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

1er trimestre 2020

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
09.03.2020	13.02.2020	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la création d'une commission de remboursement des produits et des prestations pharmaceutiques

Résumé des modifications

Pour éviter toute confusion et compte tenu de la différence de compétences, le Conseil technique pharmaceutique a été remplacé par la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques. La composition, les missions et le fonctionnement de cet organe sont réglés dans une nouvelle section IX*quater*, insérée dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

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

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2020	20.01.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- complète le quatrième alinéa de l'article 15, § 1er
- remplace le deuxième alinéa de l'article 17
- remplace l'article 18
- remplace le premier alinéa de l'article 19.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2020	26.01.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991, dans le chapitre I, les mots "A. Prestations diététiques" sont remplacés par "A. Prestations de diététique pour les patients diabétiques (avec ou sans contrat trajet de soins) ou souffrant d'une insuffisance rénale chronique (avec contrat trajet de soins)"
- dans la section A du chapitre I, les dispositions du point 5 sont supprimées et remplacées
- dans le chapitre I, une section A*bis* est insérée avec les dispositions suivantes : "A*bis*. Prestations de diététique pour les enfants souffrant de surpoids ou d'obésité"
- au même chapitre I, dans la section B, les mots "B. Prestations de podologie" sont remplacés par les mots "B. Prestations de podologie pour les patients diabétiques (avec ou sans contrat trajet de soins)"
- au même chapitre I, dans la section B, les dispositions du point 5 sont supprimées et remplacées
- dans l'annexe de l'arrêté royal du 10 janvier 1991, au chapitre VII, les dispositions de la rubrique N sont supprimées et remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2020 – Édition 1	26.03.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- remplace l'alinéa 4 de l'article 7
- remplace les paragraphes 1er et 4 de l'article 19
- remplace l'article 20
- remplace l'article 28, § 3
- dans l'article 37, § 2, alinéa 1er, les mots "1er mai de cette année" sont remplacés par les mots "15 juin de cette année".

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

Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2020	15.12.2019	Arrêté royal modifiant l'article 32 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 la cytologie en phase liquide

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- au § 1er, b) :

  => la prestation 588350-588361 est abrogée ;

  => la prestation 589853-589864 est insérée avant la prestation 588394-588405 ;

  => dans le libellé de la prestation 588416-588420, les mots "dans les prestations 588350-588361 et 588394-588405" sont remplacés par les mots "dans les prestations 589853-589864 et 588394-588405";

  => le libellé de la prestation 588873-588884 est remplacé ;

  => dans les règles d'application qui suivent la prestation 588873-588884, alinéa 1er, 4 et 5, les numéros d'ordre "588350-588361" sont chaque fois remplacés par les numéros d'ordre "589853-589864";

  => le libellé et la valeur relative de la prestation 588895-588906 sont remplacés ;

  => à l'alinéa 1 des règles d'application qui suivent la prestation 588895-588906, les numéros d'ordre "588350-588361" sont remplacés par les numéros d'ordre "589853-589864";

  => dans le libellé de la prestation 588932-588943, les numéros d'ordre "588350-588361" sont remplacés par les numéros d'ordre "589853-589864";

  => à l'alinéa 2 des règles d'application qui suivent la prestation 588932-588943, les numéros d'ordre "588350-588361" sont remplacés par les numéros d'ordre "589853-589864";

- au § 11, les numéros d'ordre "588350-588361" sont remplacés par les numéros d'ordre "589853-589864".

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2020	12.01.2020	Arrêté royal modifiant l'article 14, i), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- la prestation 257611-257622 est remplacée
- dans le libellé de la prestation 257633-257644, le mot nystagmographique est abrogé
- la règle d'application qui suit la prestation 257633-257644, est remplacée par "Les prestations 257611-257622 et 257633-257644, ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation 477433-477444."
- après la prestation 257935-257946, la règle d'application suivante est insérée : "Les prestations 257913-257924 et 257935-257946, ne peuvent être tarifées que si effectuées avec la prestation 258834-258845." .

Moniteur belge	Date	Titre
31.01.2020	20.01.2020	Arrêté royal modifiant les articles 1, §§ 4*bis*, 4*ter* et 8 ; 17, § 12 ; 18, § 2 ; 24, §§ 1er et 9 ; 32, § 8, et 33, § 5, 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 1er :
  => le paragraphe 4*bis*, II, B., alinéa 2, b), alinéa 2, 4., est remplacé par : "4. que la liste mensuelle des médecins spécialistes appelables et présents les week-ends et jours fériés soit déposée chez le médecin-chef de l'établissement hospitalier ou que la liste des praticiens soit déposée chez le médecin chargé de l'organisation de la pratique de groupe ; ces listes doivent être conservées pendant le délai visé à l'article 1er, § 8, et être à la disposition des organismes de contrôle." ;

  => le paragraphe 4*ter*, 1., d), est remplacé par : "d) La liste mensuelle des médecins spécialistes de la même spécialité, appelables chaque jour et de ceux qui sont chargés des visites de contrôle les week-ends et jours fériés doit être déposée chez le médecin-chef de l'institution hospitalière ; elle doit être conservée pendant le délai visé à l'article 1er, § 8, et être à la disposition des organismes de contrôle." ;

  => le paragraphe 8 est remplacé par : "§ 8. Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les rapports, documents, tracés, graphiques comme indiqué dans l'alinéa suivant, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins cinq ans. Les données doivent être immédiatement disponibles pour les contrôles prévus par la loi. Pour les prestations pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de la prestation.".

