/2009)
- le demandeur ou bénéficiaire de prestations d'invalidité est tenu de transmettre à l'institution compétente les informations, documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de sa situation ou à celle de sa famille, à l'établissement ou au maintien de ses droits et obligations, ainsi qu'à la détermination de la législation applicable et des obligations qui lui incombent en vertu de celle-ci (art. 3, § 2 du règlement 987/2009).

2. Ainsi, la Cour de Justice de l'Union européenne a explicitement confirmé que les obligations de coopération définies par les règlements de coordination dans le chef des assurés sont de **droit impératif**. Dans ce sens, les règlements n'offrent pas aux assurés un droit de choix, par exemple, de ne pas mentionner ou de mentionner de manière fragmentaire des périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un État membre, dans le but de prétendre à une pension (d'invalidité) plus favorable dans un autre État membre¹.

3. Les conséquences liées au non-respect de cette obligation de coopération prévue dans les règlements doivent être évaluées en vertu du droit national de chaque État membre compétent. Elles doivent être équivalentes aux mesures applicables à des situations similaires relevant de l'ordre juridique interne et ne doivent pas, dans la pratique, rendre l'exercice des droits conférés aux intéressés par ce règlement impossible ou excessivement difficile (art. 76, § 5 du règlement 883/2004).

4. Si un assuré mentionne tardivement la présence de périodes d'assurance dans un État membre, celui-ci peut, pour la détermination du droit aux indemnités et pour la fixation du début de ce droit, tenir compte de cette date de notification tardive, sans être lié par la date de la demande initiale introduite auprès de l'institution de contact (art. 45, § 6 du règlement 987/2009).

1. CJUE, C-103/13, 05.11.2014, Sodova, par. 59-61.

1. Absence de coopération de l'assuré dans le cadre des dossiers assurés belges (AB)

5. Quand des assurés belges ouvrent le droit à des indemnités belges d'invalidité sur la base de leurs seules périodes d'assurance belges, ils perçoivent l'indemnité autonome complète à partir de leur entrée en invalidité. Étant donné que le montant de cette indemnité peut être modifié en fonction de la décision prise par l'institution étrangère, cette indemnité n'a qu'un caractère provisoire (art. 50, § 1^{er}, du règlement 987/2009). L'attention de l'intéressé est expressément attirée sur ce caractère provisoire via la signature de la déclaration de subrogation (art. 50, § 3, du règlement 987/2009).

Le droit à cette indemnité d'invalidité autonome provisoire ne reste maintenu que tant que l'intéressé remplit les conditions d'octroi conformément au droit national belge.

En application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le paiement d'une indemnité d'invalidité en droit belge est subsidiaire au droit à l'indemnisation du même dommage (incapacité de travail) sur la base d'une législation étrangère. En cas d'octroi d'une pension d'invalidité étrangère, l'assurance maladie-invalidité belge est subrogée de plein droit à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui, en vertu de la législation étrangère, auraient été octroyées en application des règlements de coordination.

6. L'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 stipule que celui qui bénéficie de prestations de l'assurance obligatoire maladie-invalidité sur la base du droit national belge est tenu de mettre l'assurance maladie-invalidité belge dans la possibilité d'exercer ce droit de subrogation légale.

Selon la jurisprudence établie de la Cour de cassation, le droit aux indemnités d'incapacité de travail dépend du respect de cette obligation dans le chef du demandeur ou du bénéficiaire des prestations AMI. S'il néglige de mettre l'organisme assureur en mesure d'exercer son droit de subrogation légale, les prestations AMI **ne sont pas dues** (sur la base du droit national), sans que cela n'implique que les bénéficiaires aient déjà reçu une indemnisation de leur incapacité de travail sur la base d'une (autre) législation étrangère.²

A. Refus de signer la déclaration pour invalides (DPI)

7. Chaque assuré belge qui, après une année d'incapacité de travail primaire, peut bénéficier d'indemnités d'invalidité, doit signer une "déclaration pour invalides" dans laquelle il déclare sur l'honneur avoir ou non été assuré dans le passé dans un autre État membre

8. La mention d'(éventuelles) périodes d'assurance étrangères constitue, pour l'organisme assureur, le signal qu'il convient d'établir un set de formulaires européens afin d'examiner le droit à l'indemnité d'invalidité à charge de l'État membre concerné, en application des règlements européens de coordination 883/2004 et 987/2009 (art. 47, § 4, du règlement 987/2009).

9. Conformément à la circulaire 83/451 du 27 décembre 1983, l'organisme assureur doit déjà être en possession de ces données au moment de l'entrée en invalidité.

10. Si, malgré le rappel envoyé, l'assuré néglige de compléter les documents requis, il doit être mis fin au paiement de l'indemnité d'invalidité sur la base de l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 à partir de l'entrée en invalidité, jusqu'au moment où les données sont fournies.

2. Cass. 23.09.1991, Arr. Cass. 1991-92, 80.

B. Non-coopération lors de la constitution du dossier de demande européen

11. Si le “demandeur” de l’indemnité d’invalidité belge (c.-à-d. la personne qui entre en invalidité après une année d’incapacité de travail, après avoir obtenu l’accord du Conseil médical de l’invalidité), déclare dans la DPI avoir également été assuré dans le passé dans un autre État membre de l’UE/EEE ou en Suisse, l’organisme assureur constitue un dossier de demande européen. Lorsque ce dossier est complet, il l’envoie à l’INAMI afin que celui-ci l’introduise auprès des institutions compétentes des États membres concernés, qui à leur tour doivent évaluer le droit à une prestation d’invalidité au prorata, en application des règlements européens de coordination.

12. En principe, l’organisme assureur constitue le dossier de demande en se basant sur les éléments disponibles dans son dossier et sur le réseau de la Banque-carrefour de la sécurité sociale.

13. Néanmoins, certains éléments du dossier doivent être apportés/complétés par l’intéressé.

REFUS DE COMPLÉTER LE FORMULAIRE E207

14. Le formulaire, ainsi que les pièces justificatives, attestations, etc. y afférentes, relatives à l’occupation à l’étranger, sont essentiels pour permettre à de nombreux États membres de constituer la carrière d’assurance.

15. Si, après un rappel, l’intéressé refuse de compléter le formulaire, cela revient à un refus de coopérer à l’examen du droit sur la base de la législation de l’État membre concerné.

REFUS DE SIGNER LE FORMULAIRE DE SUBROGATION

16. Si, après un rappel, l’intéressé refuse de signer le formulaire de subrogation, des indemnités provisoires ne peuvent pas lui être octroyées. Dans ce cas, il doit être mis fin aux indemnités d’invalidité belges jusqu’au moment où la décision étrangère (ainsi que la carrière d’assurance) sont connues pour calculer de façon définitive l’indemnité d’invalidité belge partielle due.

17. Si, au moment du refus de la signature du formulaire de subrogation, des indemnités d’invalidité belges complètes ont déjà été versées à l’intéressé, l’organisme assureur prend les mesures nécessaires pour sauvegarder les intérêts de l’AMI en vue d’une récupération éventuelle ultérieurement.

18. Attention, la signature d’un formulaire de subrogation n’est requise que dans le cas où l’organisme assureur paie des indemnités provisionnelles. À l’inverse, il n’y a pas de subrogation dans le chef de l’organisme assureur lorsque aucune indemnité n’a été payée depuis l’entrée en invalidité (p. ex. refus en cas de périodes belges de moins d’une année et jamais de stage accompli). Dans un tel cas, la signature du formulaire de subrogation n’est pas nécessaire.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Décès

19. S’il s’avère que l’intéressé est décédé entre le moment de la signature de la DPI et le moment de la constitution du set de formulaires, l’organisme assureur envoie le dossier sans E207 et sans formulaire de subrogation.

