1e Partie
Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités

2e et 3e trimestre 2019

1. Lois

Moniteur belge	Date	Titre
01.04.2019 - Édition 2	01.04.2019	Loi portant des dispositions en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques ainsi que de frais d'administration, d'efficacité et de transparence des organismes assureurs

Résumé des modifications

Cette loi met en œuvre les différentes économies relatives aux médicaments décidées au cours du conclave budgétaire :

- accroissement de la baisse de prix après 15 ans de remboursement en fonction du chiffre d'affaires ("volumecliff")
- le système des prix plafonds est élargi aux médicaments qui ne sont disponibles qu'à l'hôpital (35*quater*/2)
- introduction des prescriptions des médicaments les moins chers dans les hôpitaux
- introduction du quota de prescriptions les moins chères en milieu hospitalier
- le niveau de facturation à l'hôpital est approfondi pour les médicaments pour lesquels une alternative au niveau ATC5 est disponible de 90 % vers 85 %
- la définition de la prescription bon marché est modifiée
- l'exception prévue pour la catégorie de médicaments F sur la mesure d'économie concernant les anciens médicaments est supprimée
- la cotisation compensatoire inscrite pour l'année 2019 s'élèvera à 105 millions d'EUR
- fixe les frais d'administration des organismes assureurs
- introduits des modifications concernant la transparence des contrats relatifs aux médicaments.

Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2019 – Édition 2	07.04.2019	Loi relative aux dispositions sociales de l'accord pour l'emploi

Résumé des modifications

La loi apporte notamment les modifications suivantes :

- reclassement professionnel des travailleurs dont le contrat de travail prend fin du fait que l'employeur invoque la "force majeure médicale" : l'employeur qui invoque la "force majeure médicale" en vue de mettre fin au contrat de travail, doit faire au travailleur, par écrit, une offre de reclassement professionnel d'une valeur de 1.800 EUR dans un délai de quinze jours après la fin de son contrat de travail. En cas de consentement du travailleur, le médecin-conseil est informé du début et du contenu de la procédure de reclassement professionnel dans les quinze jours suivant le début de la procédure de reclassement professionnel soit par le bureau de reclassement professionnel, avec l'accord du travailleur soit par le travailleur lui-même.

Le cas échéant, le travailleur examine la procédure de reclassement professionnel et ses résultats avec le médecin-conseil durant l'examen médico-social organisé dans le cadre du trajet de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle.

- droit aux indemnités d'incapacité de travail en cas de poursuite de l'activité en tant que travailleur salarié après avoir atteint l'âge légal de la pension. Les travailleurs salariés qui ont continué à travailler après l'âge de 65 ans, peuvent prétendre aux indemnités d'incapacité de travail durant les six premiers mois de l'incapacité primaire à condition qu'ils n'aient pas encore effectivement bénéficié de leur pension de retraite ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2019	07.04.2019	Loi instaurant un congé de paternité et de naissance en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Cette loi prévoit qu'une allocation de paternité ou de naissance est accordée à certains travailleurs indépendants qui interrompent temporairement leur activité professionnelle à l'occasion de la naissance d'un ou plusieurs enfant(s) (modification de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967).

La caisse d'assurances sociales du travailleur indépendant paie l'allocation de paternité ou de naissance.

Le montant de l'allocation de paternité ou de naissance est fixé en fonction d'une période d'interruption de maximum dix jours qui peuvent être fractionnés en demi-jours. Dans ce cas, la durée totale de l'interruption comprend au maximum vingt demi-jours. Pendant la période indemnisée, l'interruption doit être totale et se situer au cours de la période qui débute le jour de la naissance et prend fin le dernier jour du quatrième mois après le jour de la naissance.

Les bénéficiaires de l'allocation de paternité ou de naissance qui interrompent temporairement leur activité professionnelle pour une durée de huit jours au maximum peuvent, en outre, se voir octroyer quinze titres-services.

Le travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail qui n'exerce pas une activité avec l'autorisation du médecin-conseil, ne peut pas prétendre à l'allocation de paternité ou de naissance.

Toutefois, le travailleur indépendant en incapacité de travail qui a repris l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé, peut interrompre "l'activité autorisée" pour prendre le congé de paternité ou de naissance. Dans cette situation, l'allocation de paternité ou de naissance peut être cumulée avec l'indemnité d'incapacité de travail et ce, dans les limites fixées à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (poursuite de l'application de la règle de cumul "art. 28*bis*" - cf. aussi les principes applicables au travailleur salarié qui prend le congé de paternité ou de naissance dans le cadre de l'activité qu'il exerce avec l'autorisation du médecin-conseil).

Cette loi produit ses effets à partir du 1er mai 2019 et s'applique aux naissances qui ont lieu à partir de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2019	29.03.2019	Loi relative au remboursement des tests diagnostiques et génétiques en cas de mort subite d'un jeune sportif

Résumé des modifications

La loi insère un 22° à l'article 22 de la loi du 14 juillet 1994 qui précise que l'assurance maladie obligatoire prend intégralement en charge les coûts de l'autopsie, des examens diagnostiques supplémentaires et de l'analyse génétique qui ont lieu dans le cadre de l'application de la loi après le décès d'une personne âgée de moins de 35 ans à la suite de la pratique d'une activité sportive.

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2019	22.04.2019	Loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain

Résumé des modifications

La loi étend la gratuité des contraceptifs à toutes les femmes jusqu'à 25 ans et étend la gratuité de la pilule du lendemain à toutes les femmes, quel que soit leur âge.

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2019	08.05.2019	Loi modifiant la prise en charge des prestations de logopédie

Résumé des modifications

La loi supprime le critère de QI à l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire.

Moniteur belge	Date	Titre
24.06.2019	22.05.2019	Loi 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, en vue de supprimer la période de carence

Résumé des modifications

Cette loi introduit les modifications suivantes, à partir du 1er juillet 2019 (pour les incapacités de travail qui débutent à partir de cette date) :

- la suppression de la période d'incapacité primaire non indemnisable (délai de carence) si la durée de l'incapacité de travail dépasse 7 jours (ce délai de carence s'applique par contre si l'incapacité ne dépasse pas 7 jours)
- la réduction du délai pour déclarer l'incapacité de travail, à savoir un délai de 7 jours calendriers (et non plus de 14 jours calendriers) qui prend cours le premier jour qui suit le début de l'incapacité de travail
- la condition que la période d'incapacité de travail (reconnue par le médecin conseil) ne peut commencer, au plus tôt, qu'à la date de signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant.

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

Moniteur belge	Date	Titre
04.04.2019	23.03.2019	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne le renforcement du congé d'adoption et l'instauration du congé parental d'accueil, 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

La loi du 6 septembre 2018 modifiant la réglementation en vue de renforcer le congé d'adoption et d'instaurer le congé parental d'accueil – telle que modifiée, avant son entrée en vigueur, par la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière sociale (publiée au M.B. du 17.01.2019) – prévoit que des allocations de congé parental d'accueil soient accordées en faveur des travailleurs salariés qui accueillent un enfant mineur dans leur famille à l'occasion d'un placement de longue durée (insertion d'un nouvel article 30*sexies* dans la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).

À l'instar du congé d'adoption, le travailleur conserve sa rémunération durant les 3 premiers jours du congé parental d'accueil. Les jours restants sont couverts par une indemnité à charge de la mutuelle, correspondant à 82 % de la rémunération perdue plafonnée. Ils sont assimilés à des jours de travail. L'indemnité est octroyée dans les mêmes conditions que l'indemnité de maternité.

Dans le cas d'une adoption internationale, le congé d'adoption peut débuter dès le lendemain de l'approbation, par l'autorité compétente, de la décision d'attribution de l'enfant. Le congé d'adoption peut de cette manière être utilisé pour aller chercher l'enfant à l'étranger. Il prévoit l'octroi de cette indemnité lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire belge.

Ces modalités s'appliquent rétroactivement au 1er janvier 2019, mais uniquement aux demandes de congé d'adoption ou de congé parental d'accueil introduites auprès de l'employeur à partir du 1er janvier 2019, et pour autant que le congé d'adoption ou le congé parental d'accueil concerné ne débute, au plus tôt, à partir du 1er janvier 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
09.04.2019	27.02.2019	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 insère la section V "Conservation des données par les organismes assureurs" au chapitre II du titre V.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2019	02.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 237*quinquies* 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

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales, cet arrêté royal prévoit une revalorisation de la prime de rattrapage annuelle dans le régime des travailleurs salariés de la manière suivante :

- revalorisation de la prime de rattrapage après 1 an d'incapacité de travail

La prime de rattrapage des travailleurs salariés qui ont au moins 1 an d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier, est augmentée en fonction de la situation familiale (avec ou sans charge de famille). Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.

L'augmentation étalée sur 2 ans (2019-2020), est de :

- 100 EUR (= 50 EUR + 50 EUR) pour les titulaires avec charge de famille
- 40 EUR (= 20 EUR + 20 EUR) pour les titulaires sans charge de famille.

- revalorisation de la prime de rattrapage après au moins 2 ans d'incapacité de travail

La prime de rattrapage des travailleurs salariés qui ont au moins 2 ans d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier, est augmentée en fonction de la situation familiale (avec ou sans charge de famille). Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.

L'augmentation étalée sur 2 ans (2019-2020), est de :

- 105 EUR (= 50 EUR + 55 EUR) pour les titulaires avec charge de famille
- 80 EUR (= 40 EUR + 40 EUR) pour les titulaires sans charge de famille.

Moniteur belge	Date	Titre
29.05.2019	17.05.2019	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 la liaison au bien-être des prestations sociales, cet arrêté royal prévoit les mesures suivantes dans le régime des travailleurs salariés :

- l'augmentation du plafond AMI de 1,1 % (à partir du 01.01.2020)
- l'augmentation de l'indemnité minimale "travailleur régulier" pour les titulaires cohabitants de 2,4112 % (à partir du 01.07.2019)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 5 % (à partir du 01.08.2019)

- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité (minima exclus) des titulaires dont la date de début de l'incapacité se situe au plus tard le 31 décembre 2009 : + 0,7 % à partir du 1er août 2019 et + 0,0993 % à partir du 1er janvier 2020
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2014 – durée d'incapacité de cinq ans (à partir du 01.09.2019)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2015 – durée d'incapacité de cinq ans (à partir du 01.01.2020)
- la suppression de la mesure récurrente qui prévoit que chaque titulaire dont la durée d'incapacité atteint six ans reçoit une augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (pour la dernière fois, cette mesure est appliquée à partir du 01.09.2019 aux titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 01.01.2013 et le 31.12.2013).

Moniteur belge	Date	Titre
29.05.2019	17.05.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 février 2009 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 exécute la décision dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2019-2020) qui prévoit la reconduction en 2019 et 2020 de la suspension de la mesure de revalorisation de 2 % du montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire, dont l'incapacité de travail atteint la durée de 15 ans au plus tard le 31 août de l'année en question (régime des travailleurs salariés).

3. Arrêtés royaux modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2019	23.03.2019	Arrêté royal portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal ajoute, entre autres, l'indication "épidermolyse bulleuse jonctionnelle et dystrophique" aux modalités de remboursement des pansements actifs dans le cadre des plaies chroniques. Les patients qui souffrent de cette affection entrent donc en ligne de compte pour une intervention dans les coûts générés par les traitements à base de pansements actifs.

Moniteur belge	Date	Titre
26.04.2019	07.04.2019	Arrêté royal portant exécution de l'article 35*septies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Les distributeurs de dispositifs médicaux devaient s'enregistrer auprès de l'AFMPS. Parallèlement, ils notifiaient à l'INAMI les implants et certains dispositifs médicaux invasifs qu'ils distribuent. En vue d'une simplification administrative pour les entreprises, ces systèmes sont désormais rassemblés au sein d'une seule autorité publique. À partir du 3 juin 2019, la notification de ces dispositifs se fera dans la banque de données via une nouvelle application en ligne de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2019	17.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 37*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le 7° de l'article 37*bis*, § 1er, E, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par les mots "et 33*ter*".

Moniteur belge	Date	Titre
24.09.2019	29.08.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 3 : les numéros d'ordre "458990-459001" sont insérés entre les numéros d'ordre "458894 - 458905" et les numéros d'ordre "459550 - 459561".

4. Arrêtés royaux du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
16.04.2019	29.03.2019	Arrêté royal modifiant les articles 18, § 2, B., e), et 24, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 18, § 2, B., e), dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang :

  => le libellé de la prestation 433112-433123 est complété par les mots "(Règle diagnostique 154)"

  => le libellé de la prestation 433134-433145 est complété par les mots "(Règle diagnostique 154)".

- à l'article 24, § 1er :

  => dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang
  a) le libellé de la prestation 541391-541402 est complété par les mots "(Règle diagnostique 154)" ;
  b) le libellé de la prestation 541494-541505 est complété par les mots "(Règle diagnostique 154)" ;
  => dans la rubrique "Règles diagnostiques", la règle diagnostique suivante est insérée : "154 Une seule des prestations 433112-433123, 433134-433145, 541494-541505 et 541391-541402 peut être portée en compte une fois par année civile.".

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2019	17.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 33*bis* de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les prestations d'examens génétiques

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 33*bis* :

- au § 1er, A :
  => la prestation 587915-587926 est insérée après la prestation 588512-588523
  => à la prestation 588534-588545

  a) dans le libellé, les mots "à l'exception d'une mutation ponctuelle" sont insérés entre les mots "génétiques acquises" et "au moyen" ;

  b) les mots "(Règle diagnostique 1, 8)" sont remplacés par les mots "(Règle de cumul 5) (Règle diagnostique 1, 13)" ;

  => les prestations 589713-589724, 588556-588560, 589831-589842 et 588593-588604 sont abrogées.
- au § 5, un 1°*bis* rédigé comme suit est inséré après le 1° : "1*bis*° Les prestations de l'article 33*bis* ne peuvent pas être portées en compte pour le dépistage des marqueurs biologiques moléculaires figurant dans le point C du chapitre VIII de l'annexe I à l'arrêté royal du 21 décembre 2001."
- dans la rubrique "Règles de cumul"
  => la règle 1 est abrogée
  => la rubrique est complétée par ce qui suit : "5. Les prestations 587915-587926 et 588534-588545 ne peuvent pas être cumulées pour le même gène."
- dans la rubrique "Règles diagnostiques" :
  => dans la règle 1, les numéros d'ordre "587915-587926" sont insérés entre les numéros d'ordre "588512-588523" et "588534-588545" et les numéros d'ordre "589831-589842" et "588556-588560" sont abrogés
  => dans la règle 5, les numéros d'ordre "587893-587904" sont abrogés
  => dans la règle 8, les numéros d'ordre "588534-588545" sont abrogés
  => dans la règle 9, les numéros d'ordre "588593-588604" sont abrogés
  => la règle 13 est remplacée par ce qui suit : "13. Les prestations 588534-588545 et 587915-587926 ne peuvent être portées en compte qu'une fois maximum par phase d'investigation diagnostique."
  => les règles 14, 21 et 22 sont abrogées.

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2019	17.05.2019	Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les prestations d'examens génétiques

Résumé des modifications

Cet arrêté royal insère un article 33*ter* dans l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2019	08.05.2019	Arrêté royal modifiant 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

Résumé des modifications

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, les mots "et l'aide opératoire" sont à chaque fois abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2019	17.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 14, 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 14, 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, le libellé de la prestation 432751-432762 est complété par les mots ", y compris l'éventuelle cystoscopie".

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2019	22.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1er, I, 2°, 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, h), § 1er, I, 2°, 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, les alinéas qui suivent la prestation 245733-245744 sont remplacés par ce qui suit :
"Le remboursement de cette prestation n'est accordé qu'après l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, préalablement à l'intervention.
Cette demande de remboursement comprend :
1) le résultat de la mesure de la périmétrie cinétique avec le périmètre de Goldmann (ou équivalent) avec stimulus V4, avec un graphique qui démontre une limitation dans la partie supérieure du champ de vision jusqu'à l'isoptère de 30° ou moins et ce sur un arc de 30° minimum ;
2) trois photos à hauteur des yeux en vue de face et en profil trois quarts gauche et droit avec le regard droit devant.
Les photos sont imprimées. Elles doivent démontrer que le pli cutané de la paupière repose sur les cils au niveau du centre de la paupière.
Le médecin-conseil notifie sa décision dans les six semaines suivant la réception de la demande de remboursement avec les annexes. Pendant ce délai, le médecin-conseil peut, si besoin, réaliser un examen clinique.".

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2019	22.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 14, m), 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, m), 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, sont apportées les modifications suivantes :

- la quatrième règle d'application qui suit la prestation 318253-318264 est remplacée par ce qui suit : "Le Collège des médecins-directeurs peut accorder un complément d'intervention pour les frais supplémentaires éventuels relatifs au transport de l'organe prélevé à l'étranger vers le centre de transplantation et de l'équipe médicale qui prélève l'organe du donneur dans un établissement de soins étranger."

- dans la cinquième règle d'application qui suit la prestation 318253-318264, les mots "et une copie de l'inscription à l'organisme d'allocation d'organes de donneurs", sont insérés entre les mots "par un rapport médical circonstancié" et les mots "et comprenant les états de frais détaillés.".

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2019	03.02.2019	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7 :

- dans l'ensemble de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, dans la version en néerlandais, les mots "geneesheer" et "geneesheren" sont remplacés par les mots "arts" en "artsen"
- le § 6 est remplacé
- le § 11, 4e alinéa est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2019	26.06.2019	Arrêté royal modifiant l'article 17*quater*, § 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

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 17*quater*, § 3, : les 6° et 14° sont complétés par les numéros d'ordre "469954-469965".

Moniteur belge	Date	Titre
16.09.2019	29.08.2019	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 8, § 12, 2° : un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 2 et 3 :

"En cas de fusion de différentes équipes structurelles, une nouvelle période de 6 mois, comme décrite à l'alinéa précédent, n'est pas requise dans le chef de la nouvelle équipe structurelle lorsqu'il est déjà satisfait à cette condition dans le chef de chacune des équipes structurelles qui fusionnent."

Moniteur belge	Date	Titre
24.09.2019	29.08.2019	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1er et § 12, et 26, § 9, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 17 :

- au §1er :
  => le 11° est complété par la prestation "458990-459001 et les règles d'applications
  => au 12°, dans la 1re règle d'application qui suit la prestation 461016, le numéro d'ordre "458990" est inséré après le numéro d'ordre "453972"
- au § 12, alinéa 1er :
  => au 3°, l'alinéa 1er est complété avec les mots "à l'exception de la prestation 458990-459001"

  => au 5°, l'alinéa 2 est complété avec les mots ", à l'exception de la prestation 458990-459001.".

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 26, § 9 :

- l'alinéa 1er est complété avec les numéros d'ordre "458990-459001"
- l'alinéa 2 est complété avec les mots ", à l'exception de la prestation 458990-459001.".

Moniteur belge	Date	Titre
24.09.2019	29.08.2019	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

L'arrêté royal insère entre les prestations 242056-242060 et 242071-242082, la prestation suivante "242911-242922 Ablation d'un séquestre pancréatique.....N 400".

5. Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2019	26.04.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie la règlementation de l'assurance indemnités pour les travailleurs indépendants en ce sens que les travailleurs indépendants qui ont continué à travailler après l'âge légal de la pension (actuellement 65 ans) peuvent prétendre aux indemnités d'incapacité de travail durant les six premiers mois de l'incapacité primaire à condition qu'ils n'aient pas encore effectivement bénéficié de leur pension de retraite ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension (modification de l'art. 3, 1°, a) et de l'art. 26 de l'A.R. du 20.07.1971 précité).

Cette mesure entre en vigueur le 1er juin 2019 et s'applique aux incapacités de travail qui débutent à partir de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2019 – Édition 1	02.05.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit une augmentation du montant des prestations suivantes dans le régime des travailleurs indépendants :

- l'augmentation de la prime de rattrapage (payée avec les indemnités du mois de mai) des travailleurs indépendants qui ont au moins 1 an d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier (+ 8,25 EUR en 2019 et + 46,55 EUR en 2020)
- l'augmentation des forfaits en incapacité primaire et en invalidité (sans cessation de l'entreprise) pour les titulaires cohabitants de 2,4112 % (à partir du 01.07.2019)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 5 % (à partir du 01.08.2019)
- l'augmentation du forfait pour chaque semaine du repos de maternité de 1 % (à partir du 01.07.2019).

6. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
04.04.2019	23.03.2019	Arrêté royal instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Cet arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants détermine les modalités d'octroi de cette allocation de congé parental d'accueil. Il produit ses effets le 1er janvier 2019 et ne s'applique qu'aux demandes de congé parental d'accueil introduites auprès des organismes assureurs à partir de cette date et pour autant que le congé parental d'accueil concerné ne débute, au plus tôt, qu'à partir de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
10.04.2019	17.01.2019	Arrêté royal portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées au Règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance soins de santé du 12 septembre 2011 :

- un article 6*bis* est ajouté
- un paragraphe 3 est ajouté à l'article 7
- un article 11 est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2019	23.03.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le troisième alinéa de l'article 2 est remplacé comme suit : "Si le contraceptif concerné est un dispositif intra-utérin hormonal ou au cuivre, un implant ou un bâtonnet hormonal, qui est délivré à des jeunes femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans, l'intervention spécifique décrite dans le présent arrêté est également applicable lorsque les prestations sont exécutées par un pharmacien hospitalier. Ces contraceptifs sont désignés par la lettre "I" dans la liste."
- à l'article 3 sont apportées les modifications suivantes :

  => au 1er alinéa, les mots "le cas échéant la lettre "I"," sont insérés entre les mots "le demandeur," et les mots "le prix public appliqué"

  => au 2e alinéa, les mots "et au 3e alinéa" sont insérés entre les mots "décrites au 2e alinéa" et les mots "de l'article 2 du présent arrêté royal".

- à l'article 4 sont apportées les modifications suivantes :
  => au 1er alinéa, les mots ", sur proposition ou non du Groupe de travail "Financement de la contraception pour les jeunes" institué au sein du Comité de l'assurance pour l'évaluation permanente des mesures prévues dans le présent arrêté" sont abrogés

  => au 3e alinéa, les mots "qui émane du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament ou du fabricant du dispositif médical" sont insérés entre les mots "sur la liste" et les mots "est uniquement recevable"

  => dans la disposition sous le 3e alinéa, 3°, les mots "21 décembre 2001" sont remplacés par les mots "1er février 2018"

  => au 4e alinéa, les mots "par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament ou le fabricant du dispositif médical" sont insérés entre les mots "sans délai" et les mots "au Service".

- à l'article 7, 3e alinéa, les mots "et au 3e alinéa" sont insérés entre les mots "décrites au 2e alinéa" et les mots "de l'article 2 du présent arrêté royal"

- l'article 9 du même arrêté est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2019	23.03.2019	Arrêté royal modifiant les annexes I et II de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications :
- à l'annexe I, première partie
- à l'annexe I, deuxième partie, chapitre IV
- à l'annexe II, chapitre IV, § 9 a) et b) et § 19
- à l'annexe II, chapitre VI.

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2019	29.03.2019	Arrêté royal déterminant les conditions d'octroi et les modalités de mise en œuvre d'un régime d'aide financé à partir des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques, prévu par l'article 191*quinquies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cet arrêté royal précise les modalités de mise en œuvre de l'article 191*quinquies* de la loi du 14 juillet 1994 qui prévoit que les entreprises pharmaceutiques qui en font la demande bénéficieront d'une aide si elles démontrent que celle-ci les conduira à augmenter leurs investissements en matière de recherche, de développement et d'innovation en Belgique dans le secteur des médicaments à usage humain.

Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2019 – Édition 2	07.04.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde

Résumé des modifications

L'article 4 est complété comme suit : "E. L'indemnité prévue pour l'utilisation de la pompe reste toujours due au bénéficiaire même si le bénéficiaire pour qui un programme d'alimentation entérale par sonde à domicile a déjà été entamé, devait être temporairement hospitalisé pour une durée inférieure ou égale à 30 jours consécutifs."

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2019	16.09.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le paragraphe 1er de l'article 125 par ce qui suit :
"Les prescriptions de médicaments ne peuvent plus être exécutées pour le compte des organismes assureurs après la période telle que prévue à l'article 2/3 de l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant des modalités de la prescription à usage humain.
Lorsque le prescripteur détermine, en vertu de l'alinéa 2 de l'article 2/3 du même arrêté, une période plus longue, le pharmacien qui exécute plusieurs prescriptions durant un même mois de tarification, ne délivre pas plus de conditionnements (ou d'unités) que nécessaire pour 6 mois de traitement durant ce même mois de tarification."

Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2019	14.05.2019	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications aux articles suivants :

- à l'article 3, § 3 ; à l'article 8 ; à l'article 9 ; à l'article 10 ; à l'article 22/1, § 1er ; à l'article 29/1, § 1er ; à l'article 50 ; à l'article 55 ; à l'article 59, alinéa 8 ; à l'article 61 ; à l'article 68/1, § 1er ; à l'article 69, alinéa 1er; à l'article 77, § 3 ; à l'article 80 ; à l'article 81, § 2 ; à l'article 82, § 2 et § 3 ; à l'article 83 ; à l'article 84, alinéa 1er ; à l'article 85, § 1er ; à l'article 90, alinéa 3 ; à l'article 91, alinéa 1er ; à l'article 118 ; à l'article 126 et à l'article 131, alinéa 1er.

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2019	17.05.2019	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications :

- à l'article 1er, 11° ; à l'article 61, § 1er ; à l'article 80, § 5 ; à l'article 102, § 3, 3° ; à l'article 103 et à l'article 120, § 1er, alinéa 3
- insère un chapitre VIII dans la première annexe
- remplace les modèles d'autorisations a', b, d, e dans la troisième annexe.