- à l'article 17, § 12, 5°, les mots "deux ans" sont remplacés par les mots "le délai visé à l'article 1er, § 8".
- à l'article 18, § 2, B, d) *septies*, sont apportées les modifications suivantes :
  => dans le texte néerlandais le mot "geneesheer" est à chaque fois remplacé par le mot "arts";

  => dans le texte néerlandais le mot "geneesheer-specialist" est à chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist" ;

  => dans l'alinéa 4 les mots "deux ans" sont remplacés par les mots "le délai visé à l'article 1er, § 8,".
- à l'article 24, sont apportées les modifications suivantes :
  => au paragraphe 1er, règle diagnostique 49, les mots "3 ans" sont remplacés par les mots "les mots "le délai visé à l'article 1er, § 8," ;

  => au paragraphe 9, 6., alinéa 4, les mots "3 ans" sont remplacés par les mots "le délai visé à l'article 1er, § 8,".
- à l'article 32, § 8, 4., les mots "trois ans" sont remplacés par les mots "le délai visé à l'article 1er, § 8,"
- à l'article 33, § 5, sont apportées les modifications suivantes :
  => dans le texte néerlandais le mot "geneesheer" est à chaque fois remplacé par le mot "arts";

  => au 2°, alinéa 2, les mots "trois ans" sont remplacés par les mots "le délai visé à l'article 1er, § 8,".

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2020	17.12.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 janvier 2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes

Résumé des modifications

Pour l'année 2018 la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé, visée à l'article 2, est fixée à :

2.595,75 EUR pour la cotisation complète ;
1.940,25 EUR pour la cotisation intermédiaire ;
1.468,30 EUR pour la cotisation de base.

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2020	20.12.2019	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 pharmaciens

Résumé des modifications

Pour l'année 2019, le montant de base visé au § 1er, 1° est fixé à 95.727,83 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire est fixé selon la formule reprise au § 1er, 2°.

Pour l'année 2020, les montants visés au § 2 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
17.01.2020	11.12.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 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 médecins

Résumé des modifications

Pour l'année 2019, le montant annuel de l'intervention pour chaque organisation professionnelle représentative est identique au montant annuel de l'année 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2020	15.12.2019	Arrêté royal du 15 décembre 2019 modifiant l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 2, § 3 est remplacé par "§ 3 Pour le candidat-médecin généraliste qui suit une formation spécifique en médecine générale d'au moins 3 ans, l'indemnité visée au § 1er est octroyée au maximum trois fois. Dans les autres cas, elle est octroyée au maximum deux fois

- l'article 4 est remplacé comme suit : "Art. 4. Pour déterminer le nombre de candidats-médecins généralistes qui, par centre de coordination, entrent en ligne de compte pour le paiement de l'indemnité, chaque centre de coordination communique au plus tard le 31 décembre de l'année de début de l'année académique, au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les données suivantes par candidat-médecin généraliste avec qui il a conclu une convention de coordination :
  1° les nom, prénom et numéro d'identification INAMI ;
  2° les dates de début et de fin de la période de stage ;
  3° sa participation ou non à une formation spécifique en médecine générale d'au moins 3 ans".

- l'article 5, § 1er, est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2020	15.12.2019	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions sages-femmes - organismes assureurs

Résumé des modifications

Le Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions sages-femmes - organismes assureurs est approuvé.

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2020	09.01.2020	Arrêté royal modifiant l'article 6 de 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

En vue d'adapter les formalités administratives à remplir par le travailleur indépendant dans le cadre de sa demande d'allocation d'adoption, le premier et le deuxième tiret de l'article 6, § 2 sont remplacés à partir du 31 mars 2019 par ce qui suit :

- "présenter, en cas d'adoption interne, une copie de l'attestation de l'autorité centrale communautaire compétente qui atteste qu'une procédure d'adoption de l'enfant est en cours et qu'il a été confié à ce travailleur indépendant, dans ce but, en tant qu'adoptant
- présenter, en cas d'adoption internationale, une copie de la décision de reconnaissance de l'adoption étrangère délivrée par le Service adoption internationale du SPF Justice ou un extrait de l'acte d'adoption ou, si les deux documents précités ne sont pas disponibles au moment de l'inscription de l'enfant dans le registre de la population ou le registre des étrangers de la commune de résidence de ce travailleur indépendant, une copie de l'attestation de l'autorité centrale communautaire compétente qui atteste qu'une procédure d'adoption de l'enfant est en cours et qu'il a été confié à ce travailleur indépendant, dans ce but, en tant qu'adoptant. Toutefois, lorsque le travailleur indépendant utilise le droit visé à l'article 3, § 2, alinéa 2, il présente une copie du document qui montre l'approbation, par l'autorité centrale communautaire compétente, de la décision de confier l'enfant à l'adoptant conformément à l'article 361-3, 5° ou l'article 361-5, 4° du Code civil;".

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2020	20.01.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 1er, les mots "l'arrêté royal du 21 décembre 2001" sont chaque fois remplacés par les mots "l'arrêté royal du 1er février 2018"
- le 4° de l'article 1er est abrogé
- le 2° de l'article 4 est abrogé
- l'article 6 est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2020	29.01.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2017 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier

Résumé des modifications

Pour l'année 2018, la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé est fixée à 521,16 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2020	04.02.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 5*bis*, § 1 :
  => la première phrase est remplacée par : "La contribution annuelle prévue à l'article 2, § 1, a) est fixée respectivement pour 2019.

  => dans la disposition au point 1°, les termes "4.870,71 EUR" sont remplacés par les termes "4.941,34 EUR";

  => dans la disposition au point 2°, les termes "2.297,63 EUR" sont remplacés par les termes "2.330,95 EUR".