20. Si l’institution étrangère ne peut pas traiter la demande par manque d’informations, les indemnités payées restent à la charge de l’AMI belge.

Force majeure

21. Si l'intéressé se rappelle uniquement avoir été occupé dans le passé dans un autre État membre, sans disposer ni des périodes exactes, ni des noms des employeurs, ni des documents justificatifs correspondants, l'organisme assureur demande à l'assuré de compléter une déclaration sur l'honneur.

DPI fausse ou incorrecte

22. Il arrive parfois dans la pratique qu'un assuré AB déclare dans sa DPI ne pas avoir de périodes étrangères, et introduise ensuite lui-même une demande d'indemnités d'invalidité dans un autre État membre. Il s'agit souvent de travailleurs frontaliers. L'institution étrangère demande ensuite à l'INAMI d'envoyer un set de formulaires, ou envoie elle-même un set de formulaires (en tant que pays de résidence).

La déclaration pour invalides est néanmoins une déclaration sur l'honneur. Le fait de ne pas mentionner de périodes d'assurance ou de périodes d'occupation à l'étranger constitue en principe une fausse déclaration ou une déclaration incomplète.

23. S'il s'avère par après que l'intéressé prouve quand même des périodes d'assurance dans un autre État membre et qu'il a dès lors peut-être bénéficié indûment d'indemnités belges (complètes), l'organisme assureur doit transmettre le dossier au Service du contrôle administratif de l'INAMI, afin que celui-ci évalue s'il s'agit d'un acte répréhensible pouvant entraîner une sanction pénale (art. 233, 3^o, du Code pénal social), ou une sanction administrative (art. 168quinquies, § 2, 1^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994).



Par exemple : un invalide AB est atteint d'une affection dégénérative qui a fortement endommagé sa mémoire. La DPI est complétée par un membre de sa famille. Étant donné que la communication est quasiment impossible, la personne indique que l'intéressé n'a pas travaillé dans un autre État membre.

Par la suite, une institution étrangère demande, dans le cadre de l'examen du droit à une pension de vieillesse, l'envoi d'un set de formulaires avec un E205 indiquant qu'il y a eu des périodes d'assurance étrangères.

24. Dans ce cas, l'on ne peut conclure que la déclaration incorrecte ou incomplète avait été faite de mauvaise foi par l'intéressé. L'organisme assureur constitue le set de formulaires, sans toucher aux indemnités.



Exemple : un travailleur frontalier invalide AB déclare dans sa DPI ne jamais avoir été assuré ailleurs qu'en Belgique. L'organisme assureur lui paie des indemnités d'invalidité belges complètes.

L'INAMI reçoit ensuite un set de formulaires de l'institution du pays de résidence duquel il ressort que l'intéressé a introduit une demande directe de pension d'invalidité auprès de cette institution. Il ressort du E205 joint qu'il a une carrière d'assurance de 30 ans dans le pays de résidence.

25. Il y a dans ce cas une présomption de mauvaise foi.

S'il ressort d'un tel dossier que l'assuré a en conséquence bénéficié indûment d'indemnités (complètes) à charge de l'assurance indemnités belge pendant une certaine période, et que ces indemnités ne sont pas récupérables via des moyens financiers étrangers, le dossier doit être transmis au SCA, qui va évaluer s'il s'agit d'un comportement répréhensible pouvant entraîner une sanction pénale (art. 233, 3^o, du Code pénal social), ou une sanction administrative (art. 168quinquies, § 2, 1^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

26. Lorsque le droit aux indemnités d'incapacité de travail belges a été ouvert sur la base de périodes belges uniquement, il n'est pas simple dans la pratique d'identifier à l'avance une éventuelle DPI incorrecte.³ En effet, l'organisme assureur ne dispose pas à ce stade des données de carrière belges, qui permettraient, vu l'âge de l'intéressé, d'identifier certains trous d'assurance pouvant indiquer une période d'occupation à l'étranger⁴.

27. Dans le cas d'un travailleur frontalier assuré en dernier lieu en Belgique (et qui réside donc dans un autre État membre), il est indiqué en cas de DPI négative de demander comme moyen de vérification un E205 du pays de résidence. Il convient en outre de faire remarquer ici que, dans la pratique, certains assurés partent du principe que certaines périodes à l'étranger ne comptent pas comme périodes d'assurance pour la pension d'invalidité, alors que cela peut être le cas en vertu de la législation de l'État membre en question (p. ex. des périodes de service militaire, de formation professionnelle, des périodes de résidence uniquement). Il est important que l'organisme assureur attire l'attention de l'intéressé sur ce point dans sa lettre d'accompagnement à la DPI.

C. Non-coopération à l'examen du droit à une indemnité d'invalidité étrangère

MESURE DE DIMINUTION DU NOMBRE DE REFUS ÉTRANGERS POUR CAUSE DE NON-COOPÉRATION

28. Il n'est pas rare qu'après l'introduction du set de formulaires belges, l'institution étrangère compétente rejette la demande parce que l'assuré refuse de coopérer à l'examen de son droit à une indemnité d'invalidité dans la législation étrangère.

29. Dans la pratique, les motifs les plus courants sont les suivants :

- l'intéressé n'a pas donné suite (malgré plusieurs rappels) à la demande de fournir certains renseignements concernant sa carrière d'assurance dans l'État membre concerné
- l'intéressé n'a pas complété les questionnaires pour l'évaluation de son incapacité de travail, ou ne s'est pas présenté à un examen médical complémentaire dans l'État membre concerné
- l'intéressé a communiqué à l'institution étrangère qu'il renonçait à la prestation étrangère d'invalidité.

30. Par son attitude non coopérante à l'égard de l'institution étrangère, le titulaire met l'assurance maladie-invalidité belge dans l'impossibilité d'exercer son droit de subrogation légale si, le cas échéant, il existe en vertu de la législation étrangère un droit à une indemnité (partielle) d'invalidité.

31. Il apparaît très souvent dans la pratique que l'intéressé n'a pas donné suite aux demandes de l'institution étrangère parce qu'il ne connaît pas la réglementation européenne en vigueur, ou parce qu'il ne comprend pas l'utilité d'une indemnité étrangère (p. ex. parce qu'entre-temps, il a déjà repris le travail à temps plein et n'est plus reconnu en Belgique). Il est parfois aussi question de problèmes linguistiques.

3. Si le droit à des indemnités d'incapacité de travail primaire a été ouvert en application du principe de totalisation des périodes d'assurance (formulaire E104 code E/S041), l'O.A. est par définition au courant de l'existence d'une carrière d'assurance étrangère.

4. Les données de carrière belges ne sont par définition demandées aux organismes de pension belges que si l'intéressé indique dans sa DPI qu'il a été assuré à l'étranger.

32. Pour limiter au maximum les refus étrangers pour cause de non-coopération, l'organisme assureur est tenu, dans le cadre de son devoir légal d'information, de signaler expressément au titulaire son devoir de coopération à l'égard de l'institution étrangère, **dès qu'il est informé par l'INAMI de l'introduction du set de formulaires auprès de l'institution étrangère** (voir lettre type en annexe I).

PROCÉDURE À SUIVRE EN CAS DE RÉCEPTION D'UN REFUS ÉTRANGER POUR CAUSE DE NON-COOPÉRATION DU TITULAIRE D'INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ BELGES

33. L'INAMI examinera tout d'abord si l'intéressé est encore effectivement domicilié à l'adresse communiquée initialement à l'institution étrangère. Si la résidence principale de l'intéressé a entre-temps changé, il est en effet possible que la personne en question n'ait pas eu connaissance des demandes/convocations de l'institution étrangère.

34. Si l'intéressé est encore inscrit à la même adresse dans le Registre national, l'INAMI transmet à l'organisme assureur une copie de la décision de refus étrangère.