Moniteur belge	Date	Titre
13.05.2019	02.05.2019	Arrêté royal relatif à l'intégration dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des personnes qui peuvent recourir à l'assurance différée des soins de santé de la Sécurité sociale d'outre-mer

Résumé des modifications

L'arrêté royal met en œuvre l'intégration, dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, des personnes qui bénéficient de l'assurance différée des soins de santé conformément à la sécurité sociale d'outre-mer et qui résident dans l'Espace économique européen ou en Suisse. Afin de garantir le droit à l'assurance différée des soins de santé pour ces personnes à compter du 1er janvier 2019, un certain nombre d'adaptations réglementaires étaient nécessaires, non seulement en termes de règles d'assurabilité mais aussi pour l'octroi du droit à l'intervention majorée.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2019	05.05.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- insère une disposition au § 160100 et au § 160200 du chapitre 1 de la partie I, a) de l'annexe
- remplace l'intitulé du § 220300 du chapitre 1
- remplace l'alinéa 2 du paragraphe § 220300 du chapitre 1
- insère un paragraphe § 250000 au chapitre 1.

Moniteur belge	Date	Titre
16.05.2019	23.03.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- supprime une disposition au § 70000 du chapitre 1 de la partie I, a) de l'annexe
- insère des dispositions aux §§ 160100 et 160200 du chapitre 1
- insère une disposition au § 250000 du chapitre 1.

Moniteur belge	Date	Titre
27.05.2019 – Édition 1	05.05.2019	Arrêté royal sur l'utilisation obligatoire de la prescription électronique de médicament pour des patients ambulants

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine la date d'utilisation obligatoire de la prescription électronique de médicament. Elle est fixée au 1er janvier 2020.

Par dérogation, la prescription de médicament sous forme papier peut être utilisée :

- lorsqu'elle est rédigée en dehors du cabinet du prescripteur
- ou en cas de force majeure rendant impossible l'utilisation de la prescription électronique.

Moniteur belge	Date	Titre
20.05.2019	14.05.2019	Arrêté royal portant exécution de l'article 156*bis*, alinéa 1er, première phrase, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, en ce qui concerne les modalités selon lesquelles les organismes assureurs sont tenus de transmettre à la cellule technique les informations nécessaires au couplage des données qui sont indispensables pour l'élaboration de nouvelles règles de financement et leur contrôle dans le cadre d'une politique de santé efficiente

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les informations à transmettre et les modalités de transmission.
Pour toutes les prestations ambulatoires comptabilisées au premier semestre 2017 et les semestres suivants dans les cadres statistiques transmis à l'INAMI, les organismes assureurs communiquent à la cellule technique les informations suivantes :

- l'identification de l'organisme assureur
- l'année et le semestre de comptabilisation
- le numéro de série externe
- la date de prestation
- le numéro du bénéficiaire.

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2019	22.05.2019	Arrêté royal modifiant l'article 4 de l'arrêté royal du 19 novembre 1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2019-2020), le montant de base de la pension d'invalidité en faveur des ouvriers mineurs est augmenté de 2,4112 % par cet arrêté royal à partir du 1er juillet 2019.

Cet arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 4, § 1er, alinéa 1er :

- au 1°, le nombre "12.276,79" est remplacé par le nombre "12.572,81"
- au 2°, le nombre "14.342,76" est remplacé par le nombre "14.688,59"
- au 3°, le nombre "9.824,36" est remplacé par le nombre "10.061,24"
- au 4°, le nombre "11.271,12" est remplacé par le nombre "11.542,89".

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2019	26.05.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2019-2020), le montant de base de l'allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants est augmenté de 1 % par cet arrêté royal à partir du 1er juillet 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2019	26.05.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2019-2020), le montant de base de l'allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants est augmenté de 1 % par cet arrêté royal à partir du 1er juillet 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
11.06.2019 – Édition 2	17.05.2019	Arrêté royal portant adaptation au bien-être de certaines prestations dans le régime des travailleurs salariés

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2019-2020), cet arrêté royal augmente la pension minimum garantie de retraite sur base d'une carrière complète de 1 % à partir du 1er juillet 2019 :

- vu le lien existant entre, d'une part, les minima "travailleur régulier" pour un titulaire avec charge de famille et un titulaire isolé (régime des travailleurs salariés) et, d'autre part, la pension minimum garantie de retraite sur base d'une carrière complète applicable (évaluée en jours ouvrables), les minima "travailleur régulier" pour un titulaire avec charge de famille et un titulaire isolé augmentent aussi de 1 % à partir du 1er juillet 2019
- vu le lien existant entre, d'une part, les indemnités d'invalidité avec cessation d'entreprise pour un titulaire avec charge de famille et un titulaire isolé (régime des travailleurs indépendants) et, d'autre part, le minimum "travailleur régulier" applicable (régime des travailleurs salariés), les indemnités d'invalidité avec cessation d'entreprise pour un titulaire avec charge de famille et un titulaire isolé augmentent aussi de 1 % à partir du 1er juillet 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
14.06.2019	17.05.2019	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- permet aux associations scientifiques ou professionnelles d'introduire des dossiers "liste"
- simplifie les procédures pour de petites adaptations liées aux listes nominatives
- introduit une procédure en matière de suspension temporaire et de levée de suspension de produits repris sur une liste nominative
- introduit un délai pour la recevabilité (45 jours) des dossiers relatifs aux dispositifs médicaux invasifs
- définit les formulaires de demande comme étant des annexes au Règlement des soins de santé (28.07.2003).

Moniteur belge	Date	Titre
14.06.2019	26.05.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 septembre 2004 visant l'augmentation des montants du revenu d'intégration

Résumé des modifications

Vu le lien existant entre, d'une part, les minima travailleur non régulier et, d'autre part, le revenu d'intégration applicable (évalué en jours ouvrables), les augmentations suivantes de l'indemnité minimale pour les travailleurs non réguliers sont d'application :

- à partir du 1er juillet 2019 : l'indemnité minimale pour les travailleurs non réguliers sans charge de famille est augmentée de 2 % puisque son montant est lié au montant du revenu minimum d'intégration applicable (montant pour une personne isolée - catégorie 2), lequel augmente à cette même date du même pourcentage
- à partir du 1er janvier 2020 : l'indemnité minimale pour les travailleurs non réguliers est augmentée suite aux revalorisations effectuées à cette même date sur les montants du revenu minimum d'intégration applicables aux personnes avec charge de famille (catégorie 3) et aux personnes isolées (catégorie 2). Les minima pour les titulaires avec charge de famille et sans charge de famille sont respectivement revalorisés de 1,25 % et 1,225 %.

Moniteur belge	Date	Titre
17.06.2019	11.06.2019	Arrêté royal fixant le mode de répartition des frais d'administration entre les unions nationales

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 21 novembre 2018 fait l'objet d'un recours en annulation introduit par une union nationale.

Cet arrêté royal vise à assurer la sécurité juridique et à confirmer le choix qui a été posé par l'arrêté royal du 21 novembre 2018.

Compte tenu de la période d'affaires courantes, le choix est fait de remplacer le texte actuellement en vigueur par un même régime, applicable à partir du 1er juillet 2019. Ainsi, ce régime se substitue au régime déjà mis en place par l'arrêté royal du 21 novembre 2018 et, dès lors, à celui qui existait sous l'empire de l'arrêté royal du 4 février 2002 fixant le mode de répartition des frais d'administration entre les unions nationales, abrogé formellement par l'arrêté royal du 21 novembre 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
17.06.2019	26.05.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des sages-femmes

Résumé des modifications

Le montant annuel de l'intervention se compose de deux parties pour chaque organisation professionnelle représentative :

- un montant de base par organisation professionnelle représentative qui est fixé, pour l'année 2019, à 63.817,93 EUR par organisation professionnelle représentative
- un montant complémentaire calculé selon la formule déterminée dans l'arrêté royal.

Ce montant est financé à charge des frais d'administration de l'Institut.

Pour l'année 2020, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1er mars de l'année concernée.

L'intervention ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
21.06.2019	06.06.2019	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire

Résumé des modifications

L'arrêté royal ajoute des sondes à l'annexe I, 1re partie, a) et 2e partie, de l'arrêté royal du 18 avril 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
25.06.2019	06.06.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes

Résumé des modifications

Le montant annuel de l'intervention se compose de deux parties pour chaque organisation professionnelle représentative :

- un montant de base par organisation professionnelle représentative qui est fixé, pour l'année 2019, à 95.727,83 EUR par organisation professionnelle représentative
- un montant complémentaire calculé selon la formule déterminée dans l'arrêté royal.

Le montant annuel est financé à charge des frais d'administration de l'Institut.

Pour l'année 2020, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1er mars de l'année concernée.

L'intervention ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2019	03.02.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 7 :
  => le § 1 est remplacé
  => le § 3, alinéa 1er est remplacé
  => l'alinéa 1er du § 4 est abrogé.
- dans l'article 7*octies*, § 1, alinéa 1er, la disposition reprise au 3° est abrogée
- l'article 7*novies* est abrogé
- une annexe 2 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2019	11.06.2019	Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne" en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions et harmonisant certaines dispositions légales

Résumé des modifications

Sur base de cette modification réglementaire, le solde du budget mobilité qui est versé, une fois par an, en espèces, visé à l'article 8, § 3, alinéa 2, de la loi du 17 mars 2019 concernant l'instauration d'un budget mobilité, est considéré comme faisant partie de la rémunération journalière moyenne à prendre en considération pour calculer les prestations du secteur des indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2019 – Édition 2	08.07.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Moniteur belge	Date	Titre
11.09.2019	17.08.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Moniteur belge	Date	Titre
07.08.2019	12.07.2019	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2019

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 17,980000 millions d'EUR en 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
20.08.2019	12.07.2018	Arrêté royal portant approbation de la première adaptation du cinquième contrat d'administration entre l'État belge et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Le cinquième contrat d'administration entre L'INAMI et l'État belge a été prolongé par l'arrêté royal du 12 juillet 2019 par un avenant pour la période 2019-2020. En tant qu'Institution publique de sécurité sociale, l'INAMI assure ainsi la continuité de ses missions et de ses activités publiques.

Cet avenant pose un nouveau jalon important : l'ajout d'un plan commun, un ensemble d'initiatives et de synergies de collaborations prioritaires que l'INAMI veut mener ensemble avec ses partenaires, le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS) dans le cadre du Redesign et le futur co-housing de ces administrations de soins de santé.

Moniteur belge	Date	Titre
03.09.2019	17.08.2019	Arrêté royal du 17 août 2019 fixant les conditions et dispositions en vertu desquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art infirmier pour l'usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions et les modalités d'octroi de l'intervention financière. L'intervention annuelle pour la prime s'élève à 800 EUR.

7. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
04.04.2019	02.04.2019	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2019 – Édition 2	11.04.2019	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2019	15.05.2019	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2019 – Édition 1	09.05.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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
24.05.2019 – Édition 1	15.05.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
29.05.2019	16.05.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au § 6730000 du chapitre IV de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.06.2019 – Édition 2	13.06.2019	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, à l'annexe II et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
28.06.2019	13.06.2019	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
03.04.2019	01.03.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- l'intitulé "L.3.5. Système de plaque à compression dynamique" est complété par la prestation 180552-180563 et ses modalités de remboursement
- ajoute une nouvelle liste nominative 37001 associée à la prestation 180552-180563.

Moniteur belge	Date	Titre
09.05.2019 – Édition 1	23.04.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
14.06.2019	23.04.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives, jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. – Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la liste, jointe comme annexe 1 :

- à l'intitulé "F.1.4.1 Intervention coronaire percutanée sans placement de stent", les modifications suivantes sont apportées :
  => le libellé de la prestation 158970-158981 est remplacé
  => le libellé de la prestation 170656-170660 est remplacé.

- à l'intitulé "F.1.4.2 Intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs tuteur(s)", les modifications suivantes sont apportées :

  => le libellé de la prestation 158992-159003 et ses modalités de remboursement sont remplacés

  => le libellé de la prestation 159014-159025 et ses modalités de remboursement sont remplacés

  => le libellé de la prestation 159036-159040 et ses modalités de remboursement sont remplacés.

- la condition de remboursement F- § 05 est remplacée.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 :

- la liste nominative 32401 n'est plus associée aux prestations 159014-159025 et 159036-159040

- dans le libellé de la prestation 158992 - 159003, les mots "à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature" sont supprimés

- dans le libellé de la prestation 159014-159025, les mots ", à l'occasion de la prestation 589013-589024 de la nomenclature pour les indications prévues à la condition de remboursement F- § 05" sont supprimés

- dans le libellé de la prestation 159036-159040, les mots "soit lors des prestations 589013-589024 et 589035-589046 de la nomenclature, soit lors de deux prestations 589013-589024 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation" sont supprimés

- dans le libellé de la prestation 170656 - 170660, les mots ", à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature" sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
09.05.2019 – Édition 1	23.04.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L’arrêté ministériel apporte des modifications à la condition de remboursement F- § 05.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2019 - Édition 2	10.07.2019	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l’annexe I et à l’annexe II.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2019	19.08.2019	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 1er février 2018 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l’annexe I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2019	10.09.2019	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 1er février 2018 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
21.10.2019	10.09.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 1er février 2018 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. - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l’annexe I et à l’annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2019	10.09.2019	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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
21.10.2019	10.09.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 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. - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2019 – Édition 2	08.07.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie"de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, le "C.1.1 Implant cochléaire" et la condition de remboursement C- § 01 sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2019 – Édition 1	27.08.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste et les listes nominatives, jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apportent des modifications au chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 et ajoute de nouvelles listes nominatives pour le matériel d'embolisation associées aux prestations 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263 et 174274-174285 aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2019 – Édition 1	05.09.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte à la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, les modifications suivantes dans le texte en néerlandais :

- le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts"
- le mot "geneesheren" est chaque fois remplacé par le mot "artsen"
- le mot "geneesheer-directeur" est chaque fois remplacé par le mot "arts-directeur"
- le mot "geneesheren-directeurs" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-directeurs"
- le mot "geneesheerdirecteur" est chaque fois remplacé par le mot "arts-directeur"
- le mot "geneesherendirecteurs" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-directeurs"
- le mot "adviserend-geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "adviserend-arts"
- le mot "adviserend-geneesheren" est chaque fois remplacé par le mot "adviserend-artsen"
- le mot "adviserend geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "adviserend-arts"
- le mot "adviserend geneesheren" est chaque fois remplacé par le mot "adviserend-artsen"
- le mot "geneesheer-specialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist"
- le mot "geneesheren-specialisten" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-specialisten"
- le mot "geneesheerspecialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist".

8. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2019	28.11.2018	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1er, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Ce règlement précise :

- la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité pour le congé parental d'accueil
- les formalités à accomplir en vue de l'obtention de l'indemnité pour le congé d'adoption (renforcé) et l'indemnité pour le congé parental d'accueil.

Moniteur belge	Date	Titre
03.05.2019	24.04.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1er, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Ce règlement modifie l'article 52*sexies* du règlement des indemnités du 16 avril 1997 en vue d'adapter les formalités administratives à remplir dans le cadre de la demande d'indemnisation du congé d'adoption (documents de preuve).

Moniteur belge	Date	Titre
09.05.2019 – Édition 2	10.09.2018	Règlement modifiant 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

Résumé des modifications

À l'annexe VI du règlement du 16 juin 2014, le formulaire F-Form-I-03 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est modifié et le formulaire F-Form-I-14 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au même chapitre, est ajouté.

À l'annexe VII du même règlement, le formulaire F-Form-II-02 concernant le numéro d'ordre, auquel il est fait référence au chapitre "F Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2019	29.04.2019	Règlement modifiant le règlement du 19 décembre 2016 relatif à la prescription électronique

Résumé des modifications

L'article 1er, alinéa 1er, du règlement du 19 décembre 2016 relatif à la prescription électronique est complété par ce qui suit : "et d'autres produits pharmaceutiques, à l'exclusion des prestations visées aux articles 27 et 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."

Moniteur belge	Date	Titre
28.05.2019 – Édition 2	13.05.2019	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 38 du règlement du 28 juillet 2003.

Moniteur belge	Date	Titre
05.07.2019	17.06.2018	Règlement modifiant 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

Résumé des modifications

Le règlement du 16 juin 2014 est complété par un article 9, rédigé comme suit : "Art. 9. Les modèles de formulaires de demande modifiant une liste nominative comme mentionné dans l'article 1, 13° de l'arrêté royal du 17 mai 2019 modifiant l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs sont repris dans les formulaires T-Temp-II-01, T-Temp-II-02 et T-Temp-II-03 en annexe XIII du règlement actuel."

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2019	17.06.2019	Règlement modifiant 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

Résumé des modifications

Le règlement du 16 juin 2014 est complété par un article 8, rédigé comme suit : "Art. 8. Les modèles de formulaires de demande modifiant la liste comme mentionnés dans l'article 1, 13° et 13° /1 de l'arrêté royal du 17 mai 2019 modifiant l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs sont repris dans les formulaires T-Temp-I-01, T-Temp-I-02, T-Temp-I-03, T-Temp-I-04 et T-Temp-I-05 en annexe XII du règlement actuel."

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2019 – Édition 2	29.04.2018	Règlement modifiant 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

Résumé des modifications

À l'annexe III du règlement du 16 juin 2014, concernant la procédure de demande d'un implant cochléaire, les formulaires C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-06 et C-Form-I-10, auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, sont modifiés et les formulaires C-Form-I-11 et C-Form-I-12, auxquels il est fait référence au même chapitre, sont ajoutés. Les formulaires C-form-I-04 et C-Form-I-05 sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
25.09.2019	17.06.2019	Règlement modifiant 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

Résumé des modifications

Aux annexes I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX et X du 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, dans les formulaires B-Form-I-02, B-Form-I-03, B-Form-I-04, B-Form-I-05, B-Form-I-06, B-Form-I-07, B-Form-I-08, B-Form-I-09, B-Form-I-10, B-Form-I-11, B-Form-I-12, B-Form-I-15 et B-Form-I-16, B-Form-II-02, B-Form-II-03, B-Form-II-04, C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-04, C-Form-I-05, C-Form-I-06, C-Form-I-07, C-Form-I-08, C-Form-I-09, C-Form-I-10, D-Form-II-01, E-Form-I-01, E-Form-I-02, E-Form-I-03, E-Form-II-01, F-Form-I-01, F-Form-I-02, F-Form-I-04, F-Form-I-05, F-Form-I-06, F-Form-I-07, F-Form-I-08, F-Form-I-09, F-Form-I-10, F-Form-I-12, F-Form-II-01, F-Form-II-03, F-Form-II-04, F-Form-II-05, F-Form-II-06, G-Form-I-01, G-Form-I-02, G-Form-I-03, G-Form-I-04, G-Form-I-05, G-Form-I-06, G-Form-II-01, H-Form-I-01, L-Form-I-01, L-Form-I-02, L-Form-I-03, L-Form-I-04, L-Form-I-05, L-Form-I-06, L-Form-I-07, L-Form-I-08, L-Form-I-09 et L-Form-II-01 concernant la procédure de demande, auxquels il est fait référence aux chapitres "B. Neurochirurgie", "C. Oto-rhino-laryngologie", "D. Urologie et néphrologie", "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive", "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", "G. Chirurgie vasculaire", "H. Gynécologie" et "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste, dans la version néerlandaise, les mots "geneesheer", "geneesheren", "adviserend-geneesheer", "geneesheer-specialist", "geneesheren-specialisten", "geneesheren-directeurs", "geneesheer-implantateur", "geneesheren-implantateur" sont remplacés respectivement par les mots "arts", "artsen", "adviserend-arts", "arts-specialist", "artsen-specialisten", "artsen-directeurs", "arts-implantateur", "artsen-implantateur".

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2019	03.07.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1er, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Ce règlement modifie :

- plusieurs dispositions du règlement des indemnités du 16 avril 1997, suite à la généralisation de la ZIMA 001
- le volet à compléter par l'employeur de la feuille de renseignements indemnités, jointe à l'annexe III du règlement des indemnités du 16 avril 1997.

9. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

17.05.2019

Règle interprétative 04 relatives aux prestations de l'article 20, § 1er, c), (gastroentérologie) de la nomenclature des prestations de santé :

La prestation 474736-474740 ne peut être attestée que si un cholangio-pancréatoscope orale spécialement conçu à cette fin est avancé dans les voies biliaires ou pancréatiques. Cet examen a des indications limitées et n'est pas effectué isolément. La prestation 474736-474740 est cumulée avec une des prestations 473734-473745, 473690-473701, 473712-473723 ou 473830-473841. Dans l'honoraire de ces 4 prestations, l'honoraire de l'examen endoscopique du système digestif par voie orale jusqu'aux voies biliaires ou pancréatiques est déjà inclus.

La règle interprétative produit ses effets le 1er novembre 2016.

Moniteur belge

17.05.2019

Règle interprétative 01 relative aux prestations de l'article 20, § 1er, a) (Médecine interne) de la nomenclature des prestations de santé :

Cette règle interprétative est abrogée. Cette abrogation produit ses effets le 1er avril 2003.

Moniteur belge

17.05.2019

Règle interprétative 01 relative aux prestations de l'article 20, § 1er, b) (Pneumologie) de la nomenclature des prestations de santé :

Cette règle interprétative est abrogée. Cette abrogation produit ses effets le 1er juillet 2014.

Moniteur belge

17.05.2019

11.06.2019 - Corrigendum

Règles interprétatives 01 et 04 relatives aux prestations de l'article 3 (Soins courants - Prestations techniques médicales) de la nomenclature des prestations de santé :

Ces règles interprétatives sont abrogées. Ces abrogations produisent leurs effets le 1er mars 2002.

Moniteur belge

17.05.2019

11.06.2019 - Corrigendum

Règle interprétative 10 relative aux prestations de l'article 20, § 1er, b) (Pneumologie) de la nomenclature des prestations de santé :

Cette règle interprétative est abrogée. Cette abrogation produit ses effets le 1er juillet 2014.

Moniteur belge

14.06.2019

Règle interprétative 21 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables :

Un bénéficiaire chez qui un des dispositifs inscrits sur les listes nominatives pour les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841,172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900 à été implanté, a droit aux remboursements mensuels prévus sous les prestations 172911 et 172933 tant que le bénéficiaire est implanté avec ce dispositif.

La suppression de cette règle interprétative produit ses effets le 1er avril 2018.

Moniteur belge

14.06.2019

Règle interprétative 24 précise de quelle manière est calculée une garantie au *prorata*

Si l'appareil ne fonctionne plus pendant la période de garantie totale, le prix total de l'appareil (hors TVA) doit être remboursé.

Si l'appareil ne fonctionne plus pendant la période de garantie au *prorata*, le montant du remboursement doit être calculé comme suit :

Prix total de l'appareil (hors TVA) x nombre de jours non fonctionnels pendant la période de garantie au *prorata* / Nombre total de jours prévus pendant la période de garantie au *prorata*.

Cette règle interprétative entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Moniteur belge

20.06.2019

Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables:

Règle interprétative 25

Les prestations 155212-155223 et 155234-155245 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228270-228281 "Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité".

Règle interprétative 26

Les prestations 155293-155304 et 155315-155326 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228292-228303 "Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité".

Règle interprétative 27

Les prestations 155256-155260 et 155271-155282 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228314-228325 "Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu".

Règle interprétative 28

Les prestations 155330-155341 et 155352-155363 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228336-228340 "Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu".

Règle interprétative 29

Les prestations 156936-156940 et 156951-156962 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 242830-242841 "Duodénopancréatectomie".

Règle interprétative 30

La prestation 156973-156984 peut être attestée à l'occasion de la prestation 242852-242863 "Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section ou pancréatectomie quasi totale (95 %)".

Règle interprétative 31

Les prestations 156892-156903 et 156914-156925 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 242874-242885 "Hémi-pancréatectomie gauche", 242896-242900 "Enucléation d'une tumeur du pancréas" et/ou 242911-242922 "Ablation d'un séquestre pancréatique".

Ces règles interprétatives entrent en vigueur le 1er juillet 2019.

Moniteur belge
28.06.2019

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le tocilizumab comme principe actif :

Si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par la spécialité pharmaceutique KymriahR, une spécialité pharmaceutique ayant le tocilizumab comme principe actif peut être remboursée, pour autant cette dernière soit administrée pour le traitement du syndrome de libération de cytokines induit par la perfusion de tisagenlecleucel, conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP) de tisagenlecleucel et pour autant que la spécialité pharmaceutique concernée ayant le tocilizumab comme principe actif ait été utilisée et facturée par l'hôpital où le patient bénéficie du remboursement de la spécialité pharmaceutique KymriahR.

Cette règle interprétative produit ses effets le 1er juin 2019.

Moniteur belge
16.07.2019

Règle interprétative relative aux prestations de l'article 25, § 2 (Médecine interne) de la nomenclature des prestations de santé :

La règle interprétative 07 est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le 1er mars 2003.

Moniteur belge – Édition 2
18.07.2019

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé :

Règle interprétative 9

Pour les gaines de bras et gants pour lymphoedème confectionnés individuellement (les prestations 642471 et 642493), l'accord du médecin-conseil doit être préalable au paiement, mais pas préalable à la délivrance.

Si toutes les conditions de remboursement sont remplies, on peut rembourser les prestations délivrées avant que la réponse du médecin-conseil soit connue.

La présente règle interprétative produit ses effets au 13 mars 2000.

Moniteur belge
24.07.2019

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé :

La présence physique du kinésithérapeute est indispensable pour l'exécution de prestations attestées dans le cadre de l'article 7 de la nomenclature.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1er janvier 2003.

Moniteur belge
29.08.2019

Règle interprétative relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables :

Règle interprétative 5

Un "journal international peer-reviewed" ou "journal peer-reviewed" vise un journal scientifique, qui remplit les critères suivants :

- le journal publie des articles concernant des résultats originaux de recherche scientifique tels que, entre autres, des études cliniques, des revues de la littérature
- la publication est possible uniquement après une révision par un comité de pairs, qui sont indépendants des auteurs
- si le journal est publié depuis plus que 3 ans, il doit avoir un facteur d'impact ("impact factor") calculé par Thomson Reuters/Clarivate Analytics.

La règle interprétative 5 entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Moniteur belge
29.08.2019

Règle interprétative relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables :

Règle interprétative 32

On doit compter à partir de la première délivrance après l'entrée en vigueur de la condition de remboursement correspondante au Moniteur.

À titre d'illustration :

Depuis le 1er mars 2019, les prestations xxxxx1-yyyyy1 et xxxxx2-yyyyy2 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au maximum cinq fois sur une période de 12 mois.