- dans l'article 5*bis*, § 3, les termes "et, à compter du 1er janvier 2019, fixés respectivement à 5.914,36 EUR et 4.928,77 EUR par an" sont insérés entre les termes "par an" et "Ces montants".

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2020	04.02.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens

Résumé des modifications

Pour l'année 2018, la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé est fixée à 2.966,73 EUR. Cette cotisation est ramenée respectivement à 2.225,05 EUR et à 1.483,37 EUR dans les situations prévues à l'article 4, § 2, alinéa 2.

Moniteur belge	Date	Titre
21.02.2020	09.02.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 novembre 2016 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains logopèdes

Résumé des modifications

Pour l'année 2018, la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé est fixée à 2.579,74 EUR- pour la cotisation complète et 1.250,79 EUR pour la cotisation de base.

Moniteur belge	Date	Titre
21.02.2020	09.02.2020	Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2019 par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité telle qu'elle est prévue par l'arrêté royal du 17 août 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

Pour l'année 2019, la cotisation annuelle est fixée à 2.382,60 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2020	11.12.2019	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 les modifications suivantes :

- à l'annexe I, première partie
- à l'annexe I, deuxième partie, chapitre IV
- un nouveau §§ 30, 31 et 32 sont ajoutés au chapitre IV de l'annexe II .

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2020	17.12.2019	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 au chapitre 1, § 110000 dans la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2020 – Édition 2	29.01.2020	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
21.02.2020	29.01.2020	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 - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :

- insère des dispositions au chapitre 1, §10000 ;
- insère des dispositions au chapitre 1, §30000.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2020	04.02.2020	Arrêté royal modifiant la liste annexée 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 fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° 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 des modifications au chapitre 3, section 2, sous-section 3 de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2020	09.12.2019	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 remplace les paragraphes 2 et 3 de l'article 169/4 de l'arrêté royal du 25 juin 2014 par ce qui suit :

"§ 2. Si au moins un distributeur, endéans le délai visé au § 1er, alinéa 2, et/ou l'Agence confirme(nt) le retrait du dispositif du marché, le secrétariat de la Commission suspend le dispositif avec effet immédiat.

Si aucun distributeur endéans le délai visé au § 1er, alinéa 2, ni l'Agence ne confirme le retrait du dispositif du marché, et si le(s) distributeur(s) endéans le délai visé au § 1er, alinéa 2, et/ou l'Agence formule(nt) des remarques ou des objections, la Commission les examine et analyse la nécessité de la suspension du dispositif.

Si le(s) distributeur(s) ne transmet(tent) pas les éléments demandés ni de remarques ou d'objections au secrétariat dans le délai visé au § 1er, alinéa 2 et en l'absence de remarques ou d'objections formulées par l'Agence, le secrétariat de la Commission suspend le dispositif avec effet immédiat.

§ 3. Le cas échéant, la Commission prend, après examen des remarques ou objections formulées conformément au § 2, alinéa 2, une décision concernant la suspension du dispositif.

La suspension éventuelle du dispositif visée à l'alinéa 1er, est effectuée avec effet immédiat.".

Moniteur belge	Date	Titre
23.03.2020 – Édition 1	18.03.2020	Arrêté royal exécutant diverses mesures exceptionnelles relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d'une prise en charge des patients dans le contexte de la COVID-19 pandémie avec le virus SARS-CoV-2

Résumé des modifications

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie COVID-19, l'arrêté royal :

- établit la nomenclature visée à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- fixe les montants de l'intervention personnelle des bénéficiaires
- interdit les suppléments d'honoraires.

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2020 – Édition 2	27.03.2020	Arrêté royal visant l'interruption des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs suite à la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit l'interruption, à partir du 13 mars 2020, des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs suite à la pandémie COVID-19.

L'interruption est valable jusqu'à un moment à déterminer par la ministre.

En effet, dans ce contexte, il n'est pas possible de garantir que les réunions et la concertation au sein des organes de décision peuvent être organisées. Le respect des délais contraignants ne peut de ce fait pas être garanti.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2020	16.01.2020	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 IV.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2020	12.02.2020	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 IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2020 – Édition 1	12.03.2020	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
31.03.2020 – Édition 1	24.03.2020	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.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2020 – Édition 2	31.01.2020	Arrêté ministériel modifiant 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 :

- au chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la Liste, jointe comme annexe 1re à l'arrêté royal du 25 juin 2014, les modifications suivantes sont apportées au "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" de la condition de remboursement G- § 04 :
  => l'alinéa 1er est remplacé ;
  => l'alinéa 4 est complété.
- la liste nominative 37603 relative au matériel pour une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, jointe comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 est modifiée.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2020	12.02.2020	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre II, §20023 de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
05.03.2020	07.02.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" 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 au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 :

- l'intitulé "I.1.2 Divers" est complété par la prestation suivante et ses modalités de remboursement : "180773-180784 Ensemble de matériel pour la quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés, utilisé lors d'une bronchoscopie diagnostique
- la condition de remboursement I- § 01 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
09.03.2020	07.02.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" 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 au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 :

- l'intitulé, la prestation et les modalités de remboursement suivants sont ajoutés : I.1.3 Valve endobronchique 180795-180806 Valve endobronchique unidirectionnelle avec système de placement
- la condition de remboursement I- § 02 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2020	28.02.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la liste jointe comme annexe 1re 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 au chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la Liste, jointe comme annexe 1re à l’arrêté royal du 25 juin 2014 :

- le “F.1.2 Extraction d’une électrode ou d’un corps étranger libre intracardiaque” est remplacé
- les modifications sont apportées à la condition de remboursement F- § 03.