35. L'organisme assureur doit ensuite prendre contact avec l'intéressé et lui demander la raison pour laquelle il n'a pas donné suite aux questions ou aux convocations de l'institution étrangère. Dans ce cadre, il convient de lui indiquer ses devoirs de coopération en droit national et européen à l'égard de l'institution étrangère. L'organisme assureur prend au même moment les mesures nécessaires afin de garantir les droits de l'AMI belge (en vue d'une éventuelle récupération plus tard).

36. L'organisme assureur rappelle en outre à l'intéressé que :

- les indemnités d'invalidité belges complètes déjà perçues n'ont/n'avaient qu'un caractère provisoire, fait sur lequel son attention avait été expressément attirée lors de la signature de la déclaration de subrogation
- les indemnités perçues seront réexaminées avec effet rétroactif en fonction de la décision étrangère.

Au besoin, l'organisme assureur aide le titulaire à contacter l'institution étrangère et à lui fournir les informations demandées.

37. L'organisme assureur informe l'INAMI des suites de l'intervention auprès du titulaire.

CONSÉQUENCES DE LA NON-COOPÉRATION SUR LES INDEMNITÉS BELGES

38. Si l'intéressé, malgré plusieurs rappels, ne donne pas suite à la lettre de l'organisme assureur, les indemnités provisoires octroyées en vertu de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sont indues.

Dans ce cas, l'intéressé conserve uniquement le droit à une indemnité d'invalidité au *pro rata* à partir de l'entrée en invalidité. Ce montant est en effet toujours garanti par les règlements de coordination, même si la règle de la différence du droit national ne peut pas être appliquée à défaut d'indemnité étrangère.

39. Le coefficient de carrière belge nécessaire pour calculer le montant au *pro rata* à appliquer est communiqué par l'INAMI dans la lettre par laquelle la décision étrangère de refus pour cause de non-coopération est transmise.

- Si l'INAMI possède le formulaire E205 de l'État membre qui a pris la décision de refus, il calculera en fonction de ce document le coefficient de carrière belge que l'organisme assureur doit appliquer.
- Si l'INAMI ne dispose pas d'un E205 étranger (p. ex. parce que l'intéressé refuse de communiquer à l'institution étrangère les informations nécessaires pour reconstituer sa carrière d'assurance), un coefficient de carrière sera calculé sur la base des données du formulaire E207 et des trous d'assurance dans la carrière belge.

40. Il convient en outre de faire une distinction entre les personnes qui, au moment de la décision étrangère de refus pour cause de non-coopération, sont encore titulaires indemnissables et les personnes qui, entre-temps, ont déjà été exclues du droit aux indemnités belges (p. ex. suite à une reprise du travail ou à une exclusion par le médecin-conseil ou par le Conseil médical de l'invalidité).

- Si l'intéressé est encore un titulaire indemnissable, l'organisme assureur doit réduire le montant des indemnités en cours au montant de l'indemnité au *pro rata*. Pour le passé, il procède à la récupération du montant payé en trop en fonction du coefficient de carrière communiqué.
- Si, au moment de la décision étrangère de refus, l'intéressé n'a pas été exclu depuis plus de deux ans du droit aux indemnités, l'organisme assureur procède à la récupération des montants payés en trop en fonction du coefficient de carrière communiqué.

41. La décision de récupération doit répondre aux formalités prévues par les articles 14 et 15 de la Charte de l'assuré social.

42. Il est à noter que dans ces cas, le délai de prescription de l'article 174 de la loi coordonnée commence à courir à partir de la fin du mois au cours duquel le montant indu a été payé, et pas à partir de la prise de connaissance de la décision de refus étrangère pour non-collaboration⁵.

43. S'il s'avère, au moment de la prise de connaissance de la décision de refus étrangère pour non-collaboration, que le montant à récupérer est déjà complètement prescrit, l'indu reste à charge de l'assurance maladie-invalidité belge dans les conditions prévues par l'article 194 de la Loi Coordinée du 14 juillet 1994.

44.  Par exemple : Personne X était reconnue invalide en Belgique du 1 février 2012 jusqu'au 25 mars 2013 (reprise de travail). Durant cette période, l'organisme assureur a payé des indemnités d'invalidité à titre provisionnel, dans l'attente de la fixation définitive de ses droits sur base des règlements européens.

Le dossier *pro rata* n'est introduit auprès de l'institution étrangère qu'en juillet 2015. Cette institution prend une décision de refus en date du 16 janvier 2016 en raison du manque de collaboration de l'intéressé. La récupération, suite à la réduction au *pro rata* pour la période du 1 février 2012 jusqu'au 25 mars 2013, ne peut avoir lieu en raison de la prescription.

5. Ceci diffère de la situation dans laquelle une institution étrangère octroie une indemnité proratisée et l'O.A. a payé des indemnités provisionnelles dans l'attente de la décision étrangère (à titre d'avances). Dans le cadre de l'art. 136 § 2 LC, la prescription prend cours à partir du moment où l'institution belge, subrogée dans les droits de l'assuré, prend connaissance du paiement de la prestation étrangère qui couvre le même dommage (Cass. 19.02.1975, Arr. Cass. 1975, 687-690; Circ. O.A. 76/303 de 29.11.1976).

2. Non-coopération de l'assuré dans le cadre des dossiers assurés étrangers

A. Non communication des données nécessaires à l'examen du droit à l'indemnité belge

45. Dans le cadre du traitement des demandes d'indemnités d'invalidité belges au prorata, introduites par des titulaires assurés étrangers, il arrive que l'intéressé, malgré plusieurs rappels, néglige de fournir certaines informations nécessaires au traitement de leur demande d'indemnités d'invalidité en Belgique.

46. L'article 11 de la Charte de l'assuré social stipule que "si, malgré le rappel qui lui est adressé, le demandeur reste, pendant plus d'un mois, en défaut de fournir les renseignements complémentaires demandés par l'institution de sécurité sociale, celle-ci, après avoir accompli toute démarche utile en vue de l'obtention desdits renseignements, peut statuer en se basant sur les renseignements dont elle dispose, sauf si le demandeur fait connaître un motif justifiant un délai de réponse plus long."

47. Les conséquences de la non-coopération au traitement de la demande belge diffèrent en fonction de la phase du dossier.

L'INTÉRESSÉ NE DONNE PAS SUITE AUX DEMANDES D'INFORMATIONS CONCERNANT LA VÉRIFICATION D'UNE CONDITION D'OCTROI (DU POINT DE VUE ADMINISTRATIF/MÉDICAL) POUR LE DROIT AUX INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ BELGES ?

48. Dans ce cas, l'organisme assureur peut transmettre à l'INAMI une proposition administrative de refus pour cause de non-coopération.

LA NON-COOPÉRATION DE L'INTÉRESSÉ CONCERNE LA DÉTERMINATION DES ÉLÉMENTS PERMETTANT DE CALCULER LE MONTANT DE L'INDEMNITÉ (SALAIRE JOURNALIER MOYEN, COMPOSITION DU MÉNAGE ET REVENUS DU MÉNAGE, CUMUL AVEC D'AUTRES PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE OU REVENUS PROFESSIONNELS) ?

49. Étant donné que l'intéressé remplit les conditions d'octroi, il n'est en principe pas possible de refuser l'indemnité.

Mais le refus de fournir des informations a des conséquences sur le montant de l'indemnité octroyée. L'organisme assureur doit ajouter à la proposition administrative, à titre de preuve, une copie de *toutes les lettres (y compris les lettres de rappel) par lesquelles le demandeur a été prié de transmettre des informations.*

50. Les situations suivantes peuvent se présenter :

- Non-communication des données qui permettent la détermination de la rémunération journalière moyenne (dossiers salariés)

Si la personne était salariée au début de son incapacité et ne communique pas ses fiches de salaire, le dossier doit être calculé sur base de la rémunération minimale fixée par la Commission Paritaire Nationale Auxiliaire des Employés, pour un employé avec une expérience professionnelle de niveau 0 (la moitié de ce montant s'il s'agit d'un travailleur à temps partiel).