Pour le patient Z, ces deux prestations ont été attestées aux moments suivants :

- 13 avril 2018
- 3 mai 2018
- 18 juillet 2018
- 31 octobre 2018
- 11 janvier 2019
- 11 avril 2019
- 17 juin 2019
- 25 août 2019
- 4 décembre 2019
- 7 janvier 2020
- 7 avril 2020

Il y a une intervention pour la délivrance du 7 janvier 2020. Toutefois, le patient Z ne recevra aucune intervention pour la délivrance du 7 avril 2020.

La règle interprétative 32 produit ses effets le 1er mars 2019.

Moniteur belge
20.09.2019

Règle interprétative pour l'exécution par le pharmacien des prescriptions des spécialités pharmaceutiques Viread, Atripla et Truvada.

Quand un patient se présente à la pharmacie à partir du 1er octobre 2019 avec une prescription pour la spécialité Viread (avec une autorisation pour le § 1320101), Atripla ou Truvada, le pharmacien pourra exécuter cette prescription comme une prescription en DCI et délivrer une autre spécialité pharmaceutique remboursable avec le même principe actif et le même dosage afin que la patient bénéficie de la poursuite d'un traitement remboursable.

La règle interprétative précitée prend effet le 1er octobre 2019.

Moniteur belge
26.09.2019

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 17*quater* - Échographies - de la nomenclature des prestations de santé :

La règle interprétative 02 est abrogée.

Cette abrogation entre en vigueur le 1er septembre 2019.

10. Autres

Moniteur belge	Titre
17.05.2019	Décision de la Commission de conventions établissements hospitaliers-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers payant

Résumé des modifications

En application des articles 4, § 1er, dernier alinéa, et 9, premier alinéa, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatifs au régime du tiers payant, la Commission de conventions établissements hospitaliers - organismes assureurs, a par consultation écrite le 25 avril 2019, fixé les modalités suivantes concernant l'application du régime du tiers payant telle que visée à l'article 9, premier alinéa, susmentionné qui entrent en vigueur le 1er janvier 2019 pour tous les établissements hospitaliers.

1. Pour autant que les hôpitaux psychiatriques introduisent la facture trimestrielle conformément aux dispositions de la convention conclue entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs, au plus tard le 20e jour du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elle se rapporte, l'organisme assureur verse à l'hôpital, moyennant, conformément à la convention susmentionnée, l'introduction par ce dernier au plus tard le 15e jour du deuxième mois du trimestre précité d'une facture provisoire qui sert de lettre d'échéance, une somme égale à la moitié du montant de la facture trimestrielle susvisée. L'organisme assureur paie cette facture au plus tard le 1er jour du troisième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi payée est déduite du montant porté en compte sur la facture qui suit directement.

2. Pour la facture mensuelle introduite par les hôpitaux psychiatriques concernant :

a) les prestations dispensées à des bénéficiaires ambulatoires qui sont facturées par l'hôpital via un support magnétique ou électronique et encaissées via le régime du tiers payant et

b) les prestations ambulantes dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi ;

Le paiement est effectué dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel l'organisme assureur a reçu les documents nécessaires à la facturation. Le délai court à partir de la date de réception mentionnée sur le bordereau remis aux établissements hospitaliers, pour autant que ces documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et aient été acceptés par l'organisme assureur.

3. Pour la facture mensuelle introduite par les hôpitaux généraux concernant

a) les prestations dispensées à des bénéficiaires hospitalisés ;

b) les prestations dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi ;

c) les prestations dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi ;

d) les prestations dispensées à des bénéficiaires ambulatoires, qui sont facturées par l'hôpital via un support magnétique ou électronique et pour lesquelles le tiers-payant est appliqué ;

le paiement est effectué dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel l'organisme assureur a reçu les documents nécessaires à la facturation. Le délai court à partir de la date de réception mentionnée sur le bordereau remis aux établissements hospitaliers, pour autant que ces documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et aient été acceptés par l'organisme assureur.

Moniteur belge	Titre
06.06.2019	Nouvelles prestations C2 partir du 1er janvier 2019

Résumé des modifications

À l'indice-pivot 105,10 (basis 2013=100), le montant des prestations sociales suivantes est fixé, à partir du 1er janvier 2019 à :

A. Assurance maladie-invalidité

I. Régime des travailleurs salariés

1. Montant journalier maximum des indemnités de congé parental d'accueil : 116,87 EUR

II. Régime des travailleurs indépendants

1. Allocation de congé parental d'accueil (payé par semaine) : 484,90 EUR .

Moniteur belge	Titre
20.06.2019 – Édition 2	Avis officiel - Adaptation hors index au 1er mai 2019 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À partir du 1er mai 2019, le montant de certaines prestations sociales est adapté à l'indice-pivot 105,10 (basis 2013=100).

Moniteur belge	Titre
12.08.2019	Avis officiel - Adaptation hors index au 1er août 2019 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À partir du 1er août 2019, le montant de certaines prestations sociales sont adaptées à l'indice-pivot 105,10 (basis 2013=100).

Moniteur belge	Titre
22.08.2019	Avis officiel - Adaptation hors index au 1er juillet 2019 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

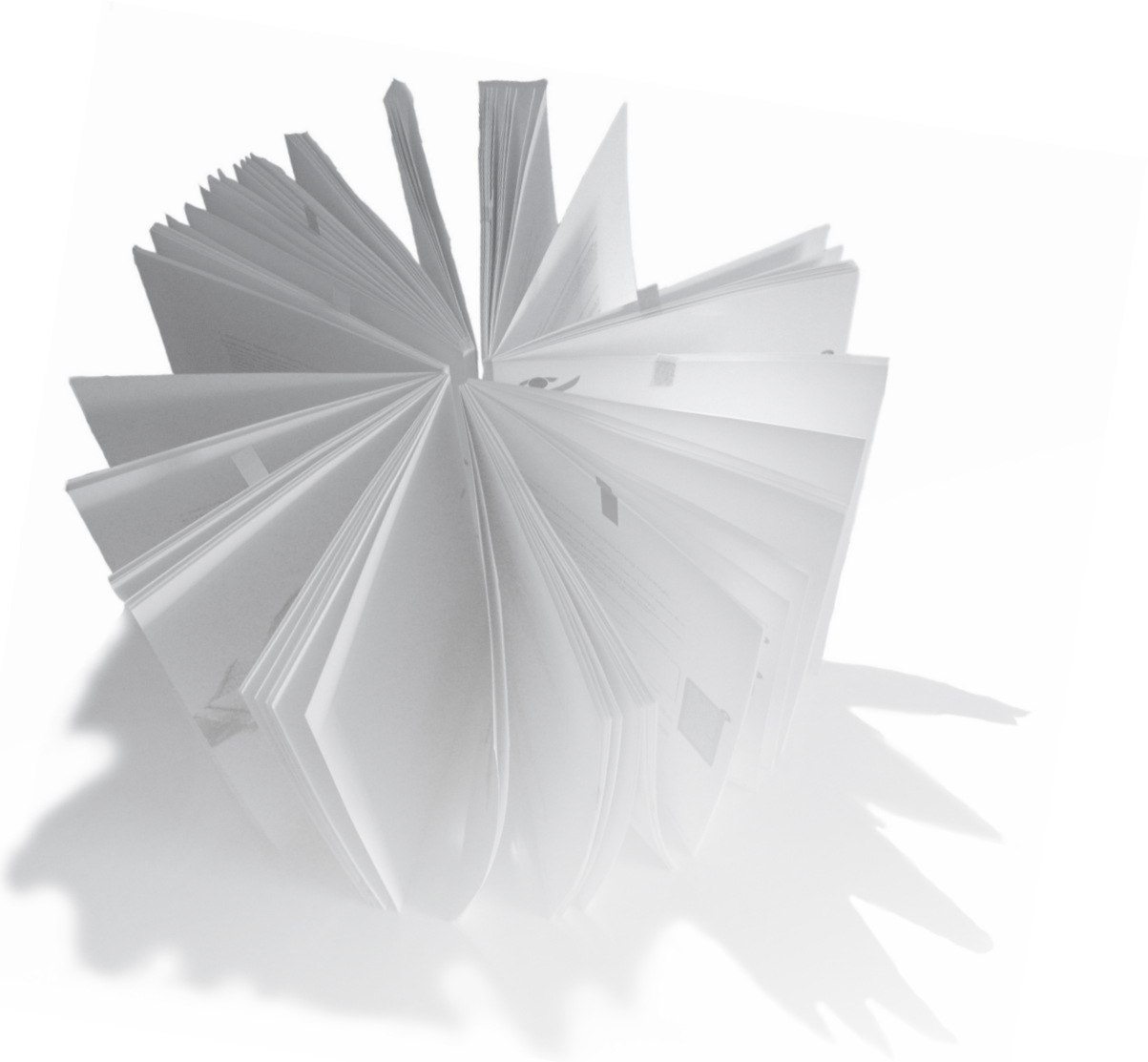
À partir du 1er juillet 2019, le montant de certaines prestations sociales sont adaptées à l'indice-pivot 105,10 (basis 2013=100).

Moniteur belge	Titre
12.09.2019	Avis officiel - Adaptation hors index au 1er septembre 2019 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À partir du 1er septembre 2019, le montant des certaines prestations sociales est adapté à l'indice-pivot 105,10 (basis 2013=100).

2e Partie
Jurisprudence



I. Cour de cassation de Belgique, 7 octobre 2019

Article 25 - Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Prestations soins de santé - Fonds spécial de solidarité - Médicaments sans autorisation de mise sur le marché

Les articles 25 à 25decies de la loi AMI, qui contiennent les dispositions relatives au Fonds spécial de solidarité, ne prévoient pas de dérogation aux dispositions de la loi sur les médicaments. Il s'ensuit que le Fonds spécial de solidarité ne peut intervenir que pour la fourniture d'un médicament pour lequel aucune autorisation de mise sur le marché ou enregistrement n'a été accordé, dans la mesure où ce médicament peut être mis à la disposition du patient en application de l'article 6quater, § 1, de la loi sur les médicaments.

Arrêt n° S.18.0092.N
INAMI c./…

…

III. La décision de la Cour

Sur le moyen

QUANT À LA SECONDE BRANCHE

1. En vertu de l'article 6, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, aucun médicament ne peut être mis sur le marché sans qu'une autorisation de mise sur le marché n'ait été octroyée, soit par le ministre ou son délégué conformément aux dispositions de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, soit par la Commission européenne conformément au droit communautaire.

Conformément à l'article 6*quater*, § 1er, de ladite loi du 25 mars 1964, par dérogation aux dispositions de l'article 6, § 1er, et sous réserve des dispositions des articles 7, 8 et 8*bis*, les médicaments à usage humain pour lesquels aucune autorisation de mise sur le marché ni aucun enregistrement n'ont été octroyés ou ceux qui ne sont pas mis sur le marché en Belgique, peuvent être mis à disposition de patients dans les cas précisés par cet article.

2. En vertu de l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il est applicable en l'espèce, il est créé au sein du Service des soins de santé, un Fonds spécial de solidarité financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 191 dont le montant est fixé, pour chaque année civile, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

Le Collège des médecins-directeurs décide d'accorder des interventions aux bénéficiaires visés à l'article 32 dans les limites des moyens financiers de ce Fonds.

Le Fonds spécial de solidarité accorde uniquement une intervention lorsque les conditions fixées dans cette section sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère ou supranationale, ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif. Le Fonds accorde uniquement des interventions dans les coûts de prestations de santé pour lesquelles, dans le cas concret, aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance soins de santé belge ou en vertu des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger.

3. Les articles 25 à 25*decies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tels qu'ils sont applicables en l'espèce, qui comprennent les dispositions relatives au Fonds spécial de solidarité, ne prévoient pas de dérogation aux dispositions de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.

Il s'ensuit que le Fonds spécial de solidarité ne peut intervenir que pour la délivrance d'un médicament pour lequel aucune autorisation de mise sur le marché ou aucun enregistrement n'ont été octroyés, dans la mesure où ce médicament peut être mis à disposition du patient en application de l'article 6*quater*, § 1er, de ladite loi du 25 mars 1964.

4. L'arrêt, qui n'exclut pas que le médicament ... n'ait pas obtenu d'autorisation de mise sur le marché, ne constate pas que les conditions prévues à l'article 6*quater*, § 1er, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments étaient remplies, mais considère que le Fonds spécial de solidarité est tenu d'intervenir dans le coût de ce médicament, au motif que *"l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne prévoit pas que la prestation de santé doive être agréée avant qu'une intervention puisse être accordée"*.

L'arrêt viole ainsi l'article 6, § 1er, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

Sur les dépens

5. Conformément à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, le demandeur doit être condamné aux dépens.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Casse l'arrêt attaqué,

Ordonne que mention du présent arrêt sera faite en marge de l'arrêt cassé.

Condamne le demandeur aux dépens.

Renvoie la cause devant la cour du travail d'Anvers.

...

II. Cour du travail de Mons, 23 janvier 2019

Évaluation de l'incapacité de travail, article 100 - Loi coordonnée le 14 juillet 1994 - Code judiciaire, article 976 - Complément d'expertise

Dès l'instant où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire - respect du contradictoire, conclusions précises, concordantes et motivées adéquatement -, une simple appréciation divergente du conseil médical de l'une des parties ne peut contraindre le juge à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à un complément d'expertise, voire à une nouvelle mesure d'expertise.

N° de rôle : 2012/AM/486
INAMI c./…

…

2. Objet de l'appel - Arrêt du 8 janvier 2014 - Prétentions des parties après expertise - Position de l'auditorat général

… interjette appel du jugement du 27 novembre 2012 de la 4e Chambre du tribunal du travail de Charleroi, section de Charleroi (R.G. n° 09/1107/A).

Dans un arrêt du 8 janvier 2014, la Cour reçoit l'appel et confirme le jugement précité en ce qu'il confie un complément d'expertise au Docteur … , sous la réserve de la modification du libellé de la mission d'expertise.

Dans ses conclusions, le Docteur … estime que : *"(…) les troubles fonctionnels que présentait … n'entraînaient pas à partir du 19 décembre 2008 une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1er, alinéa 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain. … n'avait pas, à la date de son entrée sur le marché du travail le 1er novembre 1999 ou depuis, une capacité de gain. Le pronostic quant à une capacité de gain dans l'avenir paraît peu favorable"*.

L'INAMI demande à la Cour de :

- déclarer l'appel fondé
- entériner les conclusions de l'expert en ce qu'il estime que les troubles fonctionnels que présentait … n'entraînaient pas, à partir du 19 décembre 2008, une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1er, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain
- confirmer en tout point la décision de l'INAMI du 12 décembre 2008
- statuer conformément au droit quant aux dépens, étant précisé que … n'est pas assistée d'un conseil juridique et ne peut donc prétendre à une indemnité de procédure.

… ne comparaît pas lors de l'audience du 28 novembre 2018 et n'a pas rédigé de conclusions, à la suite du dépôt des conclusions de l'expert.

Dans son avis oral, Madame … , substitut général, estime qu'il y a lieu d'entériner les conclusions de l'expert.

3. Fondement de l'appel

a) En droit

I. INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Est reconnu incapable de travailler, 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, selon l'article 100, § 1er, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

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[1].

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance, selon l'article 100, § 1er, alinéa 4, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il résulte des dispositions précitées que la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée à la réunion de trois conditions[2] :

1. la cessation de toute activité ;
2. le fait que cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels ;
3. ces derniers doivent générer une réduction de la capacité de gain du titulaire d'au moins deux tiers par rapport à une personne de référence.

Sous peine de ne pouvoir être reconnu incapable au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, l'assuré social doit, au moment de l'entrée sur le marché du travall, présenter une capacité de gain de plus d'un tiers[3].

L'aggravation de l'état de santé qui réduit une capacité de gain déjà insuffisante ou inexistante, au regard du régime mis en place par l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, n'ouvre pas le droit au bénéfice des indemnités prévues par cette législation.

1. Cass. (3e Ch.), 18.05.2015, rôle n° S.13.0013.F, http://jure.juridat.just.fgov.be.
2. C.C., 28.03.2013, rôle n° 5463, http://jure.juridat.just.fgov.be.
3. C.T. Mons (4e Ch.), 03.03.2010, rôle n° 2004/AM/19.373, http://jure.juridat.just.fgov.be. , C.T. Mons (4e Ch.), 20.11.2014, rôle n° 2012/AM/379, inédit.

II. RAPPORT D'EXPERTISE

La mission de l'expert consiste à éclairer le juge sur des questions techniques[4].

Dès l'instant où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire, notamment par rapport au principe du contradictoire[5], et a dressé des conclusions précises, concordantes et motivées de manière adéquate[6], une simple appréciation divergente du conseil médical de l'une des parties ne peut contraindre le juge à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à un complément d'expertise, voire à une nouvelle mesure d'expertise.

Le juge apprécie souverainement la force probante d'un rapport d'expertise[7], sous la réserve qu'il ne peut attribuer à l'expert une opinion qu'il n'a pas émise ou des constatations qu'il n'a pas faites[8].

Le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose, selon l'article 962, alinéa 4, du Code judiciaire.

Le juge apprécie en fait s'il est suffisamment éclairé par l'expertise et les autres éléments de la cause pour statuer sur les griefs formulés postérieurement au rapport de l'expert[9].

Au risque de ruiner le principe même de l'expertise judiciaire, l'avis donné par l'expert ne peut être suspecté par le seul fait qu'il ne concorde pas avec celui du ou des médecin(s) de l'une des parties[10].

Si le juge n'est pas astreint à suivre l'avis de l'expert et s'il doit vérifier la validité interne et externe du rapport d'expertise avant de s'en servir, il faut néanmoins se rendre à la réalité que, si précisément le juge a dû avoir recours aux connaissances techniques de l'expert, l'avis de ce dernier influencera logiquement sa décision et qu'il n'en sera autrement, en règle générale, que si le juge a des motifs de croire que l'expert s'est trompé et que son erreur est démontrée par le rapport lui-même ou par d'autres éléments probants[11].

b) En l'espèce

Le Docteur … a parfaitement accompli la mission qui lui a été confiée et aucune faute ne peut lui être reprochée, sous réserve de ce que la Cour a déjà constaté dans son arrêt du 6 mars 2018.

Le rapport d'expertise est complet et circonstancié.

Il permet de trancher la divergence médicale existant entre les parties.

Tandis que l'INAMI sollicite l'entérinement du rapport d'expertise, … ne dépose aucune pièce médicale susceptible de réfuter les constatations de l'expert et ne développe aucune argumentation qui serait de nature à contredire valablement les conclusions de l'expert.

Dans ces conditions, l'appel est fondé.

4. Cass. 14.09.1992, Pas., I, p. 1021.
5. C.T. Mons (5e Ch.), 14.03.2003, R.G. 17.782 et 17.796, http://jure.juridat.just.fgov.be.
6. C.T. Mons (2e Ch.), 15.03.2010, R.G. 2007/AM/20.531, http://jure.juridat.just.fgov.be.
7. Cass. (2e Ch.), 22.01.2008, rôle n° P.07.01069.N, http://jure.juridat.just.fgov.be. Cass. (1re Ch.), 07.05.2009, rôle n° C.08.0207.F, http://jure.juridat.just.fgov.be.
8. Cass. (Ch. vac.), 22.07.2008, http://jure.juridat.just.fgov.be.
9. Cass., 17.02.1984, Pas., I, p. 704. Cass. (1re Ch.), 05.10.2000, http://jure.juridat.just.fgov.be. C.T. Liège, div. Liège (9e Ch.), 23.11.2015, rôle n° 2015/AL/225, http://jure.juridat.just.fgov.be.
10. C.T. Mons (3e Ch.), 12.05.2015, rôle n° 2014/AM/201, inédit.
11. C.T. Mons (2e Ch.), 06.09.2010, R.G. 1997.AM.14874, Chr.D.S., 2011, p. 232. C.T. Mons (5e Ch.), 28.05.2015, rôle n° 2012AM/125, inédit.

La Cour entérine les conclusions du Docteur … , en ce que celui-ci estime que les troubles fonctionnels que présentait … n'entraînaient pas, à partir du 19 décembre 2008, une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1er, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain.

La Cour confirme la décision de l'INAMI du 12 décembre 2008.

4. Dépens

a) En droit

La condamnation aux dépens est toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois et règlements prévus aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, en ce qui concerne les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux, selon l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

L'obligation de supporter les dépens repose, dans les matières visées aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, du Code judiciaire, non pas sur le fait de succomber mais sur le fait pour une autorité ou un organisme d'appliquer la législation sociale à l'égard des assurés sociaux.

Dans la mesure où une autorité ou un organisme est, de manière justifiée, mis à la cause dans un litige relevant d'une des matières visées aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, du Code judiciaire, il doit supporter les dépens, non pas en tant que partie qui succombe mais en tant que partie chargée d'appliquer la législation sociale à l'égard des assurés sociaux.

L'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause, selon l'article 1022, alinéa 1, du Code judiciaire.

Le tarif des indemnités de procédure, fixé dans l'arrêté royal du 26 octobre 2007[12], opère une distinction selon qu'il s'agit ou non d'une affaire évaluable en argent, soit celle au cours de laquelle une condamnation au paiement d'une somme d'argent est formellement demandée[13].

La dernière indexation des montants est intervenue en date du 1er juin 2016[14].

À la demande d'une des parties, éventuellement formulée sur interpellation par le juge, celui-ci peut, par décision spécialement motivée, soit réduire l'indemnité soit l'augmenter, sans pour autant dépasser les montants maxima et minima prévus par le Roi, en tenant compte de la capacité financière de la partie qui succombe, pour diminuer le montant de l'indemnité, de la complexité de l'affaire, des indemnités contractuelles convenues pour la partie qui obtient gain de cause et du caractère manifestement déraisonnable de la situation, selon l'article 1022, alinéa 3, du Code judicaire.

Conformément au principe dispositif, le pouvoir d'appréciation du juge n'est susceptible de s'exercer en ce qui concerne le montant de l'indemnité de procédure que si une des parties au moins le demande[15].

12. M.B., 09.11.2007.
13. H. BOULARBAH, "Les frais et dépens, spécialement l'indemnité de procédure", In Actualités en droit judiciaire, CUP, vol. 145, (dir.) H. BOULARBAH et F. GEORGES, Bruxelles, Larcier, 2013, p.372.
14. J.T., 2016, pp.411-412.
15. J.-F. VAN DROOGHENBROECK et B. DE CONINCK, "La loi du 21.04.2007 sur la répétibilité des frais et honoraires d'avocat", J.T., 2008, p. 44.

b) En l'espèce

La demande originaire de … s'inscrit dans les contestations visées à l'article 580, 2°, du Code judiciaire et ne revêt aucun caractère téméraire ou vexatoire.

L'INAMI doit dès lors supporter les dépens de l'instance d'appel.

La Cour condamne l'INAMI à payer les dépens de l'instance d'appel, à la fois les dépens taxés à la somme de 191,28 EUR en faveur de l'expert et les éventuels dépens, non liquidés, en faveur de … .

POUR CES MOTIFS,

LA COUR,

Statuant contradictoirement en application de l'article 747, § 4, du Code judiciaire,

Dit que l'appel est fondé.

Entérine les conclusions du Docteur … , en ce que celui-ci estime que les troubles fonctionnels que présentait … n'entraînaient pas, à partir du 19 décembre 2008, une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1er, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain.

Confirme la décision de l'INAMI du 12 décembre 2008.

…

III. Cour du travail de Liège, 6 mars 2019

Évaluation de l'incapacité de travail, article 100 - Loi coordonnée le 14 juillet 1994 - Conditions d'applicabilité - État antérieur - Capacité suffisante au moment de l'entrée sur le marché du travail

Une des conditions pour pouvoir être reconnu incapable de travailler dans le sens de l'article 100, § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est que la cessation de l'activité professionnelle doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation des lésions et troubles fonctionnels qui entraînent la réduction de la capacité de gain de 66 %.

Dès lors, l'assurance maladie ne couvre pas l'incapacité de travail survenue en dehors des périodes d'assurance. Sont cités à titre d'exemple le handicap de naissance, un handicap survenu dans la jeunesse ou avant l'acquisition de la qualité de titulaire de l'assurance.

Il ne faut pas déjà avoir perdu sa capacité de gain au moment de l'aggravation et avant son entrée dans la vie professionnelle.

Aucune difficulté d'appréciation n'existe lorsque l'assuré était au travail ou l'avait été préalablement à son entrée en incapacité. Cependant, il doit s'agir d'une période significative, réelle d'insertion socio-professionnelle et non d'une situation fictive ou manifestement aménagée.

Si un assuré n'a jamais effectivement travaillé, cela ne signifie pas en soi qu'il soit incapable de travailler.

Par ailleurs, le bénéfice d'allocations de chômage n'établit pas non plus, en soi, l'aptitude du travailleur dans la mesure où cette condition d'aptitude n'est pas systématiquement contrôlée à l'entrée dans ledit régime.

R.G. 14/426396/A
INAMI c./… et O.A.

…

I. La demande originaire - Le jugement dont appel - Les demandes en appel

I.1. La demande originaire

La demande originaire a été introduite par requête du 17 septembre 2014 et est dirigée contre une décision de l'INAMI du 8 septembre 2014 informant … de la fin de la reconnaissance de son incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 16 septembre 2014.

La décision précise que la cessation des activités de … n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.
… était reconnue en incapacité de travail depuis le 16 septembre 2013.

Elle se fonde notamment sur un certificat médical de son psychiatre traitant, le docteur … du 11 septembre 2014 qui atteste que son patient présente plus de 66 % d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi, à la date du 16 septembre 2014 (troubles anxio-dépressifs).