Moniteur belge	Date	Titre
13.03.2020 – Édition 1	28.02.2020	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 les modifications suivantes :

- au chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la Liste, jointe comme annexe 1re à l’arrêté royal du 25 juin 2014 :
  => le libellé de la prestation 170634-170645 est remplacé ;
  => des modifications sont apportées à la condition de remboursement F- § 09.
- aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 :
  => le libellé de la prestation 170634-170645 est remplacé ;
  => des dispositifs sont inscrits sur la liste nominative 32510.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2020	16.12.2019	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 15.

Moniteur belge	Date	Titre
27.01.2020	16.12.2019	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
05.02.2020	16.12.2019	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. - *Erratum*

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 11, § 5 les modifications suivantes sont apportées :
  => les mots "article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986" sont remplacés par les mots "article 4 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015" ;

  => les mots "Les intérêts de retard sont dus à partir du premier jour suivant le délai fixé à l'article 2 précité, sans mise en demeure." sont supprimés.
- l'article 12 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2020 – Édition 2	18.12.2019	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

Tenant compte du nouveau modèle de distribution par Bpost à partir du 1er mars 2020 (adaptation de la livraison du courrier non prior), le règlement instaure une fiction juridique dans le cadre de la vérification du délai de déclaration pour les envois par la poste du document concerné (notamment le certificat médical) pour déclarer l'incapacité de travail au médecin-conseil de la mutualité.

À condition que ce document soit signé au plus tard le dernier jour du délai applicable, il est censé être envoyé à temps si le cachet postal est apposé au plus tard le 5e jour ouvrable suivant l'expiration du délai applicable ("jour ouvrable" étant chaque jour sauf les dimanches et jours fériés légaux).

Les dispositions de ce règlement entrent en vigueur le 1er mars 2020 et s'appliquent aux documents pour déclarer l'incapacité de travail sur lesquels le cachet postal est apposé au plus tôt à compter de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
09.03.2020	13.01.2020	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 apporte les modifications suivantes à l'annexe :

- les formulaires I-Form-I-01, I-Form-I-02 et I-Form-I-03 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste, sont ajoutés
- le formulaire I-Form-II-01 concernant les critères pour les établissements hospitaliers, auquel il est fait référence au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2020	16.03.2020	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 apporte la modification suivante à l'annexe :

- les formulaires I-Form-I-01 et I-Form-I-03 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2020	18.12.2019	Règlement modifiant l'annexe III du 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 remplace le "volet titulaire" actuel de la feuille de renseignements indemnités par un modèle simplifié.

Ce modèle simplifié est d'application à partir du 1er avril 2020.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

11.02.2020

Règle interprétative relative aux prestations de l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé :

La règle interprétative 19 est abrogée.

Cette abrogation entre en vigueur le 1er décembre 2018.

Moniteur belge

11.02.2020

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 04

QUESTION

Peut-on attester la prestation 469335-469346 Échographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes d'un ou des deux yeux lors de la réalisation de l'examen tomographie bidimensionnelle par cohérence optique (OCT) ?

RÉPONSE

Non, la prestation 469335-469346, Échographie bidimensionnelle d'un ou des deux yeux, ne peut pas être attestée lors de la réalisation de l'examen OCT.

La règle interprétative produit ses effets le 1er février 2020.

Moniteur belge

14.02.2020 - Édition 2

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 35

QUESTION

La prestation 162816-162820 peut-elle également être attestée quand la colle chirurgicale a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature : 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922 ?

162816-162820

Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par intervention)

RÉPONSE

Oui, la prestation 162816-162820 peut être attestée quand la colle chirurgicale a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 36

QUESTION

La prestation 162853-162864 peut-elle également être attestée quand l'agent hémostatique a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922 ?

162853-162864

Agent hémostatique utilisé spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par pièce)

RÉPONSE

Oui, la prestation 162853-162864 peut également être attestée quand l'agent hémostatique a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922.

Les règles interprétatives 35 et 36 produisent leurs effets le 1er juillet 2019.

Moniteur belge

26.02.2020

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

QUESTION :

Dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant le bortézomib comme principe actif, peut-elle être remboursée pour le traitement en première ligne du myélome multiple chez les patients adultes non éligibles à une greffe de cellules souches lorsqu'elle n'est pas administrée en combinaison avec le melfalan et la prednisone ?

RÉPONSE :

Si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par une spécialité pharmaceutique ayant le lénalidomide comme principe actif pour le traitement en première ligne du myélome multiple chez des patients adultes qui ne sont pas éligibles à une greffe de cellules souches, conformément au § 10130000, une spécialité pharmaceutique ayant le bortézomib comme principe actif peut être remboursée si elle est associée au lénalidomide et à la dexaméthasone dans le cadre du traitement en première ligne du myélome multiple chez les patients non éligibles à une greffe de cellules souches. La posologie du bortézomib telle que mentionnée dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du lénalidomide doit être respectée (maximum 32 flacons de bortézomib).

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1er mars 2020.

Moniteur belge

06.03.2020

Règles interprétatives relatives aux prestations des articles 5 et 6 de la nomenclature :

La règle interprétative 07 est insérée:

QUESTION 07

L'article 6 stipule : "Les prestations radiographiques sont réservées aux praticiens qui satisfont aux obligations réglementaires énoncées dans ou en vertu de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire".

Si un praticien qui ne satisfait pas aux obligations réglementaires précitées exécute une prestation pour laquelle une ou plusieurs radiographies sont obligatoirement incluses dans le libellé de cette prestation, peut-il l'attester ?

RÉPONSE

Non

La règle interprétative 07 produit ses effets le 1er février 2018.

Moniteur belge

12.03.2020

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 37

QUESTION

Peut-on attester la prestation 152751-152762 pour une prothèse du crâne fabriquée grâce à un moule sur mesure ?