En cas d'absence des données de salaire permettant de vérifier la qualité de travailleur régulier (art. 224, A.R. 03.07.1996), l'intéressé ne garde qu'un droit aux indemnités minimales comme travailleur non régulier.

- Non-communication des données qui permettent la détermination de la cessation de l'entreprise (dossiers indépendants)

Dans ce cas, un projet administratif sur base de l'indemnité forfaitaire sans cessation d'entreprise peut être transmis.

- Non-communication de données relatives à l'application des dispositions en matière de cumul avec d'autres prestations de sécurité sociale

Dans les dossiers assurés étrangers, l'organisme assureur est informé de différentes façons d'éventuelles situations de cumul avec d'autres prestations de sécurité sociale : grâce au E204, à des questionnaires administratifs.

En vertu de l'article 11 de la Charte de l'assuré social et de l'article 2, § 2, du règlement 987/2009, les informations complémentaires relatives au montant d'autres prestations de sécurité sociale belges ou étrangères doivent en premier lieu être obtenues en interrogeant l'institution débitrice belge ou étrangère.

- Non-communication de données demandées en vue de l'application de la règle anti-cumul de l'art. 230 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

- S'il y a une reprise du travail autorisée après la date d'invalidité :

L'organisme assureur fait parvenir une proposition de décision pour la période précédant la reprise du travail autorisée. Le droit aux indemnités est suspendu pour la période à partir de la reprise du travail jusqu'au moment où l'intéressé communique les données nécessaires.

- S'il y a une reprise du travail autorisée au moment de l'entrée en invalidité : refus (adapté) pour cause de non-coopération en attendant la communication des données nécessaires.

LA NON-COOPÉRATION DE L'INTÉRESSÉ CONCERNE LA POSSIBILITÉ DE PROCÉDER AU PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ AU PRORATA (REFUS DE COMMUNICATION DE DONNÉES BANCAIRES) ?

51. Cela n'empêche en principe pas de prendre une décision. Dans la signification de la décision, il sera encore demandé à l'assuré de communiquer ses données bancaires pour le paiement.

B. Non-coopération à l'examen dans un autre état : influence sur l'indemnité belge au prorata

52. Une autre situation pouvant apparaître est celle d'un dossier assuré étranger refusé par un autre État membre pour cause de non-coopération. Dans ce cas, en dépit de l'article 50 du règlement 883/2004, les périodes de l'État membre qui prend la décision de refus seront tout de même intégrées dans la carrière globale d'assurance de l'intéressé dans le cadre du calcul du coefficient de carrière belge.

53. En effet, dans ce cas, on n'a pas constaté avec certitude que l'intéressé n'entraîne pas en ligne de compte pour l'indemnité étrangère.

3. Entrée en vigueur

54. La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} juin 2016. Elle s'applique à tous les nouveaux dossiers, ainsi qu'aux dossier en cours.



Circulaire O.A. n° 2016/137 - 83/359 du 7 juin 2016.

VIII. Modalités de preuve pour l'inscription en qualité de personne inscrite au Registre national des personnes physiques en application de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Cette circulaire annule et remplace la circulaire 2015/53 – Rubrique 2299/6 du 19 février 2015

En application de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques peuvent être considérées comme bénéficiaires du droit aux prestations de santé.

En vertu des dispositions de l'article 128 *quinquies*, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les personnes énumérées ci-après ne sont pas exclues du champ d'application de l'article 32 précité et peuvent elles aussi être inscrites en qualité de personnes inscrites au Registre national des personnes physiques :

1. les étrangers qui sont admis de plein droit ou autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume (inscrits dans le Registre des étrangers)
2. les étrangers qui sont autorisés au séjour pour une durée illimitée (inscrits dans le Registre des étrangers) ou établis dans le Royaume (inscrits dans le Registre de la population)
3. les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (inscrits dans le Registre d'attente) et pour lesquels la procédure d'asile n'est pas encore terminée. De même, les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007, qui ont, avant ou après le 1^{er} juin, reçu une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, et qui ont introduit un recours contre cette décision devant le Conseil du Contentieux des étrangers ainsi, que les candidats réfugiés pour lesquels la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 et qui ont reçu, avant ou après le 1^{er} juin, une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, qui a été confirmée par le Conseil du Contentieux des étrangers, et qui ont introduit un recours en cassation contre l'arrêt auprès du Conseil d'Etat.

La loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers a réformé la procédure de demande d'asile et supprimé la distinction entre la phase de recevabilité et la phase de l'examen au fond à partir du 1^{er} juin 2007. Il n'y a donc plus qu'une seule phase.

Par ailleurs, la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et d'autres catégories déterminées d'étrangers, octroie une aide matérielle à tout demandeur d'asile qui, à partir du 1^{er} juin 2007 a demandé l'asile, en ce inclus les demandeurs d'asile qui, avant le 1^{er} juin 2007, n'ont pas encore reçu de décision de l'Office des étrangers ou du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides sur la recevabilité de leur demande d'asile. Le droit à l'aide matérielle est maintenu pendant toute la procédure d'asile, y compris pendant le recours introduit devant le Conseil du Contentieux des étrangers, ainsi que pendant le recours éventuel en cassation administrative introduit devant le Conseil d'État.

L'accompagnement médical (c-à-d l'aide et les soins médicaux) nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine fait partie de l'aide matérielle et est pris en charge par l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (= fedasil) ou le CPAS si le demandeur d'asile réside dans une initiative d'accueil locale (IAL).

4. Les personnes qui, en attendant leur inscription au Registre national des personnes physiques, apportent la preuve qu'elles ont fait une déclaration visée dans l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au Registre de la population et au Registre des étrangers.

Pour pouvoir être inscrites en qualité de personnes inscrites au Registre national des personnes physiques, les personnes précitées doivent transmettre les documents suivants à leur organisme assureur :

I. Les étrangers qui sont admis de plein droit ou autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume et les étrangers qui sont autorisés au séjour pour une durée illimitée ou qui sont établis dans le Royaume (personnes énumérées aux points 1) et 2) ci-avant), prouvent leur qualité au moyen d'un des documents de séjour suivants :

a) la carte électronique A (certificat d'inscription au registre des étrangers – séjour temporaire) et la carte électronique B (certificat d'inscription au registre des étrangers) délivrée aux étrangers non UE et publiée en annexe 6 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

b) la carte électronique C (carte d'identité d'étranger) délivrée aux étrangers établis non UE et Suisses (avec permanence de séjour) et publiée en annexe 7 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

c) la carte électronique D (résident de longue durée – CE) délivrée aux étrangers non UE et publiée en annexe 7*bis* de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

d) la carte électronique E (carte identité pour étranger EEE) délivrée aux étrangers UE et publiée en annexe 8 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

e) la carte électronique E+ (document attestant de la permanence du séjour) délivrée aux étrangers UE et publiée en annexe 8*bis* de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

f) la carte électronique F (carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union) délivrée aux étrangers non UE et publiée en annexe 9 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

g) la carte électronique F+ (carte de séjour permanent de membre de la famille d'un citoyen de l'Union) délivrée au étranger non UE qui est membre de famille d'un citoyen UE et publiée en annexe 9 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

h) la nouvelle carte électronique H (la carte bleue européenne). Cette carte est délivrée à des travailleurs salariés hautement qualifiés issus de pays tiers (citoyens non ressortissant de l'UE) ayant parcouru avec succès la procédure de séjour en vue de l'obtention d'une carte bleue européenne (art. 61/26 et suivants de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers). Elle a été publiée comme annexe 6bis à l'arrêté royal du 8 octobre 1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Le tableau ci-dessous donne, avec référence au site de l'OE, un aperçu des documents précités qui, en application de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, doivent être pris en considération comme preuve de la qualité d'inscription au Registre national, conformément à l'article 32, 1^{er} alinéa, 15^o de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Conformément à l'arrêté ministériel du 11 février 2014, les cartes et titres de séjour en papier ne sont plus valables depuis le 1^{er} octobre 2013.