I.2. Les antécédents de procédure et le jugement dont appel

Par jugement du 8 juin 2015, le tribunal a dit la demande recevable et a ordonné une expertise médicale confiée à l'expert … avec mission de dire :

- si l'intéressé avait jamais disposé d'une réelle capacité de gain sur le marché général du travail
- dans l'affirmative de dire si, à la date du 16 septembre 2015 (lire 16.09.2014 au regard de la décision litigieuse qui prévoit bien une fin d'incapacité à la date du 16.09.2014) jusqu'à la date de l'expertise ou le cas échéant, de la reprise du travail ou de la reprise en charge par l'organisme assureur, elle présentait l'état d'incapacité de travail telle que déterminée par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'expert a déposé son rapport le 20 octobre 2015, et conclut que … ne présente pas un état d'incapacité de travail telle qu'elle est déterminée par l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 à la date du 14 septembre 2014 et jusqu'à la date de l'expertise.
L'expert semble retenir l'existence d'un état d'incapacité de travail antérieur à l'entrée sur le marché du travail.

Par jugement du 14 novembre 2016, le tribunal a ordonné le renvoi du dossier à l'expert afin qu'il précise sa position au regard de la mission spécifique.

En date du 22 décembre 2016, l'expert … a déposé un rapport complémentaire.
Il conclut que … a disposé d'une réelle capacité de travail sur le marché général du travail et qu'à la date du 16 septembre 2015 (lire 16.09.2014 eu égard à l'erreur matérielle mise en évidence en début d'expertise) et ultérieurement jusqu'à la date de l'expertise, elle ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Par jugement dont appel du 12 mars 2018, le tribunal a entériné le rapport de l'expert.
Il a dit la demande fondée et dit que la partie demanderesse était en état légal d'incapacité de travail à la date du 14 septembre 2014 en condamnant l'organisme mutuelliste à lui payer les indemnités de maladie depuis cette date jusqu'à son retour spontané au travail ou jusqu'à une décision subséquente de fin d'incapacité.
L'O.A. a été condamné de plein droit (art. 20 de la loi du 11.04.1995 - Charte de l'assuré social) aux intérêts légaux sur les arriérés à verser, prenant cours à la date de leur exigibilité et sous déduction des sommes dues éventuellement à d'autres organismes qui seraient intervenus provisoirement.
Le tribunal a constaté que les frais et honoraires de l'expert ont déjà été taxés à la somme de 565,53 EUR mise à charge de l'O.A.

I.3. Les demandes et les moyens des parties en appel

I.3.1° - LA PARTIE APPELANTE, L'INAMI : APPEL PRINCIPAL

Sur base de sa requête d'appel, l'INAMI demande à la Cour de dire son appel recevable et fondé, de réformer le jugement du 12 mars 2018 qui tout en entérinant les conclusions d'expertise a dit le recours fondé.
Il est demandé de débouter … de son recours originaire et de tirer les bonnes conclusions de l'entérinement du rapport de l'expert à savoir, considérer que … ne présentait pas un état d'incapacité de travail 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 par conséquent, de confirmer la décision du Conseil médical de l'invalidité du 8 septembre 2014 en statuant ce que de droit quant aux dépens.

I.3.2° - LA PARTIE INTIMÉE, … : APPEL INCIDENT SUR LES DÉPENS

Sur base du dispositif de ses conclusions prises en appel, …demande à la Cour de statuer ce que de droit quant à la recevabilité de l'appel principal et de le déclarer non fondé.
Il est demandé de constater que … présente le taux d'incapacité requis pour bénéficier des allocations d'assurance maladie invalidité quant à la période du 14 septembre 2014 au 15 septembre 2015 et de statuer ce que de droit à compter du 16 septembre 2015 en condamnant l'O.A. au paiement des indemnités légales à majorer des intérêts depuis l'exigibilité.
Il est demandé à la Cour de dire l'appel incident recevable et fondé, de réformer le jugement du 12 mars 2018 en ce qu'il a omis de statuer quant aux dépens et de condamner l'INAMI aux dépens des deux instances liquidés comme suit :

- indemnité de procédure devant le tribunal du travail : 131,18 EUR
- indemnité de procédure devant la cour du travail : 174,94 EUR soit un total de 306,12 EUR.

II. L'avis du Ministère public

Le Ministère public conclut à l'entérinement du rapport d'expertise.

III. La décision de la Cour

III.1. La recevabilité de l'appel

L'appel peut être introduit par citation ou par requête contradictoire.
Le délai pour former appel est d'un mois (art. 1051, al. 1 du C.Jud.) à dater de la notification du jugement (art. 792 du C.Jud. et 704, § 2 du C.Jud., notification accomplie le jour où le pli judiciaire est présenté au domicile de son destinataire en application de l'article 53*bis* du C.Jud.)

Le jugement dont appel du 12 mars 2018 a été notifié à la partie appelante par pli judiciaire daté du 13 mars 2018, déposé à la poste le 14 mars 2018 et réceptionné le 15 mars 2018 par la partie appelante.

La requête d'appel a été déposée au greffe de la Cour le 10 avril 2018.

L'appel, régulier en la forme et introduit dans le délai légal, est recevable.

III.2. Le fondement de l'appel

III.2.1° - LES DISPOSITIONS APPLICABLES

L'article 100, § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dispose qu'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.

La cessation du travail doit donc être la "conséquence directe du début ou de l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels" qui entraînent la réduction de la capacité de gain de 66 %.
L'assurance maladie ne couvre pas l'incapacité de travail survenue en dehors de périodes d'assurance, par exemple le handicap de naissance, un handicap survenu dans la jeunesse ou avant l'acquisition de la qualité de titulaire de l'assurance.
Il ne faut donc pas déjà avoir perdu sa capacité de gain au moment de l'aggravation et avant son entrée dans la vie professionnelle.

La condition ne pose pas de difficulté d'appréciation lorsque l'assuré était au travail ou l'avait été préalablement à son entrée en incapacité. Il doit toutefois s'agir d'une période significative, réelle d'insertion socioprofessionnelle et non d'une situation fictive ou manifestement aménagée[1].

Le fait de ne jamais avoir effectivement travaillé ne signifie pas en soi que l'assuré est incapable de travailler.

Le bénéfice d'allocations de chômage n'établit pas non plus, en soi, l'aptitude du travailleur : le stage ne doit pas être constitué uniquement de journées de travail effectif, notamment au profit des jeunes qui, après leurs études, bénéficient d'allocations d'attente. L'octroi d'allocations de chômage requiert d'être apte au travail selon les critères de l'assurance maladie, mais cette condition n'est pas contrôlée systématiquement à l'entrée dans le chômage[2].

III.2.2° - L'APPLICATION AU CAS D'ESPÈCE

L'expert a été réinterrogé expressément sur la question de la capacité de travail au moment de l'entrée de … sur le marché général du travail et a retenu une capacité restreinte compte tenu d'un trouble de la personnalité mais une capacité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.
Il s'est basé sur les formations et une courte période de travail d'une part et sur une surcharge exprimée clairement par … d'autre part.
La capacité de gain à ce moment n'est en effet pas une capacité de gain à 100 % (ou une incapacité à 0 % (ou une incapacité à 0 %) mais il suffit que … présente à ce moment moins de 66 % d'incapacité.
Le trouble de personnalité n'a pas évolué et l'état d'incapacité à la date litigieuse (celle du 16.09.2014) ne peut être retenu.

1. C.T. Mons, 21.12.2006, R.G. 19651 ; P. Palsterman, "Assurance obligatoire soins de santé et indemnités : la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie (régime des travailleurs salariés)" in Regards croisés sur la sécurité sociale, F. Etienne et M. Dumont dir., CUP, Anthémis, Liège, 2012, pp. 899-900.
2. P. Palsterman, "L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale", Chr. D. S., 2006, pp. 310 et s. ;P. Palsterman, "Assurance obligatoire soins de santé et indemnités : la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie (régime des travailleurs salariés)" in Regards croisés sur la sécurité sociale, F. Etienne et M. Dumont dir., CUP, Anthémis, Liège, 2012, pp. 896 et s.

La Cour estime donc pouvoir entériner les conclusions de l'expert judiciaire à défaut de toute contestation pertinente sur les deux conditions légales requises pour admettre l'état d'incapacité.

En entérinant ces conclusions, la cour retient donc que … dispose d'une réelle capacité de travail sur le marché général du travail et qu'à la date du 16 septembre 2014 et ultérieurement jusqu'à la date de l'expertise, elle ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
La décision litigieuse est donc confirmée en ce qu'elle ne retient pas l'état d'incapacité de travail mais pour un autre motif.
… entend distinguer deux périodes : celle du 14 septembre 2014 au 15 septembre 2015 et celle qui prend cours le 16 septembre 2015.
La date du 14 (ou 16) septembre 2014 résulte d'une première erreur matérielle contenue dans le jugement dont appel. Il n'a jamais été question de distinguer deux périodes d'un point de vue médical.
La demande de … sur ce point n'est pas fondée.

Le jugement dont appel doit être réformé eu égard à la contradiction exprimée entre ses motifs (entérinement du rapport d'expertise) et son dispositif (recours fondé et condamnation de l'O.A. au paiement des indemnités légales).

IV. Les dépens

...

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement (art. 747 du C. jud.) ;

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré ;

Entendu l'avis oral du ministère public auquel il n'y a pas eu de répliques ;

Déclare les appels principal et incident recevables et fondés ;

Réforme le jugement dont appel ;

Entérine les conclusions du rapport d'expertise ce qui signifie que … dispose depuis son entrée sur le marché du travail d'une capacité de travail et qu'à la date du 16 septembre 2014 et ultérieurement, elle ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

…

IV. Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 17 janvier 2019

Article 290, B, § 3, alinéa 1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Calcul complément de cotisations - Année civile

L'article 290, B, § 3, alinéa 1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (ci-après en abrégé A.R.) "(…) de diminuer la valeur minimum visée dans l'article 286 ***proportionnellement à cette période****". Ces termes mentionnés ne sont définis nulle part dans l'arrêté royal.*

La question posée au tribunal était donc de savoir si cette "période" était assimilée à un trimestre ou à une année civile.

Pour ce faire, le tribunal a analysé, par analogie, la ratio legis de l'article 290, B, § 3, alinéa 2 de l'A.R. qui se retrouve dans la circulaire O.A. n° 2007/450 du 5 décembre 2007 : "il ne s'agit pas de jours assimilés à des jours de travail (qui sont calculés en 240e) : la totalité de la période pendant laquelle le titulaire se trouve à l'étranger doit être ***neutralisée*** *(…). En conséquence, la période doit être calculée en 365e".*

Par conséquent, même si l'alinéa 2 de l'article 290, B, § 3 de l'A.R. n'était pas la disposition litigieuse dans le cas d'espèce et puisque le législateur ne précise rien, les juges ont décidé que les termes "proportionnellement à cette période" figurant à l'alinéa 1 de l'A.R. visent également une période neutralisée qui doit se calculer sur base d'une année civile complète (365 jours) et non sur une période trimestrielle (calculée en 240 jours).

R.G. 18/ 912/A
O.A. c./INAMI

…

II. L'objet de la demande

4.

L'O.A. demande au tribunal de :

- mettre à néant la décision de l'INAMI notifiée le 1er février 2018
- dire pour droit qu'elle a calculé correctement le complément de cotisations à charge de l'assuré … pour l'année de référence 2014
- dire pour droit que la diminution de la valeur minimum visée dans l'article 286, en application de l'article 290, B, § 3, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, se fait sur une base trimestrielle et non sur une base journalière
- condamner l'INAMI aux dépens de l'instance, liquidés à une indemnité de procédure de 131,18 EUR.

III. Les faits

5.

Suite à une visite de contrôle du 22 au 25 janvier 2018 à la mutualité chrétienne de la province de Namur, dans le cadre d'un contrôle thématique 2017/05 concernant le complément de cotisation, le Service du contrôle administratif de l'INAMI a notifié à l'O.A., par lettre recommandée du 1er février 2018, la constatation relevée lors de la dite visite de contrôle, dans le régime général des soins de santé, relative à un cas fautif concernant l'assuré … .

Selon la décision, ladite constatation annule et remplace une précédente notification du 23 novembre 2017 (non produite), concernant le même assuré.

6.

Selon la constatation reprise dans la lettre de notification :

"Le titulaire pour lequel l'organisme assureur dispose de documents de cotisation dont la valeur est inférieure à 6.007,28 EUR pour l'année de référence 2014, n'a droit au remboursement des soins de santé pour lui-même et pour ses personnes à charge en 2016 qu'à la condition qu'il se soit acquitté du paiement d'un complément de cotisation auprès de l'organisme assureur. Ce complément de cotisation doit être versé au plus tard le 31 décembre de l'année de droit.

La mutualité a réclamé à l'intéressée un complément de cotisation de 140,40 EUR relatif à l'année de référence 2014. Ce complément de cotisation a été payé par l'intéressée en date du 17 mars 2016.

Il apparait toutefois que le complément de cotisation de 140,40 EUR a erronément été déterminé par la mutualité.

L'intéressée est affiliée au sens de l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 depuis le 1er juillet 2014 en tant que titulaire (l'intéressée est en séjour illégal, mais effectue un travail déclaré à partir du 01.08.2014). Le complément de cotisation relatif à l'année de référence 2014 doit ainsi être déterminé conformément à l'article 290, B, § 3, alinéa 1er, du même arrêté. À ce sujet, la circulaire O.A. n° 2007/450 - 271/53 du 5 décembre 2007 dispose que la période immunisée - c'est-à-dire la période avant l'affiliation - est considérée prorata temporis comme représentant une valeur suffisante de cotisation. Le calcul doit se faire sur la base d'une année civile complète et, en conséquence, la période doit être calculée en 365es.

L'intéressée étant affiliée à une mutualité depuis le 3e trimestre 2014, la mutualité a diminué la cotisation minimale à atteindre de 6.007,28 EUR de la moitié de sa valeur. La cotisation minimale doit toutefois être diminuée en fonction du nombre de jours calendrier antérieurs à la date à laquelle l'affiliation porte ses effets. Le complément de cotisation doit dès lors être déterminé comme suit :

Année de référence : 2014
Âge au début de l'année de référence : 35 ans
Valeur minimale des documents de cotisation : 6.007,28 EUR
Bons de cotisations : 1.710,00 EUR
Total des bons de cotisations : 1.710,00 EUR
Différence : 6.007,28 EUR - 1.710,00 EUR = 4.297,28 EUR
Période antérieure à l'affiliation (art. 290, B, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996) : 181 jours calendrier
Conversion des jours antérieurs à l'affiliation : 6.007,28 EUR x 181/365 = 2.978,95 EUR
Total des jours assimilés : 0

Valeur manquante : 4.297,28 EUR - 2.978,95 EUR - 0,00 EUR = 1.318,33 EUR
Arrondissement à l'unité supérieure : 1.319,00 EUR
Complément de cotisation thérorique : 1.319,00 EUR x 10,85 % = 143,11 EUR
Complément de cotisation dû : 143,11 EUR

Un montant de 2,71 EUR à titre de complément de cotisation a donc été réclamé trop peu à l'intéressée.
En conséquence, l'intéressée ne dispose pas de cotisations suffisantes en 2014.
La mutualité doit réclamer ce montant trop peu perçu de 2,71 EUR à l'intéressée.

En cas de non-perception de ce montant, la mutualité devra retirer le droit aux soins de santé à l'intéressée et à ses personnes à charge en ce qui concerne l'année de droit 2016 et chiffrer l'indu en conséquence. Cet indu potentiel résulte d'une erreur de la mutualité qui a réclamé un complément de cotisation insuffisant à l'intéressée. Cette dernière ne pouvait pas savoir que ce complément de cotisation avait été calculé erronément. Suite aux arrêts de la Cour constitutionnelle du 24 mai 2012 et du 20 septembre 2012, et conformément à la Charte de l'assuré social, le montant indûment payé à titre de remboursement de soins de santé ne pourra pas, le cas échéant, être récupéré auprès de l'assurée sociale. En application de l'article 194, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ce montant devra être communiqué à notre Institut conformément aux dispositions de la circulaire O.A. n° 2014/128 - 62/1002 du 17 janvier 2014.
Conformément aux dispositions légales et réglementaires régissant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il vous appartient de régulariser la situation précitée".

III. La position des parties

7.

L'O.A. estime qu'il convient de déduire les périodes non assimilées de Madame … de manière trimestrielle, soit comme étant un quart de l'année.

Elle fonde son interprétation de l'article 290, B, § 3, alinéa 1er de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sur les motifs suivants :

- d'une manière générale, dans le régime de l'assurance maladie, chaque trimestre est valorisé de la même façon et il n'existe aucune différence entre les quatre trimestres composant une année
- l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise qu'une inscription prend effet le premier jour du trimestre au cours duquel l'assujetissement a pris ses effets. Il est donc logique que la proratisation se fasse de manière trimestrielle
- les éventuelles cotisations personnelles dues sont toujours calculées trimestriellement (cfr. à titre d'ex., les art. 133, 134 et 136*bis* de l'A.R. du 03.07.1996) sans qu'il soit fait une distinction selon le nombre de jours par trimestre
- ce raisonnement est identique à celui que l'INAMI a retenu dans une décision du 5 mars 2013 (cas Mme … , calcul du complément de cotisation - pièce 2 de son dossier).

L'O.A. conteste l'analogie faite par l'INAMI entre les alinéas 1 et 2 du paragraphe 3 de l'article 290 B.

L'alinéa 1er ajoute en effet une condition par rapport à l'alinéa 2 : il faut que la période concernée se situe avant l'(ré)inscription du titulaire auprès de la mutualité.

Dès lors que selon l'article 252, une inscription prend effet à partir du 1er jour du trimestre, forcément, les périodes qui seront déduites en vertu de cet article seront sous une forme trimestrielle. Il est impossible de déduire une période moindre qu'un trimestre.

C'est le motif pour lequel dans le cas d'espèce, le mois de juillet n'a pas été déduit alors que Madame … n'a commencé à travailler que le 1er août 2014.

Pour l'O.A., il ne serait pas logique de déduire de manière différente les trimestres d'une même année si la période déduite ne peut être qu'un trimestre. Ce serait contraire aux règles habituelles en matière d'assurance invalidité rappelée par elle.

L'O.A. n'estime pas non plus pertinent le fait que la formulation "*proportionnellement à cette période"* est identique à l'alinéa 1er et à l'alinéa 2, étant donné qu'elle apparaît à l'article 290, B, § 2. Or, dans le cas du stage, il convient également de le diminuer de manière trimestrielle (cf. la décision de l'INAMI du 05.03.2013 et confirmée au pt 3 de la thèse de l'INAMI).

L'O.A. souligne encore qu'aucune circulaire ne précise comment l'alinéa 1er doit être calculé (par trimestre, 365e, semaine de 5 jours, de 6 jours).

Elle relève que l'INAMI organise depuis 2017 des travaux sur cette question ce qui démontre que son interprétation est plus compliquée que ce qu'il laisse à présent entendre en raisonnant par simple analogie.

Elle relève encore que, lors de la réunion du 12 décembre 2017, après que des mutuelles aient souligné qu'elles déduisaient par trimestre, il a été décidé que : *"étant donné que nous ne sommes pas sûrs que tous les documents et antécédents utiles aient été trouvés, la question sera de nouveau à l'ordre du jour lors de la prochaine réunion du groupe de travail et aucune position finale n'est actuellement prise"* (pièce 3.1 de son dossier).

Elle ajoute enfin que ce n'est pas parce que les autres O.A. ont pris la décision de ne pas contester les rapports de l'INAMI (dont elle ignore si les points litigieux sont identiques) que cela en fait pour autant l'interprétation légale à privilégier. Il s'agit d'un argument d'autorité qui ne peut avoir aucune incidence valable.

8.

L'INAMI souligne que l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne s'applique qu'aux inscriptions, pas au paiement des cotisations.

L'assurabilité (ouverture du droit aux prestations des titulaires selon le montant de leurs cotisations et leur qualité) se détermine sur base des cotisations d'une année de référence et non sur base de trimestres de référence. La prolongation de l'assurabilité se fait également d'année en année (cf. les art. 123 et 131, al. 2, de la loi coordonnée le 14.07.1994).

L'interprétation donnée par la circulaire O.A. n° 2007/450 - 271/53 du 5 décembre 2007 (pièce n° 2 de son dossier) à l'article 290 B, § 3, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, visant l'immunisation des périodes passées à l'étranger dans le cadre de la prolongation du droit, peut être étendue à l'alinéa 1er du même article, même s'il ne s'agit pas de périodes passées à l'étranger. La formulation des deux alinéas est très voisine, ce qui laisse à penser que le législateur n'a pas voulu faire de distinction entre les deux alinéas sur ce point.

En considérant l'ensemble de l'article 290 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le législateur considère un calcul, pour une année de référence, basé sur un dénominateur réduit à 240 jours dans certains cas énumérés limitativement (art. 290, A, 2), dite "période assimilée" et sans préciser ce dénominateur dans les cas visés à l'article 290, B, dite "période immunisée".

Il faut en déduire que ce dénominateur n'est pas réduit et consiste en un nombre de jours calendrier au sens courant, soit 365 jours.

Substituer une base trimestrielle à ce calcul revient à rajouter un critère de calcul à la loi.

Concernant la réponse du 5 mars 2013 de son Service des indemnités à une employée de l'O.A., l'INAMI estime qu'il convient d'en limiter la portée au seul secteur des indemnités dont l'assurabilité ne se calcule pas sur base d'années de référence et de droit mais sur base de trimestres (cf. art. 130 de la loi coordonnée le 14.07.1994). Pour le surplus, cette réponse ne concerne que les cas de stage dans le secteur des indemnités, ce qui ne correspond pas à la problématique du cas d'espèce.

Sur base de données chiffrées, l'INAMI maintient que seul l'O.A. n'a pas la même lecture de l'article 290, B, § 3, alinéa 1er de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dès lors que tous les autres O.A. s'en sont remis à l'interprétation de l'INAMI.

L'INAMI conclut dès lors au non-fondement de la demande de l'O.A.

IV. La discussion et la décision du Tribunal

9.

L'article 32 de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 définit les différentes catégories de bénéficiaires du droit aux prestations de santé.

L'article 121, § 2, alinéa 4 de ladite loi prévoit que le montant des cotisations dues pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance soins de santé doit atteindre un montant minimum fixé par le Roi ou doit, dans les conditions fixées par Lui, être complétées par des cotisations personnelles.

L'article 286 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 fixe la valeur minimum que les documents de cotisations doivent atteindre.

La valeur minimum est égale, pour les travailleurs âgés de 21 ans et plus, à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen (1.501,82 EUR x 4 = 6.007,28 EUR).

L'article 287 du même arrêté royal précise que le titulaire pour lequel l'O.A. a reçu un ou des documents de cotisation, représentant ensemble pour une année une valeur de cotisation inférieure aux minimums fixés à l'article 286, n'a droit pour lui et les personnes à sa charge aux prestations prévues par la loi coordonnée, qu'à la condition d'avoir versé à l'O.A. pour l'année de référence visée à l'article 123 de la loi coordonnée, toutes les cotisations, dites compléments de cotisation, destinées à combler la différence.

L'article 290, A, 1 du même arrêté royal précise qu'est déduit de la rémunération annuelle fixée à l'article 286, le montant indiqué sur les bons de cotisation.

L'article 290, A, 2 précise qu'est déduit de ladite rémunération annuelle, pour chacune de 23 périodes limitativement énumérées et se situant pendant l'année de référence, telles qu'elles sont le cas échéant mentionnées sur les bons de cotisation respectifs, le montant obtenu en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240.

Il précise que si une même période de l'année de référence est couverte ou peut être couverte par plusieurs périodes mentionnées sous le *littéra* A ou si une période de l'année de référence est ou peut tout aussi bien être couverte par une période pour laquelle un bon de cotisation a été délivré comme une des périodes précitées, la période à laquelle est liée l'obligation de cotisation la moins élevée, pour l'intéressé est prise en compte.

L'article 290, B est ensuite rédigé comme suit (mis en évidence par le tribunal) :

"§ 1er. Le montant du complément de cotisation s'obtient en multipliant le montant résultant de l'application du littéra A arrondi à la centaine supérieure, par la somme des taux de cotisation dus pour le secteur des soins de santé et le cas échéant, le secteur indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
Toutefois, si ce montant est inférieur à 10 EUR, il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.
Si l'année de référence ne se compose que de périodes au sens du littéra A, 2, 17°, il y a lieu de payer comme cotisation complémentaire, un montant égal au montant des cotisations personnelles encore dues pour les périodes en question.

§ 2. Si, au cours de l'année de référence concernée, un ou plusieurs mois de stage, visé à l'article 130, apparaissent et si ce stage a été accompli, il convient, pour le calcul du complément de cotisation afférent à l'année de référence, de diminuer la valeur minimum, visée à l'article 286, proportionnellement à cette période constituée de mois de stage dans l'année de référence.

§ 3. Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, où apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition, ***et qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum, visée dans l'article 286, proportionnellement à cette période.***

Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, au cours de laquelle apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition et pendant laquelle le titulaire se trouvait en séjour à l'étranger, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à cette période. Le séjour à l'étranger susmentionné est établi par les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif".

10.

Les parties s'opposent sur l'interprétation des termes "proportionnellement à cette période" dans l'article 290, B, § 3, *alinéa 1*.

Selon l'O.A., il faut déduire en l'espèce deux trimestres, soit 3.003,64 EUR (6.007,28 / 2) alors que pour l'INAMI il faut déduire 181 jours (du 01.01.2014 au 30.06.2014), soit 2.978,95 EUR (6.07,28 x 181 jours).

L'interprétation de l'O.A. est donc plus favorable à l'assuré social que celle de l'INAMI.

Les différentes circulaires "O.A." concernant la valeur minimale des documents de cotisation pour le calcul du complément de cotisation, consultables dans le Bulletin d'information de l'INAMI, n'abordent pas la question.

11.

L'article 290, B, § 3, alinéa 1 a été modifié par l'article 33 de l'arrêté royal du 29 décembre 1997, en vigueur à partir du 1er janvier 1998.