152751-152762

Prothèse d'os du crâne sur mesure pour le remplacement d'un volet crânien suite à un accident, une tumeur, une infection, ou toute autre cause responsable d'un manque osseux, ou pour la reconstruction du crâne dans le cadre de maladies congénitales entrainant des déformations ou des cranio-synostoses

RÉPONSE

Non, la prothèse d'os du crâne fabriquée en per/péri-opératoire grâce à un moule sur mesure ne peut pas être attestée sous la prestation 152751-152762.

Le ciment et les éléments de fixation (vis, rivets, plaques) peuvent être attestés sous les prestations correspondantes reprises sous B6. Cranioplastie.

Le moule ne peut pas être considéré comme un implant.

La règle interprétative 37 produit ses effets le 1er juillet 2014.

9. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
28.01.2020		Convention nationale HOP/2020 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14

Résumé des modifications

Le 12 décembre 2019, une nouvelle convention nationale a été conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. Cette convention contient les modifications suivantes :

- 6e réforme de l'état - hôpitaux généraux spécialisés : Les hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques associés à un service isolé Sp et/ou G, ainsi que les hôpitaux disposant uniquement d'un service Sp palliatif peuvent adhérer à la Convention nationale. Pour ces hôpitaux, la définition "hôpitaux généraux spécialisés" a été prévue au début de la convention
- hospitalisation de jour : Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et la Commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs ont approuvé en date du 12 septembre 2019 une note conceptuelle visant à la révision du fonctionnement, de l'organisation et du financement de l'hospitalisation de jour. À l'article 14 de la convention nationale, il a été prévu de confier, en exécution de cette note conceptuelle, quelques missions à des groupes de médecins experts par rapport à l'actualisation des listes de l'hospitalisation de jour
- actualisation des renvois à d'autres réglementations.

La convention entre en vigueur le 1er janvier 2020 et est conclue pour 1 an en attendant les propositions par rapport à la réforme de l'hospitalisation de jour.

Moniteur belge	Date	Titre
28.01.2020		Avenant PSY/2019*bis* à la Convention nationale du 16 novembre 2018 entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14

Résumé des modifications

La commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs a approuvé le 5 décembre 2019 un avenant à la Convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs. Celui-ci contient deux modifications :

- passage à la facturation mensuelle vers les organismes assureur à partir du 1er juillet 2020
- modification de la facturation d'hospitalisation partielle de nuit : l'hospitalisation partielle de nuit est facturée pour le jour où le patient a séjourné à l'hôpital jusque 6 heures du matin. La règle est adaptée à partir du 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2020		Avenant U/2014*ter* à la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14

Résumé des modifications

La Commission de convention entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs a approuvé le second avenant à la Convention nationale du secteur lors de sa réunion du 28 novembre 2019. Il apporte les modifications suivantes :

=> à l'article 2, § 2, alinéa 20, le titre "F.1.6.1.5. Stent valvulaire implantable par voie percutanée" est remplacé par "F.1.6. Valve cardiaque" ;
=> à l'article 2, le § 2 est complété avec 2 alinéas ;
=> à l'article 4, un alinéa est ajouté.

L'avenant entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2020		Avenant S/2018*ter* à la convention nationale entre les audiciens et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14
06.02.2020		Avenant S/2018*ter* à la convention nationale entre les audiciens et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14. - *Erratum*

Résumé des modifications

Lors de sa réunion du 28 novembre 2019, la Commission de convention audiciens - organismes assureurs a conclu le deuxième avenant S2018*ter* par lequel la valeur de la lettre-clé de toutes les prestations de l'article 31 de la nomenclature est indexée de 1,89 % au 1er janvier 2020.

Cet avenant entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2020		Avenant T/2018*ter* à la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14

Résumé des modifications

Lors de sa réunion du 3 décembre 2019, la Commission de convention bandagistes - orthopédistes - organismes assureurs a conclu le deuxième avenant T/2018*ter* par lequel :

=> la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 29 relatives aux semelles orthopédiques et aux orthèses préfab n'est pas indexée au 1er janvier 2020 ;

=> la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 29 relatives aux lombostats est indexée de 2,53 % au 1er janvier 2020 ;

=> la valeur de la lettre-clé de toutes les autres prestations de l'article 29 de la nomenclature est indexée de 2,76 % au 1er janvier 2020.

Cet avenant entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2020		Avenant Y/2018*ter* à la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 14

Résumé des modifications

Lors de sa réunion du 3 décembre 2019, la Commission de convention bandagistes - orthopédistes - organismes assureurs a conclu le premier avenant Y/2018*ter* par lequel :

- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 27 relatives aux semelles orthopédiques et le matériel pour mucoviscidose n'est pas indexée au 1er janvier 2020
- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 27 relatives aux lombostats est indexée de 2,53 % au 1er janvier 2020
- la valeur de la lettre-clé de toutes les autres prestations de l'article 27 de la nomenclature est indexée de 2,00 % au 1er janvier 2020.