Le service signale qu'une modification de la loi précitée du 15 décembre 1980 relative à l'accès sur le territoire, a pour effet qu'à partir du 8 juillet 2016, les personnes reconnues comme réfugiés, sont d'abord admises à un séjour temporaire. Le titre de séjour concerné (carte électronique type-A) est valable pour une durée de cinq ans. Après cinq ans, à compter de la date de demande d'asile, la personne reconnue comme réfugié est admise à un séjour de durée illimitée et reçoit une carte de séjour électronique type-B.

1. Étranger non UE

Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister - Tijdelijk verblijf Certificat d'inscription au registre des étrangers - Séjour temporaire Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister - Vorübergehender Aufenthalt
<p style="text-align: center;">A Kaart Carte A carte A H Kaart</p> <p style="text-align: center;">travailleur hautement qualifié issus de pays tiers (citoyens non ressortissant de l'UE). carte H</p>
Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister Certificat d'inscription au registre des étrangers Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister
<p style="text-align: center;">B Kaart Carte B carte B</p>
Identiteitskaart voor vreemdeling Carte d'identité d'étranger Personalausweis für Ausländer
<p style="text-align: center;">C Kaart Carte C carte C</p>
EG – langdurig ingezetene Résident de longue durée – CE Daueraufenthalt – EG
<p style="text-align: center;">D Kaart Carte D carte D</p>

2. Étranger non UE qui est membre de famille d'un citoyen UE

Verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union Aufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers
F Kaart Carte F carte F
Duurzame verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie Carte de séjour permanent de membre de la famille d'un citoyen de l'Union Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers
F+ Kaart Carte F+ carte F+

3. Citoyen UE

Verklaring van inschrijving Attestation d'enregistrement Anmeldebescheinigung
E Kaart Carte E carte E
Document ter staving van duurzaam verblijf Document attestant de la permanence du séjour Dokument zur Bescheinigung des Daueraufenthalts
E+ Kaart Carte E + carte E+

II. a) Les demandeurs d'asile dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides avant le 1^{er} juin 2007 et, pour qui, la procédure d'asile n'est pas encore terminée (personnes visées sous le point 3 ci-dessus), prouvent leur qualité en produisant simultanément les documents suivants :

- une annexe 25 (annexe 1 de la circulaire) ou 26 (annexe 2 de la circulaire) délivrée avant le 1^{er} juin 2007 + une attestation d'immatriculation modèle A (annexe 3 de la circulaire).

Une attestation d'immatriculation modèle A seule ne prouve pas qu'il s'agit d'un demandeur d'asile.

b) En ce qui concerne les demandeurs d'asile pour lesquels la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007, qui avant ou après le 1^{er} juin ont reçu une décision négative, et qui ont introduit un recours contre cette décision auprès du Conseil du Contentieux des étrangers, ainsi que les candidats réfugiés pour lesquels la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 et qui ont reçu, avant ou après le 1^{er} juin, une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, qui a été confirmée par le Conseil du Contentieux des étrangers, et qui ont introduit un recours en cassation contre l'arrêt auprès du Conseil d'État : les données nécessaires concernant leur situation peuvent être retrouvées sous le code 206 dans le Registre national (Registre d'attente).

Vu que les personnes sous le II a) et le II b) ont normalement avant le 1^{er} juin 2007 déjà été inscrites en qualité de personnes inscrites dans le Registre national, ces situations ne se produiront pas souvent.

La décision concernant la recevabilité de la demande d'asile peut être retrouvée dans le Registre national sous le code 206 (Registre d'attente). Si celui-ci ne peut être consulté, la mutualité peut requérir de l'intéressé qu'il demande à l'administration communale un extrait du Registre d'attente. L'administration communale ne pourra pas délivrer ce document à des tiers. Vu que les CPAS ne sont pas considérés comme des tiers dans cette matière, l'intéressé peut également s'y rendre pour y faire la demande de ce document auprès de l'administration communale.

L'idéal serait que les organismes assureurs introduisent une demande d'autorisation en vue de pouvoir consulter le registre d'attente auprès du **Comité sectoriel de la sécurité sociale**.

III. Les personnes qui, en attendant leur inscription au Registre national des personnes physiques, apportent la preuve qu'elles ont fait une déclaration visée dans l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au Registre de la population et au Registre des étrangers (indiqué au point 4 ci-dessus).

Ces personnes fournissent la preuve de leur qualité au moyen d'une attestation des autorités communales ou par tout autre moyen de preuve reconnu comme tel par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif.

Pour les personnes qui prouvent leur qualité au moyen d'une attestation délivrée par les autorités communales, l'annexe 15 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers est utilisée. Un spécimen de ce document est en annexe 4 de cette circulaire. Il y a lieu d'effectuer une distinction selon le cas :

- s'il s'agit d'un citoyen de l'Union européenne, aucune annexe 15 n'est délivrée. Dans l'attente de leur carte E ou E+ (la version électronique des annexes 8 et 8bis), ils se voient délivrer ces annexes 8 ou 8bis en cas de séjour temporaire. Le service signale que les personnes concernées doivent, en même temps, soumettre une décision positive de l'Office des étrangers, en combinaison avec les annexes 8 et 8bis précitées

- s'il s'agit d'un étranger qui n'est pas citoyen de l'Union, il y a lieu de distinguer les citoyens en possession d'une attestation d'immatriculation (AI) de ceux qui n'en disposent pas. Ceux qui sont déjà en possession d'une AI, ne reçoivent pas l'annexe 15 mais leur AI est prolongée jusqu'à la délivrance du titre de séjour. Les étrangers ne disposant pas d'une AI reçoivent, quant à eux, une annexe 15. Le service signale que les personnes qui ont reçu l'attestation d'immatriculation dans cette situation, sont tenues à soumettre également une décision positive de l'Office des étrangers.

L'annexe 15 vaut comme preuve d'inscription au Registre des étrangers/Registre de la population quand elle est délivrée :

- si la personne s'est présentée pour introduire une demande d'autorisation de séjour ou une demande d'obtention du statut de résident de longue durée-CE (art. 30 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (1^{er} case)
- si la personne s'est présentée pour introduire une demande de renouvellement de son titre de séjour ou d'établissement, de son permis de séjour de résident de longue durée - CE (art. 33 – 101 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (2^e case)
- si la personne s'est présentée pour se rétablir dans sa situation de séjour antérieure si, pour des circonstances indépendantes de sa volonté, elle n'a pas été en mesure de rentrer dans le pays dans les délais prévus (art. 40 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers). (3^e case)
- si la personne s'est présentée pour introduire une demande de séjour de longue durée (art. 56 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (4^e case)
- si la personne s'est présentée pour se faire inscrire (art. 119 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (6^e case) en combinaison avec :
 - une preuve de réfugié reconnu, délivrée par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
 - une preuve de l'octroi du statut de protection subsidiaire (statut visé au chapitre II, art. 48/4 de la loi du 15.12.1980), délivrée par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
 - un visa valable de type D
 - une carte d'emploi ou de travail valable, une attestation médicale et un extrait du casier judiciaire
 - une décision de l'Office des étrangers que l'intéressé peut obtenir, un Certificat d'Inscription au Registre des étrangers (CIRE) (ex. dans le cadre de la procédure de victime de la traite des êtres humains ou dans le cadre d'une demande 9^{ter} ou 9^{bis}...)
- si la personne s'est présentée pour recevoir le document de séjour, le titre de séjour ou d'établissement ou le permis de séjour de longue durée CE auquel elle a droit (art. 119 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (7^e case).