Précédemment, le texte précisait, par un paragraphe 3 unique (souligné par le tribunal) :

*"Lorsqu'il convient de vérifier si un complément de cotisation est dû pour une année de référence, comprenant une période qui ne peut faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de la présente disposition et se situant avant le début du stage tombant au cours de cette même année de référence, il y a lieu, pour le calcul de ce complément de cotisation, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à la **durée** de cette période".*

L'urgence est justifiée comme suit :

"Vu l'urgence motivée par le fait que l'arrêté royal du 25 avril 1997 portant des mesures visant à généraliser et à assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, en exécution des articles 11, 2°, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, publié le 19 juin 1997 apporte des modifications dans la réglementation de l'assurabilité contenue dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui entrent en vigueur au 1er janvier 1998 ;
Qu'il s'impose, par conséquent, d'exécuter à temps le régime légal modifié de l'assurabilité et que ces dispositions d'exécutions doivent être prises et communiquées le plus rapidement possible afin de rendre possible l'octroi de droits conformément à la nouvelle réglementation à la date fixée d'entrée en vigueur, sachant que l'adaptation des procédures administratives existantes, automatisées et manuelles, exige du temps ;
Vu l'avis du Conseil d'État, donné le 16 décembre 1997 en application de l'article 84, alinéa 1er, 2° des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973"

Le Tribunal n'a pas su prendre connaissance de l'avis du Conseil d'État.

Même si elle leur est plus favorable, l'interprétation proposée par l'O.A. ne peut se déduire de la seule volonté du législateur de généraliser et d'assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés.

12.

Le terme *"proportionnellement"* n'est définit nulle part dans l'article 290.

Il doit être mis en lien avec la notion de *"période"* considérée, soit, pour l'article 290, B, § 3, alinéa 1er, celle qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription au sens de l'article 252 sortit ses effets.

Les mêmes termes sont repris à (souligné par le tribunal) à :

- l'article 290, B, § 2 : *"proportionnellement à cette période constituée de **mois** de stage de l'année de référence"*
- l'article 290, B, § 3, alinéa 2 : *"proportionnellement à cette période" (soit "une période pendant laquelle le titulaire **se trouvait** en séjour à l'étranger".)*

Par ailleurs, les alinéas 1 et 2 se réfèrent tous les deux, s'agissait de la cotisation complémentaire due pour l'année de référence en cours, à une période qui ne peut faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de l'article 290, soit chacune des périodes de l'année de référence pour lesquelles le montant à déduire se calcule en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240.

13.

Concernant l'article 290, B, § 3, *alinéa 2*, tel qu'*ajouté* par l'arrêté royal du 20 juin 2007, produisant ses effets au 1er janvier 2007, la question s'est posée de déterminer comment prendre en compte le séjour à l'étranger (souligné par le tribunal) : *"s'agit-il d'une période **assimilée** (calculée en 240e) ou d'une période **neutralisée** (calculée en 365e) ?"*.

La circulaire O.A. n° 2007/450 du 5 décembre 2007 précise à ce sujet :

"Il ne s'agit pas ici de jours assimilés à des jours de travail : la totalité de la période pendant laquelle le titulaire se trouve à l'étranger doit être neutralisée.
Le calcul doit se faire sur la base d'une année civile complète, et non en fonction de jours assimilés à des jours de travail. En conséquence, la période doit être calculée en 365e".

Même si, en l'espèce, le terme de la comparaison n'était pas la disposition litigieuse et qu'il s'agit d'un texte ajouté en 2007, il apparaît cohérent, en l'absence d'autres précisions, d'adopter un raisonnement similaire concernant *"la période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition, et qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets"*.

L'alinéa 1er fait partie de la même disposition réglementaire (art. 290, B, § 3).

Il s'agit, comme pour le séjour à l'étranger, d'une période *neutralisée* et *non assimilée*.

Les deux alinéas concernent, pour le calcul de la cotisation complémentaire, la diminution de la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à la période considérée (dans un cas, celle qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets et dans l'autre, celle pendant laquelle le titulaire se trouvait en séjour à l'étranger).

Ils concernent tous les deux des périodes qui ne peuvent pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de l'article 290.

L'esprit de la réglementation est donc bien de prendre en compte la période neutralisée la plus justement calculée, soit en jours et non en trimestres.

Rien ne permet de considérer que le législateur aurait voulu distinguer les deux cas de neutralisation et le fait que le texte, semble-t-il, plus clair pour les O.A., concernant les séjours à l'étranger, soit postérieur à celui discuté n'y change rien.

Le calcul doit par conséquent se faire également sur la base d'une année civile complète (soit le nombre de jours de chaque mois considéré).

Pour les périodes dite assimilées, le calcul se fait du reste aussi en *jours* (assimilés à des jours de travail) et le montant de la cotisation à déduire se calcule, proportionnellement, sur base de 240 *jours* au dénominateur.

Il importe peu qu'il ne s'agisse plus ici d'une année "civile".

Comme soutenu par l'INAMI, le raisonnement peut du reste s'appliquer *a contrario* : pour la période précédant *"la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets"*, le dénominateur n'est pas réduit en sorte que la période se calcule en un nombre de jours calendrier (365 jours).

Le fait que l'inscription du titulaire prenne toujours effet le premier jour d'un trimestre (quelle que soit la date à laquelle survient, dans ce trimestre, le motif de l'inscription) en sorte que l'on ne compte jamais la partie du trimestre qui s'écoule entre le 1er du trimestre considéré et l'événement donnant lieu à l'inscription ou la réinscription (en l'espèce les 31 jours du mois de juillet 2014) est certes un argument "séduisant" mais il ne semble pas déterminant.

Il s'agit d'une conséquence logique de l'article 252 concernant la date de prise d'effet de l'inscription du titulaire mais qui n'a pas de conséquences sur la comptabilisation de la période précédant cette date pour le paiement des cotisations.

C'est également à tort que l'O.A. recherche l'interprétation à donner à l'article 290, B, § 3, alinéa 1er, dans d'autres dispositions telles que les articles 133, 134 et 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Il n'est en effet fait aucun renvoi à ces dispositions règlementaires qui concernent le calcul des cotisations ordinaires et non des périodes neutralisées pour le calcul du complément de cotisation.

L'INAMI relève du reste à juste titre que l'assurabilité se détermine sur base des cotisations d'une *année* de référence et non sur base de trimestres de référence et que la prolongation de l'assurabilité se fait également *d'année en année* (art. 123 et 131, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 252, seule disposition visée à l'article 290, B, § 3, ne s'applique qu'aux inscriptions et non pas au paiement des cotisations.
C'est enfin à tort que l'O.A. justifie son interprétation par la réponse de l'INAMI dans un autre cas (pièce n° 2 de son dossier).

Ce cas concerne en effet le calcul (en mois) du stage pour les indemnités et non pour le remboursement des soins de santé.

14.

Certains arguments invoqués par l'O.A. (l'impact pour les assurés sociaux nonobstant l'art. 17 de la Charte de l'assuré social et pour le budget des mutuelles, vu l'inscription en frais d'administration) sont des éléments de contexte, certes importants, mais qui ne peuvent commander l'interprétation du texte pas plus du reste le fait que, comme prétendu par l'INAMI (ce que le tribunal ne peut du reste vérifier), les autres organismes auraient pris la décision de ne pas contester les rapports de l'INAMI, s'agissant effectivement d'un argument d'autorité dont il n'y a pas lieu de tenir compte, pour l'interprétation d'un texte règlementaire.

Le fait que l'INAMI organise depuis 2017, des travaux sur cette question, ne démontre pas que l'interprétation de l'O.A. est correcte mais bien qu'elle demeure discutée, motif du reste pour lequel le tribunal est saisi de la question au travers d'un cas précis

15.

Le tribunal en conclut que c'est à bon droit que l'INAMI calcule la diminution de la valeur minimum visée dans l'article 286, en application de l'article 290, B, § 3, alinéa 1er de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sur une base journalière et non trimestrielle.

La demande de l'O.A. n'est dès lors pas fondée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande de l'O.A. recevable et non fondée.

…

V. Tribunal du travail de Liège, division Namur, 9 août 2019

Fraude au domicile - Charge de la preuve - Conditions d'une cohabitation - Lieux distincts

Le tribunal rappelle les conditions d'une cohabitation : il faut vivre sous le même toit et que soient principalement réglées en commun les questions ménagères qui visent une situation qui présente une certaine régularité ou une certaine durée.

Ainsi, pour conclure que deux ou plusieurs personnes vivant ensemble sous le même toit règlent principalement en commun les questions ménagères, et donc cohabitent, il est nécessaire mais non suffisant qu'elles tirent un avantage économique et financier du partage d'un logement.

Quant à la circonstance que des personnes se partagent le cas échéant entre deux habitations (l'une pouvant être la résidence principale et l'autre la résidence secondaire) durant la semaine, cela n'emporte pas que ces personnes vivent séparément : il y a vie sous le même toit quand bien même celui-ci se décline en deux lieux distincts.

R.G. 17/794/A et 18/498/A
… c./INAMI et O.A.

…

II. Objet des requêtes

R.G. 17/794/A :

La demande soumise au tribunal par requête du 5 juillet 2017 tend à entendre :

- réformer les décisions du 12 juin 2017 de la partie défenderesse O.A. de récupérer les sommes indûment perçues de 1,66 EUR, 551,49 EUR et 10.866,62 EUR
- contester le rapport de l'INAMI portant la référence 003117CE0006270 (soit un rapport du 12.04.2017).

…

R.G. 18/498/A :

La demande soumise au tribunal par requête du 22 mai 2018 tend à entendre réformer la décision de l'INAMI du 17 mai 2018, libellée comme suit :

"(…)

Sans préjudice de la récupération éventuelle par l'organisme assureur des prestations perçues indûment, vous êtes également exclue du droit aux indemnités à concurrence de 200 indemnités journalières en application de l'article 168*quinquies*, § 2, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aux motifs qu'il est apparu d'une enquête menée par le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité que vous avez, dans le but de percevoir indûment des prestations de l'assurance, fait usage de documents que vous saviez être faux.
Un procès-verbal constatant cette infraction a été établi par un inspecteur social du Service du contrôle administratif en date du 22 août 2017 dont copie vous a été notifiée par lettre recommandée à la poste en date du 1er septembre 2017".

III. Demande reconventionnelle

R.G. 17/794/A :

L'O.A. sollicite la condamnation de Madame … à lui verser la somme de 10.905,49 EUR à titre de montant indûment perçus à majorer des intérêts au taux légal à compter des paiements intervenus.

IV. Jonction des causes

Madame … sollicite la jonction des causes, dans lesquelles elle conteste avoir cohabité avec un sieur … .

La cohabitation avancée par les institutions de sécurité sociale dans leurs décisions respectives est en effet le dénominateur commun des quatre causes soumises au tribunal.

Il s'indique dès lors de joindre les causes en ce qu'elles sont étroitement liées entre elles et qu'il convient ainsi de les juger ensemble afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliables (art. 30 du C. jud.).

V. Discussion

A. Sur la cohabitation

1. PRÉALABLES

Les montants de prestations sociales alloués par les institutions de sécurité sociale dépendent de la situation familiale du bénéficiaire.

Singulièrement, le bénéficiaire qui cohabite avec une autre personne, disposant de ressources, a droit à un montant moindre.

En règle, dès lors que la cohabitation n'a pas été déclarée, il y a donc lieu à révision du droit et récupération des sommes indûment versées durant la période de cohabitation.

Cela ne donne pas lieu à débat.

Néanmoins, en ce qui concerne la charge de la preuve, il peut être notamment rappelé que :

Si la situation familiale d'un titulaire "s'exprime normalement par l'inscription au registre national des personnes physiques, le tribunal n'est pas tenu par celle-ci lorsqu'elle ne correspond pas ou plus avec la réalité"[1];

Si un organisme assureur conteste le taux de l'indemnisation, il lui appartient d'établir que la situation telle qu'elle a été déclarée par l'assuré social n'est pas exacte. Dans ce cas, la charge de la preuve revient chez l'assuré social, alors tenu d'établir qu'il se trouve dans une situation lui permettant d'être indemnisé au taux isolé ou au taux réservé aux travailleurs ayant charge de famille[2] ; le même raisonnement valant lorsque l'INAMI exerce sa mission de contrôle ;

Si l'ONEm estime que la situation déclarée n'est pas exacte, il lui appartient alors de prouver que le chômeur cohabite avec une autre personne, ce qui implique que l'ONEm démontre que les intéressés vivent sous le même toit ; à cet égard, il relève du pouvoir d'appréciation du juge de déterminer s'il dispose d'un faisceau d'éléments précis et concordants permettant de conclure à une cohabitation.

Ce n'est que lorsque la vie sous le même toit, soit n'est pas contestée, soit est établie par l'ONEm, que la charge de la preuve repasse à nouveau chez le chômeur qui doit établir qu'il se trouvait bien dans une situation lui permettant d'être indemnisé au taux isolé ou au taux réservé aux travailleurs ayant charge de famille, c'est-à-dire que la cohabitation qui lui est imputée ne correspond pas à la réalité et ce parce qu'il supporte seul ou à titre principal les charges les plus courantes de son ménage[3].

2. LE DÉBAT JUDICIAIRE

La contestation est donc factuelle en ce que Madame … conteste avoir cohabité, au sens légal du terme, avec Monsieur … .

Elle fait ainsi valoir[4] :

- qu'ils se côtoyaient épisodiquement (d'abord, de manière plus appuyée et régulière ensuite) en se rendant tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, plutôt en semaine chez Monsieur et en week-end chez Madame, et que chacun conservait à sa charge exclusive l'ensemble des frais et dépenses de son habitation, ce qui explique que les consommations d'énergie dans chacune des habitations a logiquement diminué tandis que les frais de transport ont augmenté substantiellement
- qu'ils n'ont jamais reconnu, affirmé, confirmé un concubinage puisque tel n'était pas le cas
- qu'ils n'ont jamais eu de compte bancaire commun durant la période litigieuse
- que le rapport de contrôle de l'INAMI n'apparaît pas impartial, qu'il mentionne que la cohabitation résulte de l'enquête de voisinage alors que les voisins ne semblent jamais avoir prétendu une telle situation, qu'il fait des déductions inexactes au départ de ses déclarations et celles de son compagnon, tout ceci alors que la réalité des faits démontre clairement l'absence de cohabitation

1. T.T. Mons, 2e Ch., 22.05.2013, rôle n° 12/815/A, 12/1380/A et 12/1574/A, www.juridat.be; T.T. Mons, 5e Ch., 14.05.2013, rôle 11/615/A, www.juridat.be.
2. T.T. Mons, 5e Ch., 05.06.2013, rôle n° 09/1798/A, 10/941/A et 10/2230/A, www.juridat.be.
3. Voy. C. Mons, 13.06.2007, R.G. 19.726, inédit ; C.T. Mons, 18.10.2007, R.G. 19.942, inédit ; C.T. Mons, 05.11.2008, R.G. 20.384, C.T. Bruxelles, 22.11.2007, R.G. 45.346, l'un et l'autre sur www.juridat.be.
4. Voy. p.ex. les conclusions du 14.05.2018, sous R.G. 17/794/A.

- qu'il n'appartient pas à un service de police ou à l'INAMI de "forcer" une cohabitation ou d'induire, à force, l'idée qu'il y en avait une alors que le récit de vie des deux parties abonde dans le sens contraire
- qu'il n'y avait pas de communauté de vie partagée jusqu'au 7 juin 2016, mais bien un partage de temps et d'activités, ce qui est insuffisant pour fonder le concept juridique de cohabitation.

3. SUR LA NOTION DE COHABITATION

"Pour qu'il y ait cohabitation, il faut - outre la vie sous le même toit - que soient principalement réglées en commun les questions ménagères. Cette seconde condition vise une situation qui présente une certaine régularité ou une certaine durée. (…)"[5].

"Pour pouvoir conclure que deux ou plusieurs personnes vivant ensemble sous le même toit règlent principalement en commun les questions ménagères et, dès lors, cohabitent, il est nécessaire mais non suffisant qu'elles tirent un avantage économique et financier du partage d'un logement. Il est également requis qu'elles assument en commun les tâches, activités et autres questions ménagères, comme l'entretien du logement et, éventuellement, son aménagement, les lessives, les courses, la préparation et la prise des repas, et qu'elles apportent éventuellement une contribution financière à cet effet.
Le juge apprécie en fait si les questions ménagères sont principalement réglées en commun"[6].

4. APPRÉCIATION DU TRIBUNAL

4.1.

Le point de départ des décisions contestées est un rapport de contrôle du 12 avril 2017 de l'INAMI à l'Auditorat du travail, lequel fait état d'une cohabitation non déclarée entre Madame … et Monsieur … du 1er juillet 2014 au 7 juin 2016 (date de leur domiciliation).

Ceci, alors que Madame … , en incapacité de travail depuis le 25 août 2008, a bénéficié à tort de la qualité de titulaire ayant personne à charge du 25 février 2009 au 7 juin 2016.

Ce rapport de contrôle s'appuie sur une enquête de la Police locale ainsi que sur les auditions du 6 juin 2016 de Madame … et Monsieur … .

Il s'en retient :

- que l'enquête de voisinage révèle que Madame … s'est présentée à la voisine directe de Monsieur … comme étant sa nouvelle voisine et la compagne de ce dernier, et qu'elle allait déménager dans le courant du mois de juillet 2014
- que cette même enquête, réalisée en avril et mai 2016, a permis de constater la présence du véhicule de Madame … à plusieurs reprises, à différentes heures de la journée, au domicile de Monsieur … (à la Bruyère)
- que la consommation d'eau de Monsieur … est passée de 30 m^3 pour 2012-2013 à 46 et 43 m^3 pour 2013-2014 et 2014-2015
- que l'enquête de voisinage réalisée au domicile de Madame … (à Wauthier-Braine) a révélé que l'habitation est occupée par les deux fils de Madame … et que celle-ci n'y viendrait que de manière sporadique
- que Monsieur … perçoit un salaire net de 2.000 à 2.100 EUR/mois

5. C.T. Bruxelles, 25.02.2016, R.G. 2014/AB/769, www.terralaboris.be.
6. Cass., 09.10.2017, J.T., 2018, p. 139.

- qu'à la question de savoir si il a un compte bancaire commun avec Madame … , Monsieur … a répondu par la négative, en précisant que Madame y verse de l'argent pour la nourriture, indiquant aussi qu'ils se voient régulièrement
- que Madame … a déclaré ne pas avoir de jours précis pour voir Monsieur … mais rester parfois chez lui 3 à 5 jours, que c'est plus facile chez lui car il travaille à pauses, que toutes ses dépenses démarrent de son compte et qu'elle reçoit de l'aide de ses enfants pour la nourriture voire du Cpas, que Monsieur … gère ses factures et parfois lui avance l'argent qu'elle rembourse quand elle sait.

Pour le tribunal, il est fallacieux d'avancer que l'enquête serait partiale alors que les éléments d'enquête, recueillis par un inspecteur de police assermenté, résultent pour l'essentiel de l'intéressée elle-même et de son compagnon.

Ces déclarations livrent des éléments sérieux et concordants d'une cohabitation, qui ont permis aux institutions de sécurité sociale de considérer que la situation qui leur a été déclarée par Madame … n'apparaissait pas conforme à la réalité.

Il est indifférent qu'il n'y a pas eu de compte bancaire commun.

Outre que ce constat peut aussi être posé chez nombre de couples vivant en ménage, il a en effet été déclaré que Madame … contribuait aux charges ménagères (en versant de l'argent sur le compte de Mr …) et que Monsieur … s'occupait de la gestion du budget (il gère les factures, parfois les paie sans nécessairement être remboursé).

Il s'en déduit assurément qu'il y a un partage des tâches et questions ménagères, ainsi que des flux financiers relatifs à ces questions du quotidien.

Quant à la circonstance que des personnes se partagent le cas échéant entre deux habitations (l'une pouvant être la résidence principale et l'autre la résidence secondaire, comme p.ex. une maison de campagne) durant la semaine, en soi, cela n'emporte pas que ces personnes vivent séparément. Il y a vie sous le même toit quand bien même celui-ci se décline en deux lieux distincts.

4.2.

Dans le cadre de la présente procédure sur recours, il appartenait ainsi à Madame … de rapporter la preuve qu'elle n'a pas cohabité avec Monsieur … .

Quant aux attestations de témoins qu'elle produit, le tribunal n'aperçoit pas comment elles pourraient contrarier utilement les déclarations initiales du 6 juin 2016 des principaux intervenants eux-mêmes, Madame … et Monsieur … .

Elles apparaissent d'ailleurs collectées pour les besoins de la cause. Les témoins, soit ne déclarent rien si ce n'est qu'ils n'ont pas été contactés par l'agent de quartier, soit se limitent à des déclarations générales et vagues.

Au demeurant, Monsieur … va plutôt conforter la position soutenue par les institutions de sécurité sociale en indiquant qu'il voyait parfois le véhicule de Madame … le week-end devant chez Monsieur … .

Quant aux autres éléments produits, les mentions manuscrites ("payé le …") reprises sur des factures ne sont pas probantes en soi.

Pour les extraits de compte bancaire, l'ONEm a fait le relevé de quelques sommes importantes versées par Madame … , sans communication, sur le compte de Monsieur … : 780 EUR le 27 janvier 2016, 767 EUR le 27 février 2016, 508 EUR le 30 mars 2016, 180 EUR le 3 mai 2016.

Cela vient conforter l'aveu extrajudiciaire déjà retenu par le tribunal, à savoir la reconnaissance de l'existence de flux financiers révélant un partage des charges ménagères.

Le tribunal observe aussi que les consommations d'électricité et d'eau au domicile de Madame … ont sensiblement diminué en 2015 et 2016 par rapport à 2014 (pièces 36 et 39).

Et à l'audience, Madame l'Auditeur du travail a souligné que Madame … a certes produit des extraits du compte bancaire de Monsieur … (pièces 50 à 364) mais pas du sien, de sorte qu'elle ne fait pas la démonstration qu'elle a bien payé ses propres charges ; elle a aussi relevé l'absence d'explications étayées sur les mouvements entre comptes bancaires.

4.3.

En conclusion de ce qui précède, le tribunal estime qu'il y a lieu de retenir l'existence d'une cohabitation.

B. Sur les décisions de l'O.A. et sa demande reconventionnelle

Il suit de ce qui précède que les décisions de l'O.A. ont été prises à bon escient.

Il n'y a de contestation sur le montant réclamé au titre d'indu.

Le tribunal fait donc droit à la demande reconventionnelle.

C. Sur la décision de l'INAMI et de …

Pareillement, reposant sur une cohabitation ici confirmée, les décisions entreprises sont confirmées.

Dès lors que le rapport d'enquête de son Service de contrôle administratif a constitué le fondement des décisions entreprises, le tribunal met les dépens à charge de l'INAMI.

Sauf pour ce qui concerne le droit de contribution, dû par acte introductif.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

statuant contradictoirement à l'égard des parties, en application de l'article 747, § 2 du Code judiciaire à l'égard de la partie défenderesse … dans la cause R.G. 17/868/A,

Sur avis oral conforme de Madame … , Substitut de l'Auditeur du travail,

...

Déclare les demandes de Madame … **non fondées**,

…

Déclare la demande reconventionnelle de l'O.A. fondée,

Condamne en conséquence Madame … à payer à l'O.A. la somme de 10.905,49 EUR au titre des montants indûment perçus, à majorer des intérêts légaux à dater des paiements intervenus jusqu'à parfait paiement.

…

VI. Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 11 octobre 2019

Assujettissement fictif – Désassujettissement – Pouvoir ONSS – Recours – Refus d'application

Le tribunal rappelle l'interprétation de la Cour de cassation qui énonce que l'ONSS a le pouvoir de refuser le bénéfice de la loi à ceux qui n'en remplissent pas les conditions partant, de décider d'office de l'existence ou de l'inexistence du contrat de travail.

Une telle décision peut faire l'objet d'un recours formé directement contre elle, mais également d'un refus d'application par les cours et tribunaux lorsqu'elle n'est pas conforme à la loi (art. 159 de la Constitution). La Cour de cassation a toutefois rappelé que ce refus d'application a pour conséquence de ne pas faire naître ni droits ni obligations pour les intéressés.

Attendu que la décision prise par l'ONSS n'a pas été directement contestée par l'intéressée et que cette dernière demande au tribunal de ne pas l'appliquer. En ligne avec la jurisprudence de la Cour de cassation, une telle mesure ne peut faire naître des droits ou des obligations en sa faveur. Dès lors, le tribunal ne dispose pas de pouvoir de recréer un assujettissement à la sécurité sociale dans le cadre d'un refus d'application d'une décision de l'ONSS.

Nos de rôle : 17/6782/A, 18/3099/A, 18/3482/A et 18/4768/A.
… c./ONEm, INAMI et O.A.

…

II. L'exposé des faits

Madame … et Monsieur … , employeur en personne physique, déclarent avoir conclu un contrat de travail prenant cours le 7 octobre 2014.
Selon le document C4 délivré par le second, ce contrat a pris fin le 15 janvier 2015.

Sur base de ce document et d'attestations U1 (emploi en Italie), l'intéressée obtient le bénéfice des allocations de chômage et le remboursement de soins de santé.

L'Office national de sécurité sociale (en abrégé ONSS) mène une enquête au sujet des activités déclarées par Monsieur … . Dans ce cadre, plusieurs travailleurs (dont Mme …) sont entendus par des inspecteurs sociaux.

Par une décision notifiée le 12 mai 2016, l'ONSS notifie à l'intéressée son désassujettissement en tant que travailleuse de cette société pour le 4e trimestre 2014 et le 1er trimestre 2015, au motif que :

"Op basis van de door ons verzamelde elementen en nazicht van uw dossier elementen is de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (…) van oordeel dat u in de periode van 1 november 2014 tot en met 15 januari 2015 door de werkgever (…) ten onrechte onderworpen werd aan het stelsel der sociale zekerheid oor werkenemers in toepassing van artikel 1 van de wet van 27 juni 1969. De drie constitutieve elementen van een arbeidsovereenkomst, m.n. prestaties, loon en gezag, ontbraken immers."

Le 11 mai 2016, l'ONSS informe l'INAMI de cette décision de désassujettissement. Un inspecteur de l'INAMI dresse procès-verbal le 8 mai 2017. Celui-ci est notifié à Madame … le 15 mai 2017. Par la voix de son conseil, celle-ci fait valoir ses moyens de défense par un courrier du 23 juin 2017.

Le 1er juin 2017, l'INAMI informe l'ONEm de la situation. Par un courrier du 13 juillet 2017, ce dernier convoque Madame … pour un entretien le 25 juillet 2017. Celui-ci ne pourra pas être postposé, et personne ne se présentera pour l'intéressée ce jour-là.