Cet avenant entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2020	24.01.2020	Convention 2020-2021 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs. - Notification point A.14

Résumé des modifications

Une nouvelle convention M/20 couvre la période du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021. Elle a été signée en Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs le 10 décembre 2019 :

- à partir du 1er janvier 2020, les honoraires augmentent pour certaines prestations dans le cadre des traitements chroniques, via l'adaptation de la valeur du facteur de multiplication M :
  => certaines prestations M48 de la rubrique "pathologies lourdes" sont portées à 45 EUR ;
  => les prestations M36 de la rubrique "pathologies lourdes" sont portées à 37,50 EUR ;
  => certaines prestations M24 de la rubrique "pathologies lourdes" sont portées à 25 EUR.
- les indemnités existantes sont maintenues et leur introduction dans la nomenclature est prévue pour le 1er janvier 2021
- la prime de promotion de la qualité de 2.000 EUR est maintenue pour les années 2020 et 2021
- des initiatives concrètes pour poursuivre les mesures prévues dans la convention M/18 et son avenant. Entre autres :
  => la digitalisation étendue des interactions entre les kinésithérapeutes et les O.A. ;
  => l'adaptation de la nomenclature dans le cadre de la simplification et de la mise en concordance des besoins en soins plus spécifiques de certains groupes cibles.
- la préparation de nouvelles mesures possibles en 2020. Entre autres :
  => un "montant d'utilisation" ;
  => une approche kinésithérapeutique dans le but de prévenir la chronicité ;
  => une "prestation d'éducation" spécifique.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2020		Accord national médico-mutualiste 2020 Conseil des ministres du 24 janvier 2020. - Notification point 13

Résumé des modifications

Le 19 décembre 2019, la Commission nationale médico-mutualiste a conclu un accord pour 2020. Le Comité de l'assurance et le Conseil général ont approuvé cet accord le 23 décembre 2019. Le Conseil des ministres a donné son approbation le 24 janvier 2020.

Les grands principes sont les suivants :

- une indexation non-linéaire, qui permet de faire des revalorisations dans certains domaines et de concrétiser certaines propositions du Conseil technique médical
- l'optimalisation des soins existants
- l'augmentation de la qualité et l'efficacité des soins
- la garantie de la sécurité tarifaire
- la réforme du statut *sui generis* des médecins en formation.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2020 – Édition 2		Adaptation hors index au 1er janvier 2020 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À l'indice-pivot 105,10 (basis 2013=100), le montant de certaines prestations sociales est adapté à partir du 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2020 – Édition 2	24.01.2020	Quarantième avenant à la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs

Résumé des modifications

Le quarantième avenant à la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs adapte au 1er janvier 2020 la lettre-clé P de l'honoraire de base pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public dans le but de financer le surcout de l'honoraire de disponibilité en 2020.

L'avenant entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
23.03.2020 – Édition 1	30.01.2020	Approbation du projet d'accord 2020-2021 entre les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs, en exécution de l'article 51, § 1er, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

La Commission nationale dento-mutualiste a conclu un accord entre les dentistes et les mutualités pour 2020 et 2021. Le Conseil des ministres a approuvé cet accord le 13 mars 2020.

Les principales mesures de cet accord sont :

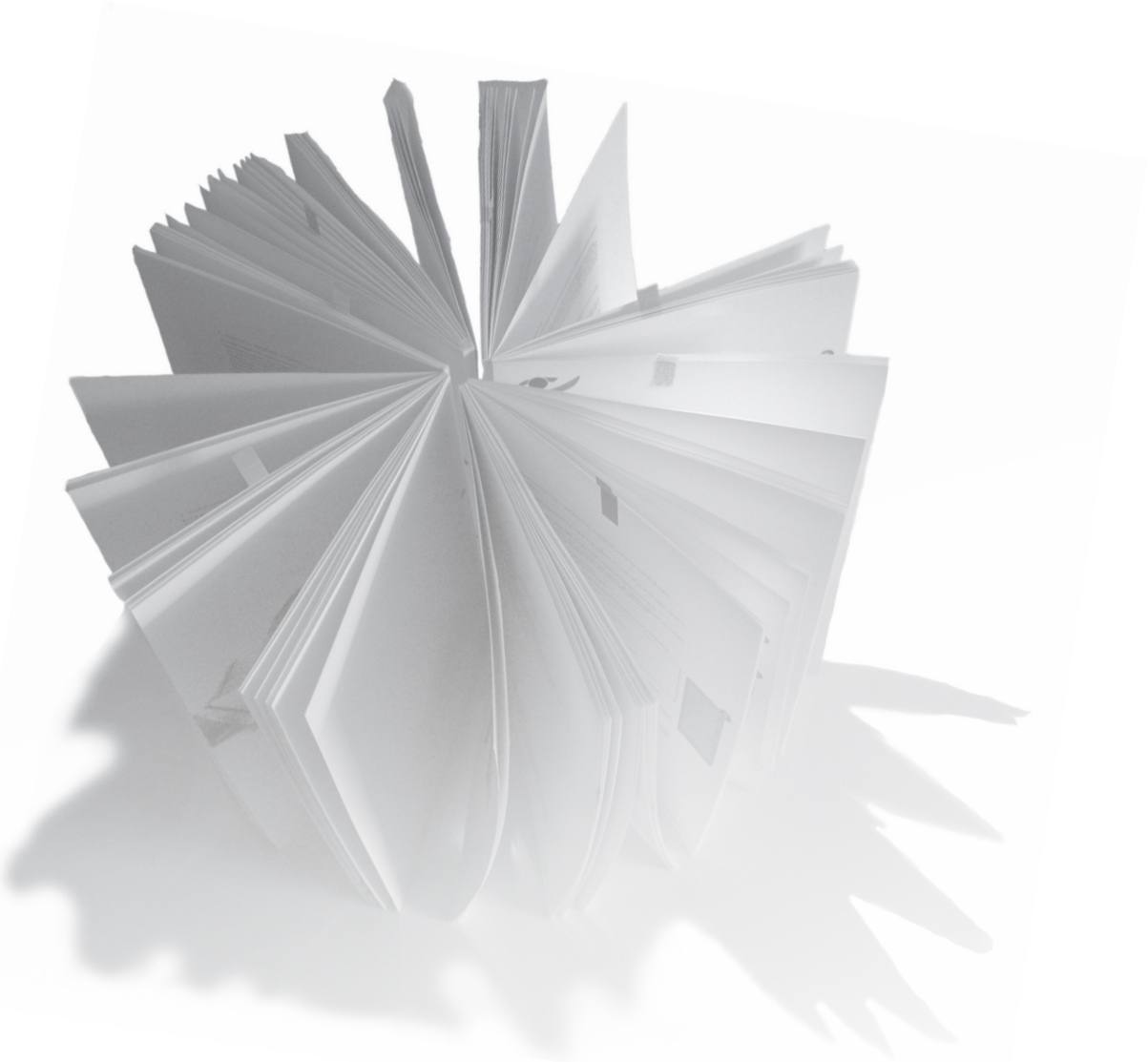
- l'élaboration de règlementations sur la transparence des coûts des soins dentaires
- l'élaboration d'un plan pluriannuel sur les soins bucco-dentaires avec la fixation d'objectifs de santé ainsi que l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires dans le secteur
- l'introduction de nouveaux tarifs maximaux pour certaines prestations dans un cadre précis permettant de garantir la sécurité tarifaire et la transparence pour les patients
- l'augmentation des honoraires au 1er mars 2020 avec la masse d'index de 1,95 % en tenant compte des règles d'arrondissement habituelles
- l'augmentation du montant du statut social à 3.200 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
23.03.2020 – Édition 1		Avis officiel