Vu que les communes ne délivrent pas d'annexe 15 dans certaines situations, en attendant que la carte de séjour électronique de type A ou B soit délivrée, on peut admettre que les documents suivants soient pris en compte, pour les personnes reconnues comme réfugiés et pour les personnes à qui le statut de protection subsidiaire a été accordé :

- En cas de reconnaissance ou d'octroi par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)
 - L'attestation d'immatriculation A ou l'annexe 15 accompagnée de la décision de reconnaissance du CGRA.
- En cas de reconnaissance par le Conseil du Contentieux des étrangers et à condition qu'aucun recours en cassation n'ait été introduit devant le Conseil d'État après le délai de recours de 30 jours ou, si un recours a été introduit, à condition que ce recours ait été rejeté.
 - L'attestation d'immatriculation ou l'annexe 15, en combinaison de l'arrêt de reconnaissance du Conseil du Contentieux des étrangers qui est devenu définitif. Cela implique que les organismes assureurs peuvent consulter le registre d'attente pour vérifier si un recours en cassation a été introduit auprès du Conseil d'État.

IV. Personnel diplomatique et personnel des organisations internationales établies en Belgique.

1) Diplomates et personnes assimilées:

- le personnel des missions diplomatiques et consulaires accrédité en Belgique (les titulaires d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères) ne peut plus être inscrit en qualité de « personne inscrite au Registre national » à partir du 1^{er} septembre 2013. Sur le formulaire d'inscription, l'assuré social devra déclarer s'il est ou non titulaire de la carte d'identité spéciale précitée, afin que les organismes assureurs puissent détecter ces personnes
- les membres du personnel des ambassades ou des consulats inscrits au Registre national, qui ne sont pas en possession d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères, sont en dehors du champ d'application de ladite règle et peuvent donc continuer à être inscrits en qualité de titulaires résidents, à condition néanmoins qu'ils ne soient ou ne puissent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un régime de leur pays d'origine (art. 32, deuxième alinéa de la loi SSI).

2) Certains membres du personnel d'organisations internationales

a) les membres du personnel d'organisations internationales établies en Belgique, avec lesquelles la Belgique a signé un accord de siège, qui ne sont pas inscrits au Registre national et qui disposent d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères, peuvent (continuer à) être inscrits en qualité de titulaires résidents vu qu'ils ne relèvent pas des Traités de Vienne, à condition néanmoins qu'ils ne soient ou ne puissent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un régime de leur pays d'origine ou de l'organisation internationale concernée (art. 32^o, deuxième alinéa de la loi SSI). Si l'accord de siège contient une disposition relative à la législation applicable au domaine de la sécurité sociale, celle-ci doit être pleinement respectée

b) les membres du personnel/experts nationaux issus d'un pays tiers avec lequel la Belgique n'est pas liée par une convention bilatérale relative à la sécurité sociale, et qui sont détachés auprès d'une organisation internationale, continuent à être assujettis à la législation du pays qui les a détachés vu qu'ils relèvent bien des Traités de Vienne. Ils ne peuvent donc plus être inscrits en qualité de "personne inscrite au Registre national"

c) la règle mentionnée sous a) s'applique également aux membres du personnel des organisations internationales établies en Belgique, avec lesquelles la Belgique a conclu un accord de siège.

Pour les personnes embauchées auprès d'une organisation internationale établie en Belgique, les organismes assureurs doivent prendre contact avec la direction du protocole via l'adresse mail oavi@diplobel.fed.be. C'est à cette adresse qu'ils peuvent obtenir une information pertinente sur base de quoi, une décision peut être prise concernant une inscription en tant que résident titulaire sur base des circulaires en vigueur.

Une initiative¹ a été prise au sein du SPF Affaires sociales pour établir un cadastre des organisations internationales qui mentionneraient, notamment, dans quelle mesure leur personnel relève ou non des Traités de Vienne.



Remarque concernant le "Regroupement familial"

En vertu des articles 10, § 2, alinéa 2 - 10 *bis* §§ 1, 2 et 3 - 40 *bis* § 4 alinéa 2 - 40 *ter* alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980, tout demandeur d'un regroupement familial doit apporter la preuve que la personne étrangère ou la personne belge rejointe dispose d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique pour lui-même et les membres de sa famille.

Dans le cadre de la réglementation précitée un formulaire est exigé attestant le droit aux soins de santé pour les personnes qui entrent en ligne de compte.

Cette attestation est disponible sur le site de l'Office des Etrangers du SPF Intérieur (attestation de la mutuelle)

Les annexes à cette circulaire sont publiées sur le site web de l' INAMI – <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/Circulaire-mutualite-sca.aspx>.