Par une décision du 4 août 2017, l'ONEm :

- l'exclut du bénéfice des allocations de chômage du 9 février 2015 au 3 avril 2016
- décide de récupérer les allocations versées pendant la même période (évaluées à 10.372,0514 EUR).

Cette décision est motivée comme suit :

"Vous avez été admis au bénéfice des allocations de chômage en date du 9 février 2015 suite à des prestations effectuées en Italie. Ces prestations ont été suivies par du travail en Belgique du 7 octobre 2014 au 21 décembre 2014 et du 1er janvier 2015 au 15 janvier 2015 auprès de … . Suite à une enquête de l'ONSS, les prestations pour ladite [personne] ont été annulées.
Vous ne prouvez donc plus une période de travail en Belgique pour prouver votre admissibilité.
Par conséquent, vous n'avez pas droit aux allocations de chômage du 9 février 2015 au 3 avril 2016.
(…)
Toute somme perçue indûment doit être remboursée (…).
Par conséquent, les allocations doivent être récupérées du 9 février 2015 au 3 avril 2016 (…)."

Madame … sollicite de l'ONEm un plan de remboursement échelonné le 21 août 2017. Celui-ci est refusé le 12 septembre 2017.

Par un courrier du 29 janvier 2018, l'INAMI offre à Madame … un autre délai pour formuler des observations. Celle-ci n'en fera pas usage.

Par une décision du 30 mars 2018, l'INAMI inflige à Madame … une amende administrative de 375,00 EUR.

Cette décision est motivée comme suit :

"Il ressort de l'enquête de l'inspecteur social du Service du contrôle adminitratif que vous avez bénéficié à tort du droit aux soins de santé au cours de la période du 1er octobre 2014 au 31 décembre 2016 sur base de documents que vous saviez être faux.
Afin de bénéficier de cet avantage, vous avez remis à votre mutualité une attestation d'assujettissement établie par l'entreprise en personne physique … . Des bons de cotisation à votre nom ont également été transmis par ladite [entreprise] à la banque-carrefour de la sécurité sociale.
Sur base de ces documents, votre mutualité vous a octroyé le droit au remboursement de vos soins de santé au cours de la période du 1er octobre 2014 au 31 décembre 2016.

Or, l'Office national de sécurité sociale a procédé à l'annulation de l'assujetissement à la sécurité sociale de tous les travailleurs déclarés par l'entreprise en personne physique … du 4e trimestre 2014 au 3e trimestre 2015 inclus.
(…)
Tous les documents établis par l'entreprise en personne physique … à votre nom doivent être considérés comme des faux ne correspondant à aucune réalité.
Vous ne pouviez ignorer que ces documents étaient des faux puisque vous n'avez jamais travaillé pour le compte de cet employeur."

Par une décision du 2 mai 2018, l'O.A. revoit le droit aux prestations de santé de Madame … , ayant été informée que celle-ci a *"été assujettie frauduleusement à la sécurité sociale belge"*. Par conséquent, *"Nous devons récupérer nos interventions pour les prestations de santé pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2017 vous concernant et pour la période du 1er janvier au 30 juin 2015 pour … et … "*.

Par un courrier du 19 juillet 2018, l'O.A. informe Madame … qu'une somme de 2.963,09 EUR est due.

Madame … conteste :

- la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 par une requête reçue au greffe le 6 novembre 2017 (dossier R.G. 17/6782/A)
- la décision prise par l'INAMI le 30 mars 2018 par une requête reçue au greffe le 28 juin 2018 (dossier R.G. 18/3099/A)
- la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 par une requête reçue au greffe le 27 juillet 2018 (dossier R.G. 18/3482/A).

Par une requête reçue au greffe le 19 octobre 2018 (dossier R.G. 18/4768/A), l'O.A. sollicite la condamnation de l'intéressée à lui payer la somme de 2.963,09 EUR.

Par des conclusions déposées le 13 septembre 2019, l'ONEm demande, à titre reconventionnel, la condamnation de l'intéressée à lui payer la somme de 10.372,05 EUR.

III. Les demandes

Madame … n'a pas contesté la décision prise par l'ONSS, dont elle demande cependant l'écartement. Elle demande également :

- l'annulation de la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 (dossier R.G. 17/6782/A)
- l'annulation de la sanction infligée par l'INAMI le 30 mars 2018 (dossier R.G. 18/3099/A)
- l'annulation de la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 (dossier R.G. 18/3482/A).

À titre subsidiaire, elle déclare avoir été victime d'un escroc (…) et invoque sa bonne foi. Sur cette base, elle demande :

- la réduction de l'amende infligée par l'INAMI
- la réduction de la somme à rembourser à l'ONEm aux 150 derniers jours d'allocations
- la réduction de la somme à rembourser à l'O.A. compte tenu d'un délai de prescription de deux ans.

Les trois institutions en cause sollicitent la confirmation de leurs décisions. Elles exposent n'avoir fait qu'appliquer la décision de désassujettissement prise par l'ONSS et non contestée par Madame … .

Par conséquent,

- l'O.A. sollicite la condamnation de Madame … à lui rembourser la somme de 2.963,09 EUR
- l'ONEm sollicite (à titre reconventionnel) la condamnation de l'intéressée à lui rembourser la somme de 10.372,05 EUR
- l'INAMI sollicite la confirmation de l'amende infligée, qui est proportionnée à la fraude constatée. Il demande également que l'action de Madame … soit déclarée téméraire et vexatoire, et que celle-ci soit condamnée aux dépens (liquidé à la somme de 131,18 EUR).

IV. La jonction des causes

Conformément à l'article 30 du Code judiciaire,

"Des demandes en justice peuvent être traitées comme connexes lorsqu'elles sont liées entre elles par un rapport si étroit qu'il y a intérêt à les instruire et juger en même temps afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliabes si les causes étaient jugées séparément."

En l'espèce, les quatre causes trouvent leur source dans la même décision de désassujettissement prise par l'ONSS. Elles sont donc liées par un rapport étroit justifiant leur jonction pour connexité.

V. La décision du tribunal

A. Le désassujettissement

Conformément à l'article 22, alinéa 4, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, *"l'Office [National de Sécurité Sociale] peut également faire établir d'office, par les fonctionnaires visés à l'article 31 ou par les services intérieurs de l'Office, aux frais de l'employeur ou de son mandataire en défaut ou aux frais du curateur en défaut, les rectifications de déclarations inexactes ou incomplètes"*.

Selon l'interprétation donnée par la Cour de cassation, l'ONSS a ainsi le pouvoir *"de refuser le bénéfice de la loi à ceux qui n'en remplissent pas les conditions, partant, de décider d'office de l'existence ou de l'inexistence du contrat de travail"*[1].

Une telle décision peut faire l'objet d'un recours formé directement contre elle, mais également d'un refus d'application par les cours et tribunaux lorsqu'elle n'est pas conforme à la loi (art. 159 de la Constitution)[2]. La Cour de cassation a toutefois rappelé que ce refus d'application a pour conséquence de ne faire naître ni droits ni obligations pour les intéressés[3].

En l'espèce, l'ONSS a annulé l'assujettissement de Madame … pour le 4e trimestre 2014 et le 1er trimestre 2015. Cette décision lui a été notifiée par lettre recommandée le 12 mai 2016, mentionnant la possibilité d'un recours devant le tribunal.

La décision prise par l'ONSS n'a pas été directement contestée par l'intéressée. Ce n'est que dans le cadre des présentes causes que Madame … demande au tribunal de ne pas l'appliquer. Or, comme l'a relevé la Cour de cassation, une telle mesure ne peut faire naître des droits ou des obligations en sa faveur.

1. Cass., 07.12.1998, JLMB, 1999, p. 1164 et J.T.T., 1999, p. 77.
2. Chr. BEDORET, "L'autorité de chose décidée en droit de la sécurité sociale ou quand la montagne accouche d'une souris…", R.D.S., 2010, pp. 158 et ss., § 37 et ss.
3. Cass., 17.03.2003, J.T.T., 2003, p. 457.

Dès lors, le tribunal ne dispose pas du pouvoir de recréer un assujettissement à la sécurité sociale dans le cadre d'un refus d'application d'une décision de l'ONSS.

Au surplus, comme l'a relevé Madame l'auditeur du travail, la décision de désassujettissement est fondée sur plusieurs éléments troublants :

- les déclarations DIMONA et dmfA ont été introduites tardivement et rétroactivement
- aucune activité n'a été trouvée à l'adresse renseignée par Monsieur … , qui est injoignable
- le contrat de Madame … produit ne précise pas l'horaire et le(s) lieu(x) de travail
- il ne fait pas référence à la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail
- la rémunération mentionnée n'est pas la même que celle mentionnée sur le document C4
- il est prévu qu'elle soit payée de la main à la main, sans qu'une quittance ne soit fournie
- madame … est incapable de mentionner les dates et lieux de travail, les collègues qui l'ont accompagné et l'importance des prestations accomplies
- les fiches de paie ont été établies après la rupture des relations de travail
- madame … n'apporte pas la preuve qu'un préavis lui ait été notifié, alors qu'une période est mentionnée sur le document C4
- elle a déclaré qu'une somme de 500,00 EUR lui restait due, mais n'a entamé aucune démarche pour la réclamer.

Ces éléments motivent à suffisance de droit la décision de l'ONSS, qui peut être appliquée par le tribunal.

B. La décision de l'ONEm

Conformément à l'article 30 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant règlementation du chômage,

"Pour être admis au bénéfice des allocations de chômage, le travailleur à temps plein doit accomplir un stage comportant le nombre de journées de travail mentionné ci-après :
1° 312 au cours des 21 mois précédant la demande d'allocations, s'il est âgé de moins de 36 ans (…)."

Par ailleurs, l'article 37, § 2 dispose

"Le travail effectué à l'étranger est pris en considération s'il l'a été dans un emploi qui donnerait lieu en Belgique à des retenues pour la sécurité sociale, y compris celles pour le secteur chômage.
L'alinéa 1er ne vaut toutefois que si le travailleur a, après le travail effectué à l'étranger, accompli des périodes de travail comme salarié en vertu de la réglementation belge."

L'ONEm demande que soit établi au moins un jour de travail en qualité de salarié en Belgique[4]. Cette exigence n'est pas contraire à la réglementation européenne[5].

En l'espèce, Madame … a été affiliée comme travailleuse salariée en Italie, mais ne présente pas d'autres jours d'affiliation en Belgique que ceux ayant fait l'objet du désassujettissement par l'ONSS.

4. M. BAUKENS, "Le droit aux allocations de chômage des travailleurs étrangers et apatrides", J.T.T., 2001, p. 233.
5. En ce sens : T.T. Bruxelles, 18.06.2013, Chron. D.S., 2014, p. 270.

Elle a donc obtenu le bénéfice des allocations de chômage indûment, et sur base de documents frauduleux. Elle n'est pas de bonne foi.

Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 dans toutes ses dispositions. Et il y a lieu de faire droit à la demande reconventionnelle.

C. La décision de l'O.A.

Conformément à l'article 32, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 julllet 1994,

"sont bénéficiaires du droit aux prestations de santé (…) les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969, révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (…)".

Par ailleurs, selon l'article 164, alinéa 10, de la même loi coordonnée,

"Si l'affiliation ou l'inscription en une qualité erronée résulte de manœuvres frauduleuses, la valeur des prestations accordées au bénéficiaire qui a effectué ces manœuvres est toujours à récupérer, que l'affiliation ou l'inscription puisse, ou non, être régularisée par la prise en considération d'une autre qualité valable."

En l'espèce, Madame … a bénéficié du remboursement des prestations de santé sur base d'un assujettissement fondé sur des documents frauduleux. Elle n'est pas de bonne foi.

Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 dans toutes ses dispositions.

Conformément à l'article 164, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

"celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé (…) est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées."

Il y a donc lieu de faire droit à la demande de titre exécutoire solllicité par l'O.A.

D. La décision de l'INAMI

Conformément à l'article 168*quinquies*, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

"Une amende administrative de minimum 50 EUR et de maximum 500 EUR est prononcée contre l'assuré social qui, sur base d'une fausse déclaration ou d'un faux document, a bénéficié indûment de prestations telles que prévues au titre III."

En l'espèce, l'INAMI a infligé à Madame … une amende de 375,00 EUR sur base de l'utilisation de faux documents d'assujettissement.

La hauteur de cette sanction est bien proportionnée à la gravité et la durée des infractions constatées.

Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision prise par l'INAMI le 30 mars 2018 dans toutes ses dispositions.

E. Les dépens

Conformément à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire,

"La condamnation aux dépens est (…) toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois et règlements [en matière de sécurité sociale], en ce qui concerne les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux."

Selon la doctrine, "la procédure peut (…) être déclarée téméraire et/ou vexatoire lorsque le justiciable intente une action par suite d'une erreur d'appréciation à ce point évidente qu'elle devait être nécessairement aperçue et évitée ou encore lorsque le justiciable même de bonne foi, formule une demande qui n'a manifestement aucune chance d'aboutir. Un manque manifeste de réflexion, un défaut flagrant d'appréciation ou des griefs sans pertinence suffisent pour que la demande puisse être qualifiée de téméraire et/ou vexatoire"[6].

En l'espèce, Madame … a introduit des recours en invoquant des périodes d'activités qu'elle savait inexistantes, sur base de documents qu'elle savait faux.

Ses actions sont donc téméraires (faites "avec une hardiesse imprudente, excessive et inconsidérée ou à la légère, sans base solide") et vexatoires (faites dans le but "de maltraiter, de tourmenter"[7]). Il y a dès lors lieu de le condamner aux dépens.

En l'espèce, l'INAMI liquide les siens à la somme de 131,18 EUR ;

Conformément à l'article 1022, alinéa 5, du Code judiciaire,

"Lorsque plusieurs parties bénéficient de l'indemnité de procédure à charge d'une même partie succombante, son montant est au maximum le double de l'indemnité de procédure maximale à laquelle peut prétendre le bénéficiaire qui est fondé à réclamer l'indemnité la plus élevée. Elle est répartie entre les parties par le juge."

Par conséquent, le montant maximal de l'indemnité due par Madame … s'élève à 2 x 131,18 EUR, soit 262,36 EUR.

Cette indemnité doit être répartie entre l'ONEm, l'O.A. et l'INAMI. Il convient dès lors de retenir le montant le plus proche de 262,36 EUR susceptible d'être divisé en trois.

Le tribunal retient à titre de dépens la somme de 262,35 EUR. Ceci permet d'accorder individuellement à chaque institution une indemnité de 87,45 EUR.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

Statuant après un débat contradictoire,

Sur avis conforme de Madame l'auditeur du travail,

6. S. GILSON, M. GLORIEUX, S. PALATE et A. ROGER, "Les dépens en matière de sécurité sociale", in Le contentieux du droit de la sécurité sociale, Limal, Anthémis, 2012, p. 411.
7. Idem, p. 410.

Ordonne la jonction des causes R.G. 17/6782/A, 18/3099/A, 18/3482/A et 18/4768 pour connexité ;

Dit les demandes de Madame … non fondées ;

Confirme la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 dans toutes ses dispositions ;

Confirme la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 dans toutes ses dispositions ;

Confirme la décision prise par l'INAMI le 30 mars 2018 dans toutes ses dispositions ;

Dit la demande de l'O.A. fondée ;

Condamne Madame … au paiement à l'O.A. de la somme de 2.963,09 EUR, à titre de remboursement de soins versés indûment ;

Dit la demande reconventionnelle de l'ONEm fondée ;

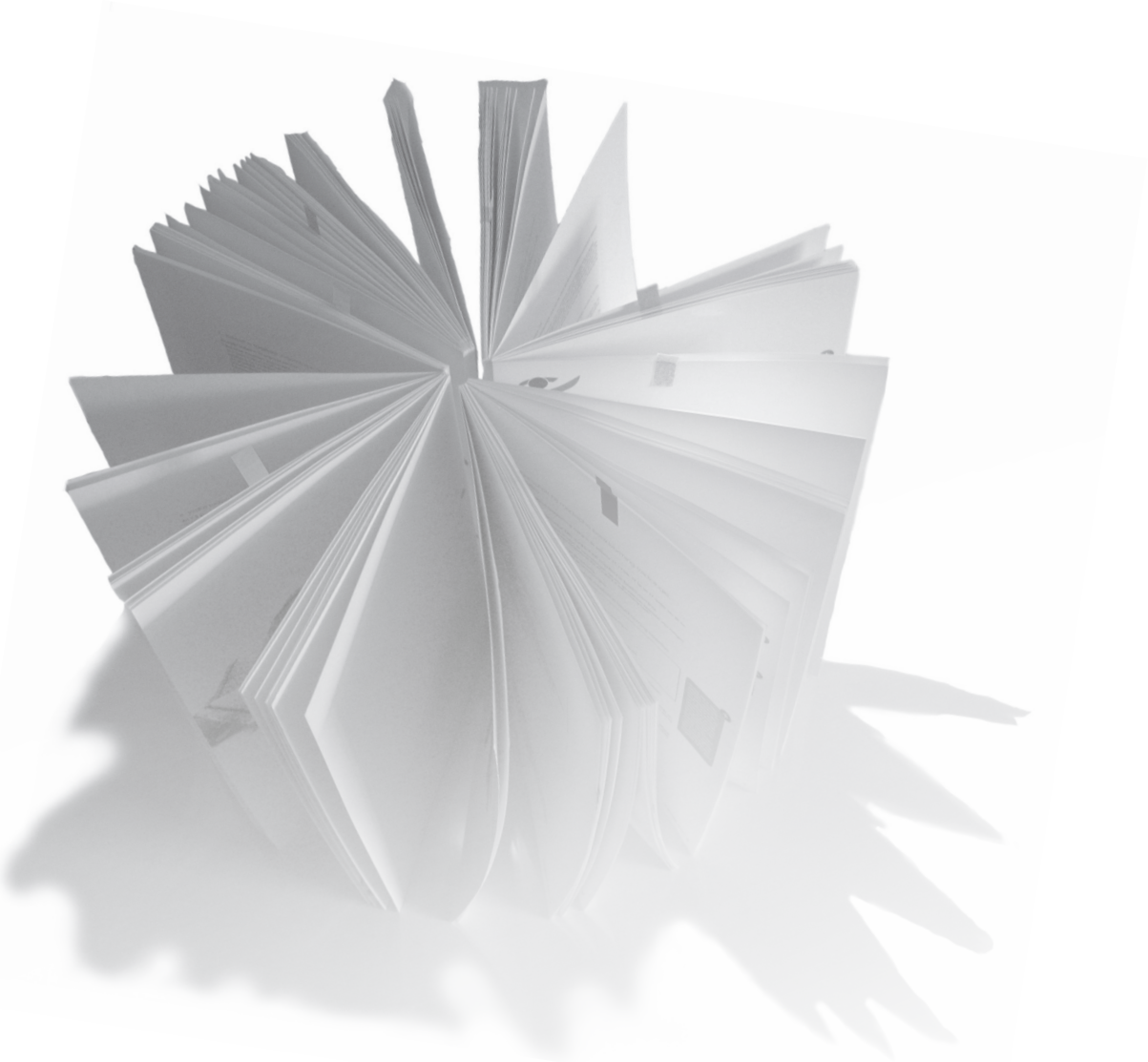
Condamne Madame … au paiement à l'ONEm de la somme de 10.372,05 EUR, à titre d'allocations de chômage versées indûment ;

Condamne Madame … aux dépens de l'instance, liquidés à la somme de 262,35 EUR, et à 20,00 EUR de contribution en faveur du Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne ;

Précise que la somme de 262,35 EUR sera répartie à parts égales entre l'ONEm, l'O.A. et l'INAMI, qui ont chacun droit à la somme de 87,45 EUR.

…

3e Partie
Questions et réponses parlementaires



I. Maladies chroniques

Augmentation des dépenses - Étude européenne - Données chiffrées - Entités fédérées - Compétence du Sénat - Volet prévention - Dépenses liées à l'assurance-maladie - Plan conjoint en faveur des malades chroniques - Développement des soins intégrés

Question n° 6-1944 posée le 18 juillet 2018 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Monsieur le Sénateur LACROIX[1]

Selon certaines informations, le coût des maladies chroniques ne cessant de croître d'année en année, du fait notamment du vieillissement de la population et aussi du prix des technologies innovantes ou encore du prix des médicaments et des honoraires des praticiens, ce coût serait de nature à mettre sérieusement en difficulté le régime des soins de santé de notre sécurité sociale.

Ces inquiétudes seraient confirmées par une étude européenne publiée récemment. Plusieurs maladies sont ciblées comme le cancer, les maladies respiratoires, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires.

Les données chiffrées avancées par l'étude précitée posent question. En effet, à politique égale, le coût au niveau européen pourrait exploser de 38 % d'ici 2030 et de 84 % d'ici 2050. La crainte est évidemment que les maladies chroniques deviennent, à terme, ingérables financièrement.

Cette question relève bien de la compétence du Sénat. En effet, si les aspects financiers et la santé publique de manière générale relèvent du niveau fédéral, certains aspects - et notamment le volet prévention - relèvent de la compétence des entités fédérées.

La prévention est un élément capital dans ce dossier. Il peut s'agir de la prévention pour un style de vie plus sain par exemple : pratiquer un sport, ne pas se trouver en surpoids, consommer de l'alcool avec modération, ne pas fumer, se nourrir de manière équilibrée, etc. Tous les acteurs du monde médical mais aussi les responsables politiques devraient insister sur ces éléments de vie. D'autant que l'étude européenne note que même en tenant compte d'une politique de prévention responsable, une augmentation des dépenses pour ces maladies chroniques est tout à fait inévitable.

Enfin, si quelques maladies ont été ciblées précédemment, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met l'accent sur d'autres maladies pouvant être répertoriées comme "chroniques" : l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'hypertension, la polyarthrite, la dépression, l'épilepsie, la sclérose en plaques ou encore le sida.

Quelles sont les mesures prises dans ce cadre en concertation avec vos collègues des entités fédérées ?

Disposez vous de données chiffrées précises par rapport à la situation de notre pays dans ce dossier ?

Quel est l'état de la question ?

1 Sénat, session ordinaire 2017-2018, p. 2.

Réponse

Il est vrai que les dépenses liées aux maladies chroniques ont augmenté ces dernières années, en raison de plusieurs facteurs comme le vieillissement de la population et les évolutions technologiques. Il convient de préciser à cet égard qu'une part relativement faible de malades chroniques est responsable d'une grande partie des dépenses liées à l'assurance maladie, surtout en cas de multimorbidité : 10 % de la population est responsable de 72 % des soins de santé remboursés.

De récents chiffres des organismes assureurs le confirment également : entre 2010 et 2015, les frais de santé liés aux personnes souffrant d'une affection chronique ont augmenté de 10 %, soit en moyenne 5.746 EUR par personne et par an, alors que cette augmentation s'est limitée à 1 % dans le cas de patients sans maladie chronique. Lorsque l'on examine le groupe des malades chroniques, les remboursements dans le cadre de l'assurance maladie s'élèvent en moyenne à 3.449 EUR pour une personne souffrant d'une seule affection chronique, à 6.501 EUR pour les patients atteints de deux maladies chroniques, jusqu'à 21.751 EUR lorsqu'une personne souffre d'au moins cinq affections chroniques. En Belgique, les dépenses de santé ont augmenté de manière constante ces dix dernières années et sont supérieures à celles de la plupart des pays européens. En 2015, la Belgique a alloué environ 10,5 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé et enregistre donc un score supérieur de 1,5 point de pourcentage par rapport à la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et un score supérieur de 1,1 point de pourcentage par rapport à la moyenne européenne.

Nous disposons de peu de données chiffrées complètes, récentes (et fiables) sur l'impact et l'évolution précis des maladies chroniques sur le budget des soins de santé en Belgique. Ce manque de données est dû au grand étalement des maladies chroniques qui sont reprises dans les données et à la poursuite du morcellement des sources de financement en matière de soins et de santé qui fait suite à la sixième réforme de l'État. Le rapport sur les projections économico-financières de la Banque nationale de Belgique (BNB) de 2018 indique toutefois que depuis 2015, la croissance réelle des dépenses en matière de soins de santé s'est limitée à maximum 1,5 %, ce qui est conforme à l'objectif avancé par l'autorité fédérale au début de cette législature.

Or, miser uniquement sur une limitation des dépenses en matière de soins chroniques ne suffit pas à lutter contre cette problématique de manière adéquate. Il convient de tendre vers une vision à long terme structurelle et une approche qui tient compte aussi au maximum des besoins des patients individuel, tout en accordant une attention suffisante à la prévention. Au niveau international, il existe donc un large *consensus* sur la nécessité d'évoluer vers un système de soins intégrés où l'on vise à la fois : l'amélioration de la qualité des soins perçue par le patient, l'amélioration de l'état de santé de la population en général et l'utilisation plus efficace des moyens publics disponibles *(Triple Aim)*.

Cela fait quelques années déjà que cette évolution vers des soins intégrés a démarré en Belgique, plus concrètement par la signature du plan conjoint en faveur des malades chroniques ("Des soins intégrés pour une meilleure santé"), le 30 mars 2015, par les ministres de la Santé publique aussi bien des entités fédérées que de l'État fédéral. Ce plan cite dix-huit composantes qui sont nécessaires au développement des soins intégrés en Belgique, dont la prévention. Dans le cadre dudit plan, douze projets pilotes (6 en Flandre, 5 en Wallonie et 1 à Bruxelles) ont également été lancés en Belgique depuis le 1er janvier 2018 et visent la transposition concrète des soins intégrés dans la pratique sur le terrain. L'objectif de ces projets est de mieux rationaliser les soins aux personnes souffrant d'une maladie chronique, notamment en permettant aux prestataires de soins et aux établissements de soins de mieux collaborer autour du patient et avec celui-ci afin qu'il puisse compter sur de meilleurs soins et une meilleure qualité de vie. Ces projets s'étendent sur quatre ans.
Chaque projet pilote dispose à cet égard d'un plan d'action spécifique locorégional qui est adapté au maximum aux besoins locaux.