Résumé des modifications

L'indice-pivot 107,20 (base 2013 = 100) a été atteint au mois de février 2020. Compte tenu de la loi du 2 août 1971 organisant la liaison des prestations sociales à l'indice des prix à la consommation, ainsi que des autres dispositions légales et règlementaires, les prestations sociales ont été adaptées à partir du 1er mars 2020.

2e Partie
Jurisprudence



I. Cour du travail de Bruxelles, 27 février 2020

Augmentation montant journalier de l'indemnité - Article 225, § 3, alinéa 7, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Discrimination justifiée

La discussion entre parties portait sur l'ajout de l'alinéa 7 à l'article 225, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (A.R.) qui concerne une augmentation à partir du 1er septembre 2011 du montant journalier de l'indemnité minimum visée à l'article 214, § 1er, alinéa 2, b, A.R. En pratique, cette adaptation du taux de l'indemnité fut fixée au 1er septembre 2013 par l'INAMI et l'O.A.

Selon l'O.A., l'article 225, § 3, alinéa 7 vise l'ensemble des augmentations du montant journalier de l'indemnité minimale qui sont postérieures au 1er septembre 2011. À défaut de pareille interprétation l'article 225, § 7 induit une discrimination en faisant une distinction sans fondement acceptable entre les titulaires cohabitant antérieurement et postérieurement au 1er septembre 2013.

Les dispositions des articles 10 et 11 de la Constitution ne s'opposent pas à ce qu'une modification de la législation établisse une distinction entre les personnes déjà bénéficiaires d'un certain avantage ou statut avant une modification légale et les personnes qui obtiennent ce statut postérieurement à la législation nouvelle. Pareil choix et distinction se retrouvent effectivement dans des multiples législations de la sécurité sociale.

N° de rôle : 2018/AB/351
O.A. c./INAMI

…

Discussion

1.

Dans son arrêt interlocutoire, la Cour constatait que la discussion entre parties semblait s'axer sur la modification de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 par un arrêté royal du 15 octobre 2012, complétant l'article 225, § 3 par un alinéa 7. Cette modification concernait une augmentation à partir du 1er septembre 2011 du montant journalier de l'indemnité minimum visée à l'article 214, § 1er, alinéa 2°, b de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Or, dans les différents calculs établis par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et les conclusions de l'O.A., il était fait état d'une adaptation du taux de l'indemnité au 1er septembre 2013.

L'O.A. admet que l'augmentation par arrêté royal du 21 mars 2013, sortant ses effets au 1er septembre 2013, constituait une augmentation hors index qui ne faisait pas référence à l'alinéa 7 de l'article 225, § 3. Ni l'arrêté royal du 21 mars 2013, ni aucune autre disposition expresse 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 ne permettaient une application analogue.

D'après l'O.A. il convient toutefois d'interpréter l'article 225, § 3, alinéa 7 "de manière téléologique" et que cette disposition vise l'ensemble des augmentations du montant journalier de l'indemnité minimale postérieurement au 1er septembre 2011.

À défaut de pareille interprétation, l'article 225, § 7 induit une discrimination en faisant une distinction sans fondement acceptable entre les titulaires cohabitant antérieurement et postérieurement au 1er septembre 2013. Les premiers pouvaient continuer à bénéficier de leur qualité de titulaire avec personnes à charge en cas de revalorisation des indemnités des personnes à leur charge, alors que les cohabitants ayant constitué un ménage après le 1er septembre 2013 (2011 ?) ne pourraient pas bénéficier de cet avantage juste.

2.

Les dispositions des articles 10 et 11 de la Constitution ne s'opposent toutefois pas à ce qu'une modification de la législation établisse une distinction entre les personnes déjà bénéficiaires d'un certain avantage ou statut avant une modification légale et les personnnes qui obtiennent ce statut postérieurement à la législation nouvelle.

Dans son arrêt 170/260 du 22 décembre 2016, la Cour constitutionnelle a rappelé que (B11)

"Nul ne peut prétendre à l'immuabilité d'une politique ou, en l'espèce, au non-règlement persistant de l'exercice de la psychothérapie. En effet, à peine de rendre impossible toute modification législative ou toute réglementation entièrement nouvelle, il ne peut être soutenu qu'une disposition nouvelle serait contraire au principe de sécurité juridique par cela seul qu'elle modifie les conditions d'application de la législation ancienne ou qu'elle instaure une interdiction entièrement nouvelle et pour le seul motif qu'elle remettrait en question certains choix professionnels.