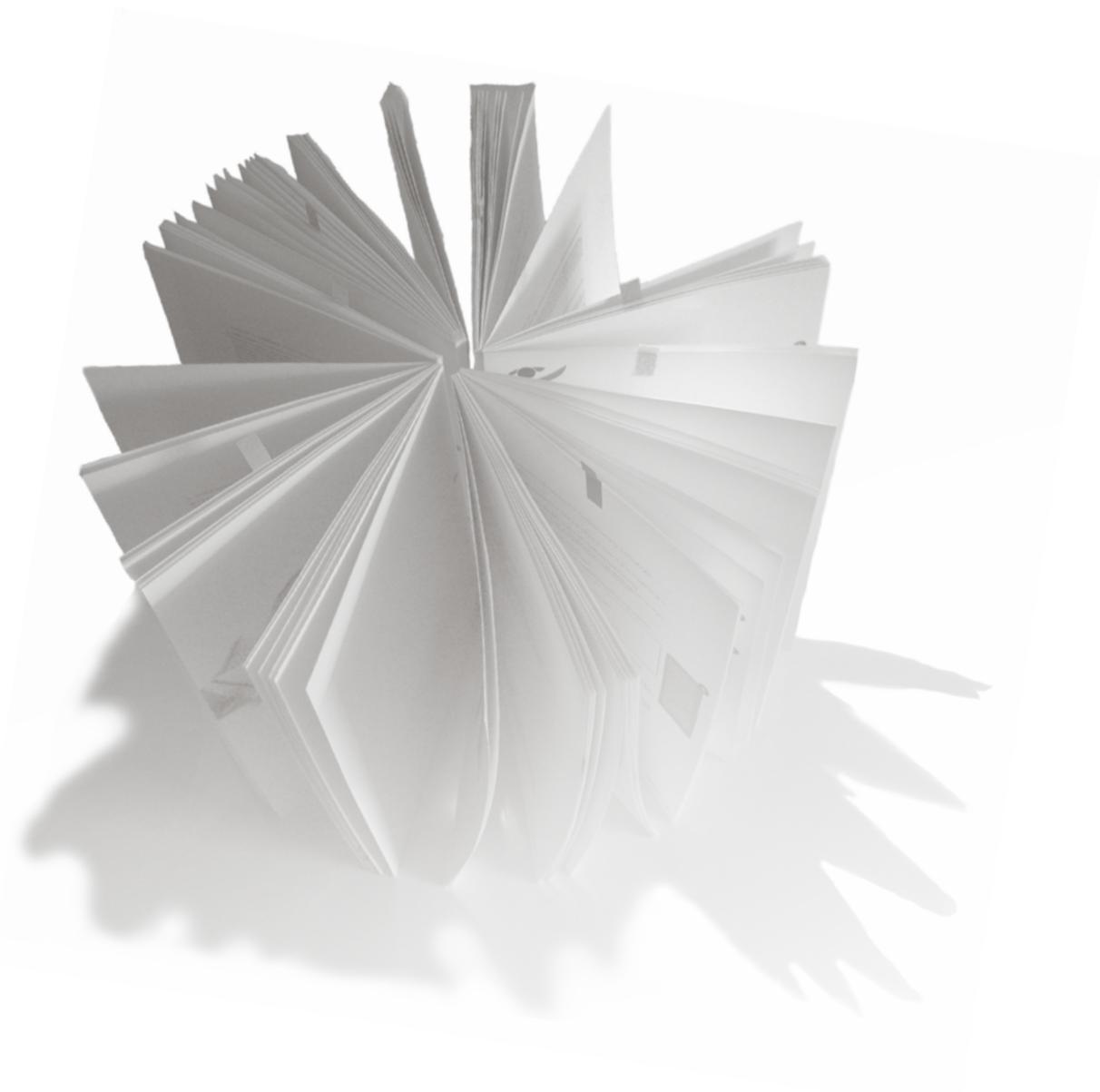


Circulaire O.A. n° 2016/380 – 2299/7 du 22 décembre 2016.

1. Cette initiative sera discutée et suivie par le Service soins de santé ainsi que le Service du contrôle administratif, afin d'examiner si cette initiative peut mener à terme à des données plus pertinentes, en ce qui concerne les droits, ici-visés, du personnel des organisations internationales..

5^e Partie

Données de base



I. Personnes à charge – Plafond trimestriel de revenus

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

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

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

1^{er} septembre 2008 indexation

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

1^{er} septembre 2010 indexation

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

1^{er} mai 2011 indexation

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

1^{er} février 2012 indexation

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

1^{er} décembre 2012 indexation

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

1^{er} juillet 2015 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

1^{er} juin 2016 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

Valeurs par trimestre (montants en EUR)		
1 ^{er} trimestre 2008	2.065,42*3/3	2.065,42
2 ^e trimestre 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96
3 ^e trimestre 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78
4 ^e trimestre 2008	2.148,87*3/3	2.148,87
1 ^{er} trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87
2 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87
3 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87
4 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87
1 ^{er} trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87
2 ^e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87
3 ^e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20
4 ^e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85
1 ^{er} trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85
2 ^e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07
3 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68
4 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68
1 ^{er} trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49
2 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40
3 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40
4 ^e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60
1 ^{er} trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00
2 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00
3 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00
4 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00
1 ^{er} trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00
2 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00
3 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00
4 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00
1 ^{er} trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00
2 ^e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00
3 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52
4^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52
1^{er} trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52
2^e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34

En vigueur à partir du 1^{er} juin 2016



Circulaire O.A. n° 2016/140 - 248/62 du 7 juin 2016.

II. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} juin 2016

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur Belge du 29 janvier 2014 (2^{ème} éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1^{er} juin 2016 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
18.002,48 EUR	3.332,74 EUR



Circulaire O.A. n° 2016/141 - 3991/277 du 7 juin 2016.

III. Article 326, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation)

Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 25 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.

Le montant pour les soins de santé est, le 1^{er} janvier de chaque année et pour la première fois le 1^{er} janvier 2011, adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

Calcul index au 1^{er} janvier 2017

2015	indice santé	moyenne	
Mars	100,73		
Avril	101,12		
Mai	101,16		
Juin	101,33	101,09	(A)

2016	indice santé	moyenne	
Mars	103,47		
Avril	103,53		
Mai	103,77		
Juin	103,74	103,63	(B)

(B) = 103,63

(A) = 101,09

Calcul du montant au 1^{er} janvier 2017

montant de base (en EUR)	25,00	
montant au		
1 ^{er} janvier 2011	25,35	1,40 %
1 ^{er} janvier 2012	26,11	3,00 %
1 ^{er} janvier 2013	26,83	2,76 %
1 ^{er} janvier 2014	27,20	1,38 %
1 ^{er} janvier 2015	27,34	0,51 %
1 ^{er} janvier 2016	27,51	0,62 %
1 ^{er} janvier 2017	28,20	2,51 %

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2017.



Circulaire O.A. n° 2016/230 - 65/26 du 19 août 2016.

IV. Cotisation à payer par certains titulaires

A partir du 1^{er} janvier 2017, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2016, soit 103,34 (base 2013 = 100).

Dans les tableaux ci-joints, vous pouvez prendre connaissance de ces montants; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

1. Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

a) Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus : 1,73 EUR
- 18 à 21 ans : 1,31 EUR
- 14 à 18 ans : 0,87 EUR

b) Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus : 43,25 EUR
- 18 à 21 ans : 32,75 EUR
- 14 à 18 ans : 21,75 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2017

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

2. Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 60,23 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2017

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

3. Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. du 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (titulaires visés à l'art. 32 alinéa 1^{er}, 15^o de la loi coordonnée)

Par trimestre :

Normal : 710,44 EUR

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3^o alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : 355,21 EUR

Si revenu < au montant prévu pour bénéficier de l'intervention majorée : 60,23 EUR

Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence : 0,00 EUR

Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o ou 3^o de la loi coordonnée : 0,00 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2017

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

4. Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans : 90,98 EUR

b) Titulaire de plus de 65 ans : 26,01 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2017

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

5. Cotisation ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 40,98 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2017

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100



Circulaire O.A. n° 2016/325 - 270/69, 273/69, 274/71, 276/120, 2790/69, 2791/69, 2792/68 et 83/465 du 25 novembre 2016.

V. Intervention majorée. Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2016.

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur Belge du 29 janvier 2014 (2^{ème} éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2016)	
Titulaires	Personnes à charge
17.855,56 EUR	3.305,54 EUR

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2017.



Circulaire O.A. n° 2016/326 - 3991/280 du 25 novembre 2016.

VI. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, troisième alinéa de l'A.R. du 03.07.1996). Résidents

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Indexation des plafonds	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
A partir du 1 ^{er} janvier 2002	26.306,66 EUR	2.265,63 EUR
A partir du 1 ^{er} février 2002	26.832,59 EUR	2.310,92 EUR
A partir du 1 ^{er} juin 2003	27.368,64 EUR	2.357,09 EUR
A partir du 1 ^{er} octobre 2004	27.914,79 EUR	2.404,13 EUR
A partir du 1 ^{er} août 2005	28.473,60 EUR	2.452,25 EUR
A partir du 1 ^{er} octobre 2006	29.042,51 EUR	2.501,25 EUR
A partir du 1 ^{er} septembre 2007(bien-être)	29.042,51 EUR	2.518,75 EUR
A partir du 1 ^{er} janvier 2008	29.624,07 EUR	2.602,36 EUR
A partir du 1 ^{er} mai 2008	30.215,74 EUR	2.654,33 EUR
A partir du 1 ^{er} septembre 2008	30.820,06 EUR	2.707,42 EUR
A partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06 EUR	2.756,15 EUR
A partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06 EUR	2.788,65 EUR
A partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01 EUR	2.844,47 EUR
A partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61 EUR	2.901,44 EUR
A partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61 EUR	2.921,74 EUR
A partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61 EUR	2.959,47 EUR
A partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86 EUR	3.018,74 EUR
A partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74 EUR	3.079,19 EUR
A partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
A partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27 EUR	3.203,40 EUR
A partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27 EUR	3.225,83 EUR
A partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27 EUR	3.267,47 EUR
A partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44 EUR	3.332,74 EUR

Moyenne annuelle	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 EUR (PM)	2.192,15 EUR
2001	26.091,74 EUR (PM)	2.247,06 EUR
2002	26.788,76 EUR	2.307,14 EUR
2003	27.145,29 EUR	2.337,88 EUR
2004	27.505,18 EUR	2.368,85 EUR
2005	28.147,63 EUR	2.424,18 EUR
2006	28.616,46 EUR	2.464,56 EUR
2007	29.045,04 EUR	2.507,30 EUR
2008	30.219,96 EUR	2.654,70 EUR
2009	30.820,06 EUR	2.735,85 EUR
2010	31.025,71 EUR	2.807,26 EUR
2011	31.856,74 EUR	2.889,22 EUR
2012	32.709,91 EUR	3.018,84 EUR
2013	33.363,74 EUR	3.099,72 EUR
2014	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
2015	33.697,51 EUR	3.179,56 EUR
2016	34.428,04 EUR	3.305,54 EUR

En vigueur à partir du 1 janvier 2017.