De plus, dans le cadre du plan conjoint en faveur des malades chroniques, on mise aussi sur le suivi ultérieur des différentes autorités au niveau du développement des soins intégrés en Belgique. En effet, la collaboration entre les diverses autorités est cruciale pour permettre la réussite des soins intégrés. À cette fin, on identifie aussi, pour chaque niveau de pouvoir (fédéral - entités fédérées), des initiatives complémentaires qui peuvent contribuer au développement des dix-huit composantes des soins intégrés.

Enfin, il convient de préciser qu'une telle vision de soins intégrés n'est pas uniquement au cœur du plan conjoint en faveur des malades chroniques. Elle constitue également le fil conducteur des divers trajets de réformes en matière de soins et de bien-être aux différents niveaux de pouvoir. Ainsi, nous pouvons notamment renvoyer à la réorganisation des soins de première ligne en Flandre, où une approche intégrale occupe également une position centrale. En outre, d'autres initiatives, comme le plan d'action eSanté 2.0, la réforme du paysage hospitalier et des professions de santé, etc., contribuent à la réalisation des soins intégrés en Belgique.

II. Maladies chroniques

Hausse des dépenses de santé - Hausse du nombre de malades - Vieillissement de la population - Modes de vie défavorables - Enquête de santé - Données - Plan conjoint en faveur des maladies chroniques - Projets pilotes - Soins intégrés

Question n° 2234 posée le 9 mars 2018 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la représentante GALANT[1]

Je vous avais récemment interpellé sur les maladies chroniques ainsi que sur votre vision des soins intégrés.

Ici, une étude des Mutualités libres réalisée auprès de ses 2,2 millions d'affiliés a permis de montrer que dans notre pays les dépenses de santé pour les maladies chroniques ont augmenté de 10 %.

Cette étude constate plusieurs faits.

D'une part, une augmentation significative du nombre de malades dits chroniques depuis 2010. Schématiquement, un belge sur quatre souffre d'une maladie chronique. Évidemment, la probabilité d'avoir ce type de maladie augmente avec l'âge.

D'autre part, la dépense annuelle moyenne à charge de la sécurité sociale des personnes atteintes d'une maladie chronique est sept fois plus élevée que celle des personnes sans affection chronique. D'où un accroissement significatif des dépenses publiques qui leur sont liées.

1. Comment expliquez-vous un tel essor des malades chroniques ? Est-ce uniquement dû aux vieillissements de notre population ?

2. Actuellement, quelle est le nombre de malades chroniques ? Comment se répartissent-ils selon les âges ?

3. Votre vision des soins intégrés que vous avez développée va-t-elle permettre à court ou moyen terme de réduire les dépenses de santé liées aux maladies chroniques ?

Réponse

Le risque de maladies chroniques et de multi-morbidité augmente avec l'âge : en Belgique, plus d'une personne sur trois, de 65 ans et plus, souffre d'au moins deux maladies chroniques importantes (enquête de santé 2013). Cette hausse pèsera aussi bien sur l'offre actuelle des soins de santé que sur la capacité économique. De plus, le nombre de maladies chroniques augmente, en raison non seulement de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement, mais aussi de certains modes de vie défavorables. Il est possible d'éviter certaines maladies chroniques en adaptant son mode de vie (par ex. en modifiant son comportement alimentaire, sa consommation de tabac/d'alcool, son activité physique, etc.).

1. Bulletin n° 187, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p. 158.

D'après la dernière enquête de santé (2013), qui interroge un échantillon représentatif de la population sur sa santé, il s'avère que plus d'une personne sur quatre (28,5 %), de 15 ans et plus, s'estime touchée par une maladie chronique. Dans ladite enquête de santé, cette donnée a été évaluée au moyen de la question suivante : "Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps ?". Le pourcentage de personnes atteintes d'une maladie chronique augmente fortement avec l'âge. Il est de 9,6 % chez les jeunes entre 15 et 24 ans ; chez les seniors de 75 ans et plus, près de la moitié sont concernés (48,8 %) (voir annexe)[2].

Les annexes jointes à la réponse à cette question ont été transmises directement à l'honorable Membre. Étant donné leur caractère de pure documentation, il n'y a pas lieu de les insérer au *Bulletin des questions et réponses*, mais elles peuvent être consultées au greffe de la Chambre des représentants (Service des questions parlementaires).

En 2018, la collecte de données a été organisée en vue de la prochaine enquête de santé. Ces données feront l'objet d'une analyse et d'un rapport en 2019-2020.

D'après les données de l'Agence intermutualiste (AIM), il est également possible d'extraire des données sur le nombre de maladies chroniques : en 2016, 1.153.266 Belges ont reçu le statut "maladie chronique" (10,4 % de la population) et, au total, 3.579.512 personnes souffraient d'au moins une maladie chronique (32,3 % de la population). Cette dernière donnée est une estimation de l'AIM réalisée sur la base des médicaments délivrés dans les officines publiques pour une liste de groupes d'affections.

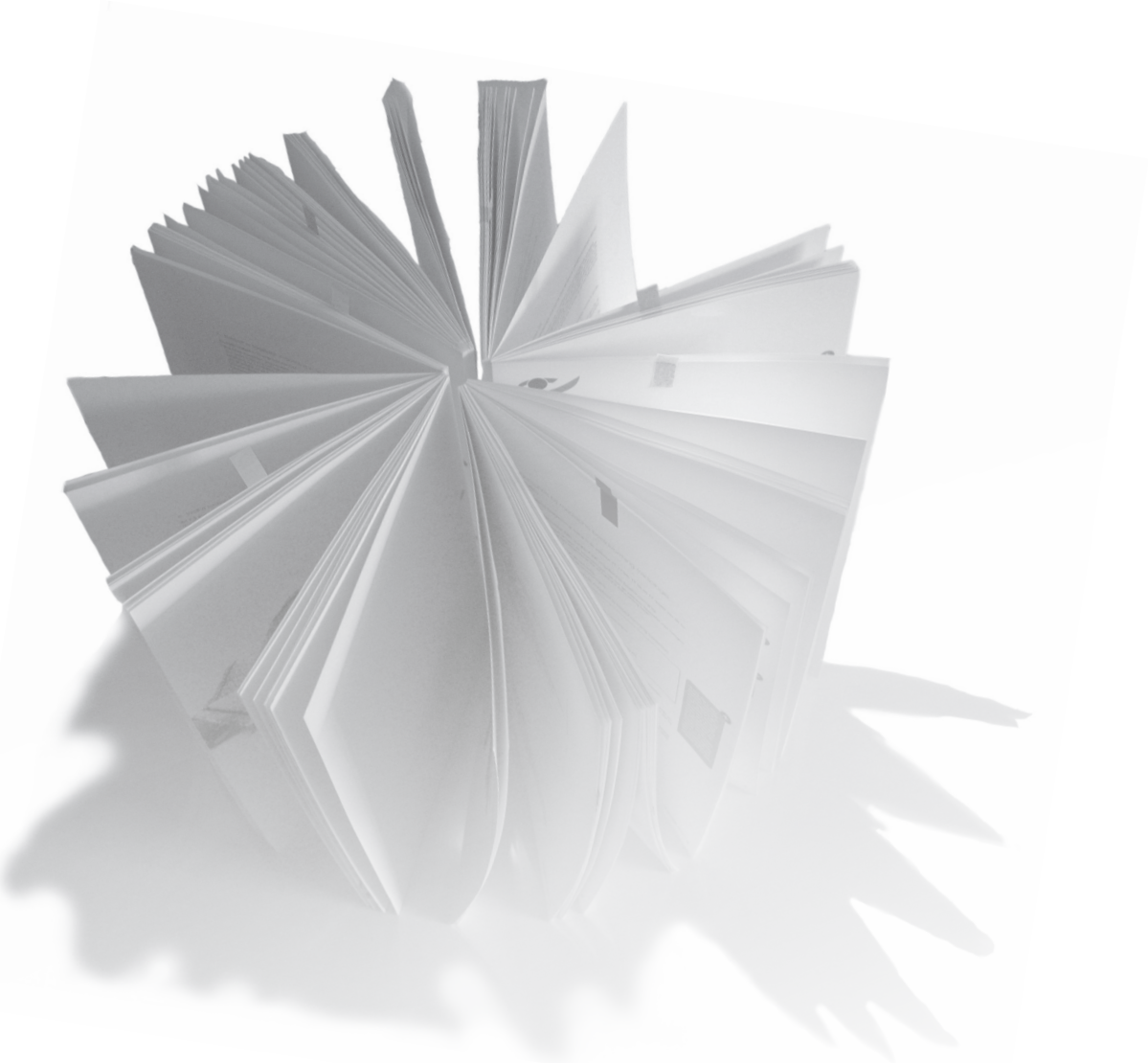
Étant donné que l'augmentation du nombre de malades chroniques est un grand défi en termes de santé publique, tous les ministres de la Santé publique, au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées, ont approuvé en 2015 le Plan conjoint en faveur des maladies chroniques. Le rapport n° 190 du Centre d'expertise concernant l'organisation des soins pour les maladies chroniques a servi de fil conducteur à cette politique de réforme.

La mission du Plan conjoint en faveur des maladies chroniques est de soutenir une amélioration de la qualité de vie de la population et, en particulier, en faveur des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques et, ce, afin qu'elles puissent vivre au mieux dans leur propre environnement (famille, école, travail) et dans la communauté, et puissent gérer leur processus de soins de manière active.
À cet effet, des adaptations du système de soins de santé sont nécessaires, sur la base des principes du *Triple Aim* : (i) améliorer l'état de santé de la population en général et des malades chroniques en particulier (ii) améliorer la qualité des soins (accessibilité, *evidence based*, etc.) ; (iii) accroître l'efficacité des moyens alloués (offrir de meilleurs soins à partir des moyens investis).

La durabilité du système de financement des soins est donc mise en avant comme l'un des objectifs du plan. La mission du plan est mise en pratique notamment par le biais de projets pilotes Soins intégrés. Dans le cadre de ces projets, toutes les sous-parties de l'objectif *Triple Aim* sont évaluées, donc aussi l'efficacité du fonctionnement au sein de la région du projet.

2. Non publiée ici.

4e Partie
Directives de l'INAMI



I. Le remboursement de la procréation médicalement assistée (PMA) de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Remboursement des frais de laboratoire

En vigueur à partir du 27 mai 2019
Abroge la circulaire n° 2017/224 du 17 juillet 2017

I. Introduction

Suite à la transposition de la *Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* dans la réglementation belge, une autorisation préalable (sous la forme d'un document S2 ou d'un document *ad hoc* similaire) n'est plus requise depuis le 25 octobre 2013 pour obtenir le remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA) des assurées belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

La Directive 2011/24/UE stipule que les frais de soins de santé transfrontaliers doivent être remboursés par l'État membre d'affiliation (p. ex. la Belgique) sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie légale jusqu'à concurrence du montant qui aurait été pris en charge par cet État membre si les soins de santé avaient été dispensés sur son territoire.

Ceci signifie que :

- le remboursement ne concerne que les soins de santé qui sont également remboursés en Belgique (= les conditions belges de remboursement doivent être remplies, telles que par ex. la condition de l'âge et l'accord du médecin-conseil[1] pour le remboursement d'un maximum de six tentatives…)
- le remboursement ne peut jamais être supérieur au remboursement prévu pour les mêmes soins de santé en Belgique.

Nous devons toutefois constater que certaines prestations de santé, lorsqu'elles sont dispensées sur le territoire belge, ne sont pas remboursées via la nomenclature des prestations de santé, mais qu'elles sont prises en charge par d'autres canaux, tels que le forfait de financement des frais de laboratoire dans le cadre de la PMA, qui est financé par le budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF).

1. Annexe 2A de l'A.R. instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

II. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse – Principes généraux

Une bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a droit au remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

Le remboursement de ces frais peut être subdivisé en trois catégories :

(i) un remboursement des frais pour les prestations de santé dans le cadre de la PMA, conformément à la nomenclature des prestations de santé *(A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ;*

(ii) un remboursement pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, conformément à la *circulaire aux hôpitaux généraux n° 2008/29 du 16 décembre 2008 concernant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine*, telle que modifiée par la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2009/6 du 5 mars 2009 et la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2014/3 du 10 janvier 2014 ;

(iii) une prise en charge du forfait de financement des frais de laboratoire tel que visé à l'article 74*bis* de l'*arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux*. Ce forfait ne peut pas être porté en compte à la patiente, qu'elle soit hospitalisée ou traitée de façon ambulatoire. L'article 74*bis* susvisé précise qu'il "… *est interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article* …".

> *Exemple*

Une femme de 34 ans, bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire belge et en possession d'un accord du médecin-conseil, se rend en Espagne pour un traitement FIV ambulatoire. Madame paie la facture dans laquelle un certain nombre de prestations de santé, de médicaments et de frais de laboratoire lui sont portés en compte. À son retour en Belgique, elle demande à son organisme assureur de lui rembourser ces frais. L'organisme assureur lui octroie une intervention dans les frais pour :

- *les prestations de santé (sur la base de la nomenclature, cf. (i) ci-dessus)*
- *les médicaments (sur la base de la circ. aux hôpitaux généraux n° 2008/29, telle que modifiée, cf. (ii) ci-dessus)*
- *les frais de laboratoire, à concurrence du montant réellement payé, qui ne peut toutefois jamais être supérieur au montant prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (cf. (iii) ci-dessus).*

Les organismes assureurs ont fait savoir que l'exécution technique du remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA – voir (iii) ci-dessus – dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse leur pose des problèmes.

III. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse – Remboursement des frais de laboratoire

Les organismes assureurs peuvent effectuer le *"remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse"* au moyen de l'un des pseudocodes suivants :

559672 - ambulatoire
559683 - hospitalisation

Le montant de l'intervention de l'assurance est identique au montant (indexé) prévu à l'article 74*bis* de l'*arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux*, à savoir **1.588,69 EUR par cycle** (*depuis le 01.09*).

IV. Divers

1. Le remboursement d'un cycle de traitement de la PMA dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse doit être repris dans le compteur du nombre maximum de six (6) cycles qui peuvent faire l'objet, par femme, d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé.
   Ces pseudocodes de la nomenclature permettent aux organismes assureurs de respecter minutieusement le nombre maximum de six (6) cycles par femme pouvant faire l'objet d'un remboursement si une patiente suit des cycles de traitement en même temps dans un centre de fertilité belge doté d'un **agrément A ou B** et dans un centre de fertilité dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

2. Les frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA ne peuvent être remboursé à condition que les activités de laboratoire ont lieu dans un établissement hospitalier qui est agréé par les autorités du pays de traitement.
   Une facture de l'hôpital peut être considéré comme une preuve concluante que les activités de laboratoire ont eu lieu dans un établissement hospitalier.

3. Ces pseudocodes de la nomenclature ne seront en principe utilisés que dans la relation entre l'assurée et son organisme assureur pour le remboursement des soins de santé dispensés à l'étranger en vertu de l'article 294, § 1er, 13° ou 14°, 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 dépenses réalisées sur la base de ces dispositions doivent être mentionnées dans le document IV.11 (respectivement sous les codes comptables 653 et 654).

Circulaire O.A. n° 2019/175 – 392/82 – 80/118 du 29 mai 2019.

II. Utilisation de Doccle ou de services similaires pour la transmission d'attestations de soins donnés

L'article 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI) prévoit la transmission électronique directe de l'attestation de soins donnés par le dispensateur de soins à l'organisme assureur dans le cadre du régime du tiers payant (eFact) pour différents secteurs et, en dehors du régime du tiers payant pour les médecins généralistes (eAttest). Sauf dans ces cas, l'attestation papier originale doit toujours être délivrée au patient et non pas une copie de celle-ci.

À ce jour, le service eAttest tel qu'il est déjà utilisé par les médecins généralistes n'est pas encore disponible pour les spécialistes - et, par extension, aux hôpitaux -. Il est toutefois prévu dans le futur, ce qui aboutirait à un circuit électronique simplifié remplaçant le circuit papier, et constituerait une solution aux inconvénients existants. Une telle extension interviendra après fixation des modalités de mise en œuvre nécessaires sur la base de l'article 53, § 1er, alinéa 3, de la loi SSI.

En outre, conformément à l'article. 53, § 1er, alinéa 2, de la loi SSI, toute transmission de données par un dispensateur de soins de santé vers les organismes d'assurance au moyen d'un nouveau réseau électronique doit être préalablement approuvée par l'INAMI.

Les projets entre hôpitaux et organismes assureurs prévoyant la transmission électronique directe de l'attestation de soins donnés autres que eFact et eAttest - dans le cadre desquels le patient ne peut obtenir qu'une copie du certificat - ne sont donc pas légaux au sens de l'article 53 de la loi SSI qui doit être interprété strictement et dont une application par analogie ne peut être acceptée.

En ce qui concerne l'aspect fiscal, il est à noter que les dispensateurs de soins sont tenus de respecter les dispositions des articles 320 et 321 du Code des impôts sur les revenus 1992 et de ses arrêtés ministériels d'exécution.

Ces dispositions prévoient que, lors de chaque perception d'honoraires, les dispensateurs de soins sont en principe tenus :

- de remettre au débiteur un reçu daté et signé
- qui est rédigé *simultanément* en original et en double
- et est extrait d'un carnet dont le modèle et les modalités de fourniture aux contribuables sont déterminés par le Ministre des finances. En ce qui concerne ces carnets, il est précisé que ces formulaires doivent être commandés auprès de l'imprimeur désigné par l'INAMI.

Toutefois, le Ministre des finances peut déroger à l'obligation de remettre lesdits reçus papier dans les conditions déterminées par lui. L'arrêté ministériel du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins donnés prévoit une dérogation pour les dispensateurs de soins :

- qui facturent électroniquement *conformément aux dispositions légales ou réglementaires applicables à l'assurance maladie et invalidité*

- en ce sens qu'ils sont dispensés de la remise d'un reçu-attestation de soins donnés

- à compter de la date d'entrée en vigueur d'un protocole[1] publié au Moniteur belge qui réglemente les modalités d'échange d'informations entre le SPF Finances, d'une part, et l'INAMI, le CIN et les organismes assureurs, d'autre part, concernant les dispensateurs de soins susmentionnés.

Considérant que :

- les dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance maladie et invalidité ne prévoient que les systèmes eFact et eAttest
- le protocole de coopération susmentionné avec le SPF finances ne prévoit également qu'eFact et eAttest

=> les dérogations précitées ne peuvent être acceptées que pour ces systèmes
=> et par conséquent, en dehors de ces systèmes, les reçus papier doivent être délivrés selon les modalités susmentionnées.

Les projets entre hôpitaux et institutions d'assurance prévoyant le transfert électronique d'attestations de soins donnés autres que eFact et eAttest ne respectent donc pas les obligations imposées par les dispositions légales de l'article 320 du CIR 92 et des arrêtés d'exécution.

Il n'est également pas possible d'invoquer l'accord du patient pour justifier l'utilisation de tels projets, car les dispositions pertinentes sont d'ordre public et doivent être interprétées strictement et les conventions contraires ne sont pas valables.

En conclusion, on peut affirmer que l'utilisation d'une plate-forme d'échange électronique de données, telle que "Doccle", ou d'autres plates-formes similaires pour le transfert de certificats d'assistance aux institutions d'assurance n'est pas légale.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. 2019/170 – 3990/136 du 28 mai 2019.

Circulaire O.A. n° 2019/177 – 3990/137 du 6 juin 2019.

1. Protocole de collaboration du 18.04.2018 entre d'une part, l'INAMI, les O.A. et le CIN et d'autre part, le SPF Finances en vue d'instaurer un échange de renseignements spontané et sur demande concernant la transmission de données par les dispensateurs de soins et établissements de soins à l'O.A. du bénéficiaire au moyen d'un réseau électronique en lieu et place des attestations de soins papier et vignettes de concordance, M.B. 11.05.2018.

III. Règlements (CE) nos 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale - Conventions bilatérales en matière de sécurité sociale avec des pays tiers - Utilisation obligatoire du numéro de Registre national comme numéro d'identification unique de l'assuré

Une application correcte des conventions internationales - notamment concernant l'assurance fédérale obligatoire soins de santé - requiert une identification claire des assurés.

Par "conventions internationales", il faut entendre :

(i) un règlement de l'Union européenne en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale ou

(ii) un règlement en vertu de l'Accord sur l'Espace économique européen ou de l'Accord entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, ou

(iii) une convention conclue par la Belgique avec un ou plusieurs États en matière de sécurité sociale.

Chaque assuré social de la législation belge possède un numéro d'identification unique, à savoir son numéro de registre national qui est également utilisé comme numéro d'inscription à la sécurité sociale (NISS).
Les assurés qui bénéficient de soins en Belgique pour le compte d'un autre pays dans le cadre des conventions internationales peuvent aussi se voir attribuer un numéro de Registre national, par exemple quand ils habitent en Belgique.

Lors de la délivrance et/ou de la rédaction de documents dans le cadre des conventions internationales, les organismes assureurs sont tenus d'utiliser le numéro de registre national ou, le cas échéant, le numéro *bis* comme numéro d'identification unique et personnel.
Les organismes assureurs peuvent utiliser le numéro d'enregistrement d'un assuré auprès d'un organisme assureur comme numéro d'identification uniquement s'il est établi que l'assuré ne possède pas de numéro de Registre national ou de numéro *bis*.

En d'autres termes, les règles de priorité suivantes s'appliquent :

(i) si le numéro est attribué, le numéro de registre national sera indiqué ;

(ii) si un numéro *bis* est attribué au lieu d'un numéro de registre national, le numéro *bis* est indiqué ;

(iii) en l'absence d'un numéro de registre national ou d'un numéro *bis*, le numéro d'enregistrement auprès de l'organisme assureur sera indiqué.

Le numéro de registre national, ainsi que le numéro *bis*, contiennent onze chiffres et sont indiqués sans caractères spéciaux (p. ex., aucun "." ou "/"). Si le numéro d'enregistrement auprès de l'organisme assureur est utilisé, les caractères spéciaux ne peuvent pas non plus être utilisés.

Par "document", il faut entendre :

- les documents S1, S2, S3, la carte européenne d'assurance maladie, les formulaires E.106, E.109, E.125, etc., ainsi que les formulaires équivalents utilisés dans le cadre des conventions bilatérales, quel que soit le support (p. ex. papier, collecte de données échangées au moyen d'un fichier *.xlsx, fichier XML...)
- les documents électroniques structurés qui sont utilisés dans le cadre de l'EESSI (*Electronic Exchange of Social Security Information*).

La présente circulaire O.A. est applicable pour les documents qui sont établis à partir du 1er juillet 2019.

Circulaire O.A. n° 2019/202 – 80/119 – 83/492 du 3 juillet 2019.

IV. La suppression du délai de carence dans le cadre du régime des travailleurs indépendants : conséquences

I. Contexte

Dans le Moniteur belge du 24 juin 2019, la loi du 22 mai 2019 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, en vue de supprimer la période de carence a été publiée.

Cette loi introduit les modifications suivantes, ***à partir du 1er juillet 2019*** (pour les incapacités de travail qui débutent à partir de cette date – y compris les rechutes et les prolongations des périodes d'incapacité ayant débuté avant le 01.07.2019) :

- **la suppression de la période d'incapacité primaire non indemnisable** (*délai de carence*) *si la durée de l'incapacité de travail dépasse 7 jours* (ce *délai de carence* s'applique par contre si l'incapacité ne dépasse pas 7 jours)
- **la réduction du délai pour déclarer l'incapacité de travail**, à savoir un délai de 7 jours calendriers (et non plus de 14 jours calendriers) qui prend cours le premier jour qui suit le début de l'incapacité de travail
- **la condition que la période d'incapacité de travail** (reconnue par le médecin conseil) **ne peut commencer, au plus tôt, qu'à la date de signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant.**

II. En pratique : illustrations de la nouvelle règlementation

2.1. Indemnisation de la période d'incapacité de travail

Conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, si la durée de l'incapacité ne dépasse pas sept jours, cette période d'incapacité de travail constitue une période d'incapacité primaire non-indemnisable. Toutefois, si la durée de l'incapacité de travail dure au moins 8 jours, la période d'incapacité primaire indemnisable commence à la date de début de l'incapacité de travail (reconnue par le médecin-conseil) et dure un an.

> *Exemples :*

- **A.** Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 8 juillet 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical (signé le 08.07.2019) une incapacité de travail du lundi 8 juillet au dimanche 14 juillet 2019. Il reprend l'exercice de son activité professionnelle le lundi 15 juillet 2019.
  Étant donné que son incapacité de travail ne dépasse pas 7 jours, il ne pourra pas être indemnisé dans le cadre de cette incapacité (application du délai de carence de 7 jours)

- **B.** Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 8 juillet 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical (signé le 08.07.2019) une incapacité de travail du lundi 8 juillet au dimanche 21 juillet 2019. Il reprend l'exercice de son activité professionnelle le lundi 22 juillet 2019.
  Étant donné que son incapacité de travail dépasse 7 jours, il pourra être indemnisé dès le début de son incapacité de travail (à dater du 08.07.2019 – suppression du délai de carence pour les incapacités de travail atteignant une durée d'au moins 8 jours)

- **C.** Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 8 juillet 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical (signé le 08.07.2019) une incapacité de travail du lundi 8 juillet au dimanche 14 juillet 2019. Le lundi 15 juillet 2019, il se rend à nouveau chez son médecin-traitant dans le cadre d'une prolongation de son incapacité de travail (du 15 au 21.07.2019).
  Étant donné que la durée totale de son incapacité de travail dépasse 7 jours, il pourra être indemnisé dès le début de son incapacité de travail (à dater du 08.07.2019 – suppression du délai de carence pour les incapacités de travail atteignant une durée d'au moins 8 jours)

- **D.** Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 8 juillet 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical (signé le 08.07.2019) une incapacité de travail du lundi 8 juillet au jeudi 11 juillet 2019. Il reprend son activité professionnelle le vendredi 12 juillet 2019. Mais le lundi 15 juillet 2019, il doit à nouveau se rendre chez son médecin-traitant (aggravation de son état de santé) et celui-ci détermine une incapacité de travail du lundi 15 juillet au dimanche 21 juillet 2019.
  Une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas quatorze jours n'interrompant pas le cours de la période d'incapacité primaire non indemnisable (art. 8 de l'A.R. du 20.07.1971). Ce travailleur indépendant pourra donc être indemnisé du 8 au 11 juillet 2019 et du 15 au 21 juillet 2019 (suppression du délai de carence pour les incapacités de travail atteignant une durée d'au moins 8 jours).