Circulaire O.A. n° 2016/327 - 270/70, 273/70, 274/72, 276/121, 2790/70, 2791/70, 2792/69, 3910/1535 et 83/466 du 25 novembre 2016.

VII. Frais de transport en ambulance - Aide médicale urgente - Tarifs au 1^{er} janvier 2017 - SPF Santé Publique

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

montant forfaitaire jusqu'à 10 km	63,36 EUR
à partir du 11 ^{ème} km jusqu'à 20 ^{ème} km	6,33 EUR
à partir du 21 ^{ème} km	4,84 EUR
montant par paire d'électrodes (defibrilateur)	60,14 EUR



Circulaire O.A. n° 2016/382 - 3910/1558 du 22 décembre 2016.

VIII. Adaptation des indemnités à l'indice santé

1. Éléments de base

Adaptation des indemnités à l'indice santé (mesure conjoncturelle)

La moyenne des indices santé des mois de février, mars, avril et mai 2016 a atteint 101,02 points (base 2013). Conformément à l'article 237 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il y a lieu d'adapter les indemnités à l'indice santé. Le nouvel indice pivot correspond au coefficient d'augmentation $(1,02)^{15} = 1,3459$ par rapport à l'indice de base 103,14 (base 1996).

2. Date d'application

1^{er} juin 2016.



Circulaire O.A. n° 2016/134 - 482/129 du 2 juin 2016.

IX. Adaptation des indemnités à l'indice santé

1. Éléments de base

Adaptation des indemnités à l'indice santé (mesure conjoncturelle)

La moyenne des indices santé des mois de février, mars, avril et mai 2016 a atteint 101,02 points (base 2013). Conformément à l'article 237 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il y a lieu d'adapter les indemnités à l'indice santé. Le nouvel indice pivot correspond au coefficient d'augmentation $(1,02)^{15} = 1,3459$ par rapport à l'indice de base 103,14 (Base 1996).

2. Date d'application

1^{er} juin 2016.



Circulaire O.A. n° 2016/135 - 45/258 du 2 juin 2016.

X. Régime indépendant

Revalorisation du forfait “isolé” octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise suite à l’augmentation des montants de la pension minimum des indépendants

1. Éléments de base

a. Régime indépendant

REVALORISATION DU FORFAIT “ISOLÉ” OCTROYÉ AUX TITULAIRES EN INCAPACITÉ PRIMAIRE ET AUX INVALIDES N’AYANT PAS MIS FIN À LEUR ENTREPRISE SUITE À L’AUGMENTATION DES MONTANTS DE LA PENSION MINIMUM DES INDÉPENDANTS (MESURE CONJONCTURELLE)

Le forfait “isolé” octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise est augmenté au 1^{er} août 2016 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants de la pension minimum des indépendants.

Le montant sur base annuelle de la pension minimum des indépendants octroyé aux titulaires isolés passe de 9.934,31 EUR à 10.420,33 EUR au 1^{er} août 2016 (base 103,14) :

Adapté à l’indice pivot 101,02 (base 2013 = 100), le forfait “isolé” octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise s’élève au 1^{er} août 2016 à 44,9510 EUR, arrondi à 44,95 EUR.

2. Date d’application

1^{er} août 2016.

Le tableau D repris en annexe¹ remplace ceux repris dans les circulaires O.A. 2016/135 – 45/258 du 2 juin 2016 et 2016/134 – 482/129 du 2 juin 2016.



Circulaire O.A. n° 2016/193 - 45/259 et 482/130 du 25 juillet 2016.

1. Non publié ici.

XI. Dates de paiement des indemnités d'invalidité des travailleurs salariés ainsi que des indemnités d'incapacité primaire et d'invalidité des travailleurs indépendants - Année 2017

En vertu de l'article 20, § 2 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 et de l'article 34 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants, les indemnités d'invalidité des deux secteurs et les indemnités d'incapacité primaire des travailleurs indépendants sont payables au plus tôt l'antépénultième jour ouvrable du mois pour le mois en cours. Cependant, au mois de décembre il est d'usage d'avancer la date de paiement des indemnités avec l'accord du Comité de gestion du Service des indemnités.

Conformément à ces dispositions, le calendrier de la mise en paiement des indemnités précitées pour l'année 2017 a été fixé comme suit :

27 janvier 2017	27 juillet 2017
24 février 2017	29 août 2017
29 mars 2017	27 septembre 2017
26 avril 2017	27 octobre 2017
29 mai 2017	28 novembre 2017
28 juin 2017	19 décembre 2017

La date du 19 décembre 2017 a été décidée par le Comité de gestion du Service des indemnités lors de sa séance du 13 septembre 2016.



Circulaire O.A. n° 2016/337 - 499/69 du 9 décembre 2016.

XII. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)

1. Eléments de base

A partir du 1^{er} janvier 2017, les montants de référence du salaire journalier moyen requis pour obtenir la qualité de travailleur régulier doivent être réévalués.

Cette réévaluation s'opère en multipliant les montants repris dans la circulaire O.A. n° 2015/335 - 424/45 par 1,0200, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1^{er} janvier 2016 et celle au 1^{er} janvier 2015 (55,0693 EUR : 53,9895 EUR = 1,0200).

Le résultat de cette multiplication donne

59,0312 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus,
44,2599 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et
29,5155 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2017.



Circulaire O.A. n° 2016/338 - 424/46 du 9 décembre 2016.

XIII. Revalorisation des prestations au 1^{er} janvier 2017

Régime général & indépendant :

Adaptation des montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat

Régime indépendant :

Réforme du repos de maternité pour les travailleuses indépendantes et les conjointes aidantes

Base légale :

- Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (M.B. du 29.08.2005)
- Arrêté royal du 13 mai 2016 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 (M.B. du 23.05.2016).

1. Eléments de base

Régime général & indépendant

Adaptation des montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat

Les montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat sont adaptés à l'indice santé au 1^{er} janvier de chaque année sur base du dernier dépassement de l'indice pivot qui a eu lieu dans le courant de l'année qui a précédé.

Au 1^{er} janvier 2017, ces montants sont adaptés sur base de l'indice pivot 101,02 (coefficient d'augmentation 1,3459).

Régime des indépendants

Réforme du repos de maternité pour les travailleuses indépendantes et les conjointes aidantes

Pour les cas de repos de maternité débutant à partir du 1^{er} janvier 2017, la travailleuse indépendante aura la possibilité, durant la période facultative de son repos de maternité, d'exercer son activité professionnelle habituelle à mi-temps. Le montant forfaitaire de l'indemnité hebdomadaire sera réduit de moitié et s'élèvera à 229,15 EUR (coefficient d'augmentation 1,3459) pour chaque semaine de repos de maternité à mi-temps.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2017.



Circulaire O.A. n° 2016/389 - 45/260 et 482/131 du 23 décembre 2016.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
M. Jan Demey
Mme Nancy De Marneffe
Mme Christel Heymans
Mme Marie Lejeune
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Evy Kenzeler
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726