! Situation particulière : incapacité de travail ayant débuté avant le 1er juillet 2019

Les **prolongations** et les **rechutes** des périodes d'incapacité de travail intervenant **au plus tôt à partir du 1er juillet 2019**, se voient appliquer le nouveau délai de carence de 7 jours ou la suppression du délai de carence en cas d'incapacité de travail atteignant une durée d'au moins 8 jours.

> *Exemples :*

- **A.** Un travailleur indépendant tombe malade le mercredi 19 juin 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité de travail du mercredi 19 juin au dimanche 30 juin 2019. Le lundi 1er juillet 2019, il se rend à nouveau chez son médecin-traitant dans le cadre d'une prolongation de son incapacité de travail (du lundi 01.07.2019 au dimanche 14.07.2019).
  Étant donné que la durée totale de son incapacité de travail dépasse 7 jours, il pourra être indemnisé à partir du 1er juillet 2019 (= *début* de la prolongation de l'incapacité de travail) – il n'y a plus d'application du délai de carence de 14 jours à partir du 1er juillet 2019.

- **B.** Un travailleur indépendant tombe malade le mercredi 19 juin 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité de travail du mercredi 19 juin au mardi 25 juin 2019 (reprise du travail à dater du mercredi 26.06.2019). Le lundi 1er juillet 2019, il se rend à nouveau chez son médecin-traitant dans le cadre d'une rechute (du lundi 01.07.2019 au dimanche 14.07.2019).
  Étant donné que la durée totale de son incapacité de travail dépasse 7 jours, il pourra être indemnisé à partir du 1er juillet 2019 (= *début* de la rechute en incapacité de travail) – il n'y a plus d'application du délai de carence de 14 jours à partir du 1er juillet 2019.

2.2. Délai de déclaration

Selon l'article 54 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le travailleur indépendant doit déclarer son incapacité de travail via le certificat médical dans un délai de sept jours qui prend cours le jour qui suit celui au cours duquel a débuté l'incapacité de travail.

> *Exemple :*

Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 8 juillet 2019 et son médecin-traitant détermine sur le certificat médical (signé le 08.07.2019) une incapacité de travail du lundi 8 juillet 2019 au dimanche 21 juillet 2019. Ce travailleur indépendant dispose donc d'un délai de 7 jours à dater du mardi 9 juillet 2019 pour déclarer son incapacité de travail à sa mutualité (dernier jour du délai de déclaration : 15.07.2019).

Le lundi 22 juillet 2019, ce même travailleur indépendant se rend à nouveau chez son médecin-traitant dans le cadre d'une *prolongation* de son incapacité de travail (du lundi 22.07.2019 au dimanche 28.07.2019). Dans cette hypothèse et étant donné que le délai de déclaration de base de 7 jours est épuisé, le travailleur indépendant devra déclarer son incapacité de travail à sa mutualité au plus tard le deuxième jour qui suit celui au cours duquel la prolongation de son incapacité a débuté (dernier jour du délai de déclaration : 24.07.2019).

2.3. Date de signature du certificat médical : Impact sur le début de l'incapacité de travail et le délai de déclaration (prolongation et rechute)

Selon l'article 53, alinéa 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la période d'incapacité de travail peut commencer au plus tôt **à la date de signature du certificat médical par le médecin-traitant**.

En ce qui concerne le délai de déclaration, celui-ci prend cours le jour qui suit celui au cours duquel a débuté l'incapacité de travail. Cela signifie donc que ce délai peut uniquement prendre cours, au plus tôt, le jour qui suit le jour au cours duquel le certificat médical a été signé par le médecin-traitant.

> *Exemples :*

=> **A.** Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 8 juillet 2019 et ne se rend chez son médecin-traitant que le mercredi 10 juillet 2019 (le médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité du lundi 08.07.2019 au dimanche 14.07.2019 inclus).

Début de l'incapacité de travail : l'incapacité de travail ne pourra être reconnue par le médecin-conseil (au plus tôt) qu'à dater du 10 juillet 2019 (= date de la signature du certificat médical par le médecin-traitant).

Délai de déclaration : l'intéressé dispose d'un délai de 7 jours pour déclarer cette incapacité de travail auprès de la mutualité à dater du 11 juillet 2019.

=> **B.1.** Le même travailleur indépendant ne se sent toutefois pas encore capable de reprendre le travail et se rend donc chez son médecin-traitant le lundi 15 juillet 2019 dans le cadre d'une prolongation de son incapacité de travail. Le médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité de travail du lundi 15 juillet 2019 au dimanche 21 juillet 2019 inclus.

Début de l'incapacité de travail : l'incapacité de travail ne pourra être reconnue par le médecin-conseil (au plus tôt) qu'à dater du lundi 15 juillet 2019.

Délai de déclaration : il s'agit donc d'une **prolongation** *dans le cadre de l'assurance indemnités* (en cas de reconnaissance à partir du lundi 15.07.2019) devant faire l'objet d'une déclaration au plus tard le 2e jour qui suit la date à laquelle le certificat médical a été signé par le médecin-traitant.[1]

=> **B.2.** Le même travailleur indépendant ne se sent toutefois pas encore capable de reprendre le travail et se rend donc chez son médecin-traitant le mardi 16 juillet 2019 dans le cadre d'une prolongation de son incapacité de travail. Le médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité de travail du lundi 15 juillet 2019 au dimanche 21 juillet 2019 inclus.

Début de l'incapacité de travail : l'incapacité de travail ne pourra être reconnue par le médecin-conseil (au plus tôt) qu'à dater du mardi 16 juillet 2019.

Délai de déclaration : il s'agira donc d'une **rechute** *dans le cadre de l'assurance indemnités* devant faire l'objet d'une déclaration au plus tard le 2e jour qui suit la date à laquelle le certificat médical a été signé par le médecin-traitant.

! ***Situation particulière :*** **incapacité de travail ayant débuté avant le 1er juillet 2019**

Un travailleur indépendant tombe malade le lundi 3 juin 2019 et ne se rend chez son médecin-traitant que le mercredi 5 juin 2019 (le médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité du lundi 03.06.2019 au dimanche 30.06.2019 inclus).
Le médecin-conseil reconnait cette période d'incapacité de travail à partir du 3 juin 2019 jusqu'au 30 juin 2019.

=> Le même travailleur indépendant ne se sent toutefois pas encore capable de reprendre le travail et se rend donc chez son médecin-traitant le lundi 1er juillet 2019 dans le cadre d'une prolongation de son incapacité de travail. Le médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité de travail du lundi 1er juillet 2019 au dimanche 28 juillet 2019 inclus.

Début de l'incapacité de travail : l'incapacité de travail ne pourra être reconnue par le médecin-conseil (au plus tôt) qu'à dater du lundi 1er juillet 2019.

Délai de déclaration : il s'agit donc d'une **prolongation** *dans le cadre de l'assurance indemnités* (en cas de reconnaissance à partir du lundi 01.07.2019) devant faire l'objet d'une déclaration au plus tard le 2e jour qui suit la date à laquelle le certificat médical a été signé par le médecin-traitant

=> Le même travailleur indépendant ne se sent toutefois pas encore capable de reprendre le travail et se rend donc chez son médecin-traitant le mercredi 3 juillet 2019 dans le cadre d'une prolongation de son incapacité de travail. Le médecin-traitant détermine sur le certificat médical une incapacité de travail du lundi 1er juillet 2019 au dimanche 28 juillet 2019 inclus.

Début de l'incapacité de travail : l'incapacité de travail ne pourra être reconnue par le médecin-conseil (au plus tôt) qu'à dater du mercredi 3 juillet 2019.

Délai de déclaration : il s'agira donc d'une **rechute** *dans le cadre de l'assurance indemnités* devant faire l'objet d'une déclaration au plus tard le 2e jour qui suit la date à laquelle le certificat médical a été signé par le médecin-traitant.

1. Cf. point 2.4. de la note CID2015-23 approuvée par le Comité de gestion des travailleurs indépendants durant sa séance du 07.12.2015.

Remarque : lorsqu'une incapacité de travail s'achève le vendredi (cf. un certificat médical signé le lundi précédant et renseignant une fin d'incapacité de travail se situant un vendredi) et qu'une prolongation de cette incapacité de travail est déclarée à dater du lundi qui suit (certificat médical renseignant une prolongation d'incapacité de travail se situant un lundi après une visite chez le médecin-traitant au cours de cette même journée du lundi), le médecin-conseil ne peut reconnaître l'incapacité de travail qu'à dater du lundi étant donné le nouveau prescrit de l'article 53, alinéa 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (même s'il s'agit de deux périodes se succédant immédiatement et interrompues par un week-end).

2.4. Force majeure médicale

Dans l'hypothèse où le travailleur indépendant ne se sent pas capable de se rendre chez son médecin-traitant le 1er jour de son incapacité de travail (force majeure médicale), le nouveau texte de l'article 53 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ne prévoit pas de possibilité de déroger au "principe général". Dés lors, le médecin-conseil ne pourra pas prendre en considération une date antérieure à la date à laquelle le certificat médical a été signé par le médecin-traitant, peu importe la raison à l'origine du décalage entre la date de début de l'incapacité de travail et la date de signature du certificat médical par le médecin-traitant.

Exemple :

Un travailleur indépendant tombe malade le samedi 13 juillet 2019 (très forte fièvre), mais il est dans l'impossibilité de se déplacer et vit seul. Il prévient son médecin traitant par téléphone, mais ce dernier ne peut se déplacer jusqu'à son domicile. Le travailleur indépendant concerné se déplace alors chez son médecin traitant le lundi 15 juillet 2019 (la fièvre étant tombée). Son médecin traitant signe le certificat à la date du 15 juillet 2019, mais constate que l'incapacité de travail a pris cours le 13 juillet 2019 (date à laquelle l'intéressé est effectivement tombé malade). Il s'agit ici d'une situation que l'on désigne comme étant un cas de force majeure médicale et qui ne pourra plus être pris en compte pour la reconnaissance de l'incapacité de travail à une date antérieure à la date de signature du certificat médical par le médecin-traitant.

Cependant, en cas de **déclaration tardive de l'incapacité de travail**, la force majeure médicale reste le cas échéant d'application pour lever la sanction (pas de modification de l'art. 58*ter* de l'A.R. du 20.07.1971), mais, au plus tôt, à partir de la date de signature du certificat médical – une reconnaissance et une indemnisation de l'incapacité de travail ne sont pas possibles avant cette date.

Exemple :

Un travailleur indépendant tombe malade le samedi 13 juillet 2019 (très forte fièvre), mais il est dans l'impossibilité de se déplacer et vit seul. Il prévient son médecin traitant par téléphone, mais ce dernier ne peut se déplacer jusqu'à son domicile que le 15 juillet 2019. Son médecin traitant signe alors le certificat à la date du 15 juillet 2019, mais constate que l'incapacité de travail a pris cours le 13 juillet 2019 (date à laquelle l'intéressé est effectivement tombé malade) et prendra fin le 28 juillet 2019. Le médecin-conseil ne pourra reconnaitre l'incapacité de travail qu'à dater du 15 juillet 2019.
L'intéressé ne transmet cependant son certificat médical à sa mutualité que le 25 juillet 2019 (cf. le cachet postal), étant dans l'incapacité physique (forte fièvre persistante) de se déplacer avant cette dernière date. Il s'agit donc d'une déclaration tardive vu le dépassement du délai de 7 jours imposé pour procéder à la déclaration de l'incapacité de travail auprès de la mutualité concernée (le dernier jour du délai se situait, *in casu*, le 22.07.2019).
S'agissant d'un cas de force majeure médicale, il est possible de lever la sanction pour déclaration tardive à dater du 15 juillet, jusqu'au 25 juillet 2019 inclus.

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets à partir du **1er juillet 2019** et s'applique aux incapacités de travail qui débutent à partir de cette date – y compris les rechutes et les prolongations des périodes d'incapacité ayant débuté avant le 1er juillet 2019.

Circulaire O.A. n° 2019/222 – 481/88 – 489/4 du 12 juillet 2019.

V. Processus de demande d'inscription avec effet rétroactif en application de l'article 252, alinéa 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 au 14 juillet 1994

Cette circulaire donne un aperçu de ce qui a été convenu entre la Direction de données d'accessibilité du Service du contrôle administratif , et les O.A., concernant les modalités et la manière selon lesquelles une demande d'inscription avec effet rétroactif en tant que titulaire peut être introduite.

1. Introduction

Pour la plupart des qualités de titulaire (travailleur salarié, chômeur, pensionné...), une inscription porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité du titulaire est acquise. Tel n'est pas le cas pour l'inscription sous certaines autres qualités. L'inscription ne porte ses effets que le premier jour du trimestre au cours duquel la personne concernée a introduit une demande d'inscription. Il s'agit :

- des anciens fonctionnaires coloniaux
- des étudiants de l'enseignement supérieur
- des personnes inscrites au Registre national (les "résidants")
- des membres d'une communauté religieuse
- des mineurs étrangers non accompagnés (MENA).

Cela signifie donc que le droit aux interventions de ces personnes ne peut également prendre cours qu'à partir du premier jour du trimestre au cours duquel elles ont demandé leur inscription. Il n'y a donc pas d'intervention pour les frais de soins de santé antérieurs à cette date. Cela peut bien sûr avoir d'importantes répercussions : par exemple en cas d'intervention coûteuse ou d'hospitalisation avant l'inscription.

Dans notre réglementation, l'article 252, alinéa 6, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, prévoit que le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif (SCA) peut décider, sur proposition de l'organisme assureur, de déroger à la règle de la date d'ouverture du droit à l'inscription dans une de ces qualités dans des "cas dignes d'intérêt". Le fonctionnaire dirigeant du SCA peut alors accepter que l'inscription porte ses effets antérieurement à la demande et il peut déterminer la date à partir de laquelle l'inscription porte ses effets avec effet rétroactif.
Dans la pratique, ces décisions sont préparées par la Direction de données d'accessibilité et sont ensuite soumises au fonctionnaire dirigeant pour signature.

La circulaire ne traite pas des accords concernant le contenu des décisions qui peuvent être prises en vertu de l' article 252, alinéa 6, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. La circulaire traite de ce qui a été convenu concernant l'échange de données dans le processus de demande d'inscription avec effet rétroactif en tant que titulaire dans une des qualités visées.

Les accords pris concernant l'échange de données prévoient entre autres les lignes directrices suivantes :

1. Modalités de demande
2. Conditions de recevabilité
3. Modalités de réponse

Le Service souligne qu'une demande d'inscription dans une qualité avec effet rétroactif doit toujours être introduite par l'O.A. (union nationale). Ainsi, l'union nationale peut remplir son rôle de coordination et filtrer éventuellement des demandes superflues. Si une demande émane d'une mutualité, elle sera refusée et la mutualité sera priée d'introduire la demande via son union nationale.[1]
Le fait que la demande doive émaner de l'O.A. implique également que les demandes adressées via d'autres canaux, par exemple via un CPAS, sont irrecevables et ne peuvent être traitées. Dans ces cas, il conviendra d'envoyer une réponse à l'institution qui a introduit la demande, en lui expliquant la procédure à suivre.

Une demande doit être introduite de préférence par courriel. Elle doit être envoyée à l'adresse de courriel de sca-acces (sca-acces@riziv-inami.fgov.be). L'objet du mail s'articule comme suit : demande d'inscription avec effet rétroactif, en application de l'article 252, alinéa 6, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 + nom (prénom suivi du nom de famille) et NISS de l'assuré social concerné.

2. Conditions de recevabilité

Le Service souligne que notre règlementation prévoit que le Fonctionnaire dirigeant ne peut prendre une décision, que sur proposition de l'O.A.. L'O.A. doit donc prendre une première décision positive.
La demande consiste en une motivation de la décision positive de l'O.A. d'introduire pour l'assuré social concerné une demande d'inscription dans une qualité avec effet rétroactif auprès du fonctionnaire dirigeant du SCA. La demande de l'O.A. doit donc mentionner explicitement les arguments sur la base desquels l'O.A. a donné son approbation. (Un simple transfert de la demande de l'intéressé n'est donc pas suffisant.)

Les demandes sans motivation sont considérées comme étant irrecevables.

Cette motivation se compose pour partie d'une description du cas digne d'intérêt. Avant d'envoyer une demande au SCA, l'O.A. doit lui-même avoir déjà pris une décision positive. Cela est uniquement possible s'il estime qu'il s'agit d'un cas digne d'intérêt. La demande adressée au SCA décrit ce cas digne d'intérêt constaté.
Que faut-il entendre par "cas digne d'intérêt" ? Notre réglementation ne donne pas de définition.
Néanmoins, de manière générale, les cas dignes d'intérêt sont les cas où une personne se trouve dans une situation socioéconomique difficile et où la règle de non-rétroactivité ne prévaut pas sur les conséquences subies par le titulaire.

1. Ceci vaut aussi *mutatis mutandis* pour la CAAMI : la demande doit toujours émaner de la Caisse auxiliaire et non d'un service régional.

Cela implique donc également que la Direction des données d'accessibilité du SCA doit, sur la base de la demande (et des éventuelles annexes) pouvoir cerner la situation socioéconomique du demandeur de la demande d'inscription avec effet rétroactif : la demande doit donc être motivée et faire mention des éléments de la situation socioéconomique difficile.

La notion de cas digne d'intérêt implique également qu'il doit s'agir d'un cas où l'impact de l'inscription tardive est suffisamment sérieux en termes de remboursement de soins de santé. Les prestations de santé dues doivent, proportionnellement à la situation socioéconomique, également motiver la nécessité d'une inscription avec effet rétroactif. La demande doit donc aussi contenir des informations concernant les frais médicaux qui ne seraient pas couverts si l'inscription avec effet rétroactif était refusée.

La demande doit également mentionner clairement dans quelle qualité la demande d'inscription est précisément introduite - il doit s'agir d'une des qualités mentionnées dans l'article 32, alinéa premier, 12°, 14°, 15°, 21° et 22° de la loi coordonnée. La demande d'inscription avec effet rétroactif pour la qualité en question doit aussi mentionner les justificatifs ou les informations appuyant l'acquisition de cette qualité.

Le demandeur doit aussi encore être en vie ou au moins avoir signé un formulaire d'inscription. Sinon, il ne pourra jamais être question d'inscription avec effet rétroactif. Le formulaire d'inscription doit idéalement être envoyé avec la demande.

Dans ce type de dossiers, il y a aussi régulièrement une importante composante internationale. En effet, certaines demandes concernent des assurés qui combinent une assurabilité belge et étrangère (temporaire). Il est important que ces aspects également soient mentionnés par l'O.A. dans la demande.

Le Service signale également qu'une demande concernant une personne déjà décédée ne peut être acceptée (la personne concernée ne peut pas faire ou signer les déclarations nécessaires en rapport avec une telle déclaration). Si une personne décède pendant la procédure de demande et que tous les documents ont déjà été signés, la demande d'inscription rétroactive peut être traitée.

3. Modalités de réponse

Sur la base d'une analyse du dossier, le Département Données d'accessibilité administratives établit une proposition de décision à l'attention du fonctionnaire dirigeant du SCA. Pour les dossiers à composante internationale, une concertation préalable sera menée avec la Direction Relations internationales du Service des soins de santé (SdSS).

Le Service tend à traiter les demandes et à y répondre dans un délai de 3 mois.

L'O.A. a la possibilité d'indiquer qu'un dossier doit être traité en premier. Mais cette possibilité doit demeurer une exception et doit être motivée.

La décision motivée est transmise au nom du fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, à l'union nationale qui a introduit la demande concernée.

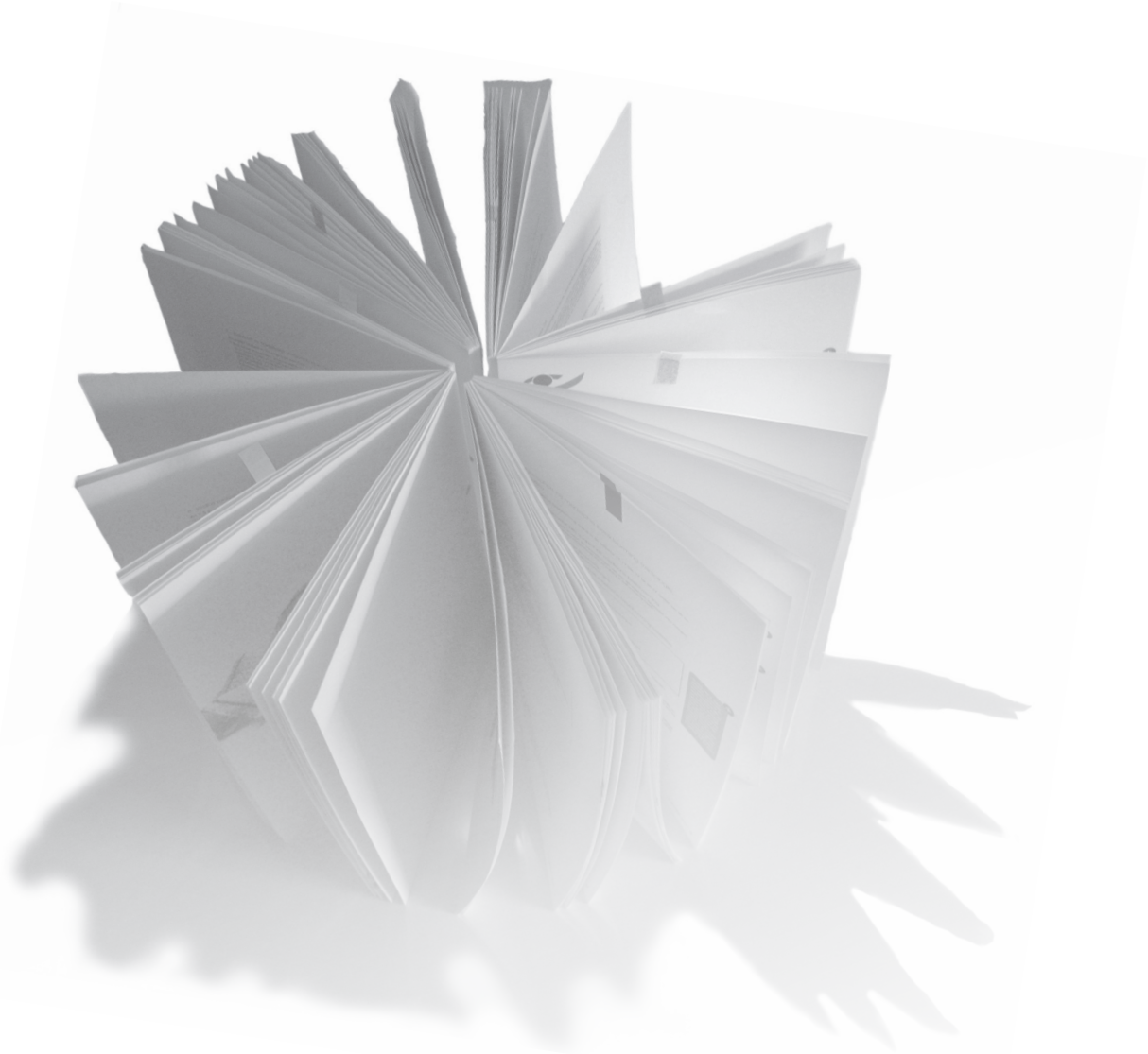
Une copie numérique (scan) de la lettre signée par le fonctionnaire dirigeant est également envoyée par courriel à l'O.A. concerné via l'adresse sca-acces@riziv-inami.fgov.be.

4. Entrée en vigueur

Cette lettre circulaire remplace la circulaire O.A. 2017/127 et prend effet le jour de sa publication.

Circulaire O.A. n° 2019/207 – 230/12 du 3 juillet 2019.

5e Partie
Données de base



I. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3e al. de l'A.R. du 03.07.1996). Résidents

En vigueur à partir du 1er juillet 2019.

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 (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1er octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1er août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1er octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1er septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1er janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1er mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1er septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1er juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1er janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1er septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1er mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1er septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1er janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1er février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1er décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1er septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1er juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1er septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1er janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1er juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1er juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1er septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1er septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1er juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24

Moyenne annuelle (montants en EUR)	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68

Circulaire O.A. n° 2019/203 – 270/77 – 273/78 – 274/79 – 276/128 – 2790/79 – 2791/77 – 2792/76 – 3910/1729 – 83/493 du 3 juillet 2019.

II. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1er juillet 2019 - Bien-être

En vigueur à partir du 1er juillet 2019.

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2e 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 1er juillet 2019 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	**Personnes à charge**
19.566,25 EUR	3.622,24 EUR

Circulaire O.A. n° 2019/204 – 3991/308 du 3 juillet 2019.

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)

Entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2020.

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 1er janvier de chaque année et pour la première fois le 1er janvier 2011, adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1er 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 1er janvier 2020

2018	indice santé	moyenne	
Mars	106,71		
Avril	106,89		
Mai	106,99		
juin	107,01	106,9	(A)

2019	indice santé	moyenne	
Mars	109,04		
Avril	108,98		
Mai	108,89		
Juin	109,02	108,98	(B)

(B) = 108,98	**1,95 %**
(A) = 106,9	

Calcul du montant au 1er janvier 2020

Montant de base (en EUR) 25,00		
Montant au		
1er janvier 2013	26,83	2,76 %
1er janvier 2014	27,20	1,39 %
1er janvier 2015	27,34	0,53 %
1er janvier 2016	27,51	0,62 %
1er janvier 2017	28,20	2,51 %
1er janvier 2018	28,67	1,68 %
1er janvier 2019	29,09	1,45 %
1er janvier 2020	29,66	1,95 %

Circulaire O.A. n° 2019/218 – 65/29 du 10 juillet 2019.

Comité de rédaction

Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Céline Faufeder
Mme Mélissa François
M. Nuray Özdemir
Mme Charlotte Lefebre
Mme Natalia Golovneva

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726