Si le législateur estime qu'un changement de politique simpose, il peut décider de lui donner un effet immédiat et il n'est pas tenu, en principe, de prévoir un régime transitoire.

Les articles 10 et 11 de la Constitution ne sont violés que si le régime transitoire ou l'absence d'un tel régime entraîne une différence de traitement non susceptible de justification raisonnable ou s'il est porté une atteinte excessive au principe de la confiance légitime."

Dans son arrêt 32/2016 du 3 mars 2016, la même Cour précise (B6) que

"C'est en règle au législateur qu'il appartient d'apprécier si un changement législatif doit s'accompagner de mesures transitoires afin de tenir compte des attentes légitimes des personnes concernées et c'est à lui qu'il revient de déterminer à quelles conditions et dans quels délais il sera dérogé à la disposition nouvelle à l'égard de ces personnes.

Le propre d'une règle transitoire est d'établir une distinction entre les personnes qui sont concernées par des situations juridiques qui entrent dans le champ d'application de cette règle et les personnes qui sont concernées par des situations juridiques qui entrent dans le champ d'application d'une règle nouvelle. Semblable distinction ne viole pas, en soi, les articles 10 et 11 de la Constitution : toute disposition transitoire serait impossible s'il était admis que de telles dispositions violent les dispositions constitutionnelles précitées par cela seul qu'elles s'écartent des conditions d'application de la législation nouvelle."

3.

En l'occurrence le législateur a pu considérer que "l'immunisation" de certaines revalorisations des indemnités pour les ménages, composés d'un titulaire et une personne à charge ne dépassant pas le seuil de revenus prévu, devait être réservée aux personnes et aux titulaires ayant ce statut au moment de la modification de la législation et que les personnes, obtenant postérieurement ce statut, ne pouvaient pas bénéficier de cette immunisation.

Pareil choix et distinction se retrouvent dans des multiples législations de sécurité sociale.

Ainsi, encore récemment la Cour constitutionnelle a validé une modification de la législation relative à la garantie de revenus pour les personnes âgées (Grapa) qui modifiait le calcul de revenus (en modifiant les catégories et les personnes dont le revenu était pris en considération), tout en réservant aux personnes qui bénéficiaient déjà d'un revenu garanti au moment de l'entrée en vigueur de la modification, du moins temporairement, le bénéfice de l'ancien régime (Cour const., 81/2019 du 23.05.2019).

4.

L'appel n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement (747, § 2 du C. jud.)

...

II. Cour du travail de Mons, 15 avril 2020

Preuve aveu - Intention frauduleuse indu-sanction administrative

Articles - L'article 100 de la loi relative à l'assurance maladie -invalidité coordonnée le 14 juillet 1994 - L'article 1356 du Code civil - L'article 174, alinéa 3 et l'article 168*quinquies* de la loi relative à l'assurance maladie-invalidité coordonnée le 14 juillet 1994

Une reprise d'activité interrompt l'incapacité lorsqu'elle est professionnelle ou bien est orientée vers la production de biens et services, entraîne un enrichissement direct ou indirect pour soi-même ou autrui, même si elle est occasionnelle ou exceptionnelle, de minime importance, faiblement rémunérée.

Seules sont autorisées des activités d'entretien ordinaire du ménage ou de loisir.

Aider au sein du snack exploité par sa fille pendant trois ans à raison de deux journées par semaine sans autorisation préalable du médecin-conseil est incompatible avec la perception d'indemnités d'incapacité de travail.

En ayant nié initialement toute activité lors du contrôle alors qu'elle a déjà été vue antérieurement tenir la caisse du snack, l'assurée s'est abstenue de déclarer la reprise de cette activité, ce qui lui a permis d'obtenir des prestations sociales dont elle était consciente qu'elles étaient illicites et a commis des manœuvres frauduleuses justifiant un délai de prescription de 5 ans pour la récupération d'indu.

Une sanction de 180 jours se justifie d'une part, par la durée de la période infractionnelle et l'attitude initiale de déni lors du contrôle, d'autre part par les aveux. Même s'il n'y a pas d'antécédents dans son chef, l'octroi d'un sursis ne se justifie pas.

R.G. 2019/AM/2
… c./INAMI et O.A.

…

3. Faits et antécédents

Il résulte des pièces du dossier que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative et judiciaire se présente comme suit.

Madame … est née le … .

Elle est reconnue en incapacité de travail à partir du 7 février 2007, sur la base de l'article 100 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En date du 27 octobre 2014, l'inspecteur de l'INAMI rédige un procès-verbal constatant que Madame … avait repris une activité non autorisée à raison d'un à deux jours par semaine depuis le 19 juillet 2011 à l'exception des périodes d'hospitalisation et de séjour à l'étranger.

Par courriers du 29 octobre 2014, le Service de contrôle administratif de l'INAMI notifie respectivement à l'O.A. et à Madame … le procès-verbal de constat établi le 27 octobre 2014 par un contrôleur social du Service de contrôle administratif de l'INAMI.

Par courrier du 17 novembre 2014, Madame … est invitée par le fonctionnaire dirigeant du Service de contrôle administratif de l'INAMI à faire valoir ses moyens de défense.

Madame … ne donne pas suite à cette invitation.

Dans une décision du 21 novembre 2014, notifiée par envoi recommandé du 25 novembre 2014, l'O.A. met en demeure Madame … de lui rembourser la somme de 14.603,11 EUR à titre d'indemnités indûment perçues pour la période du 1er juillet 2011 au 31 octobre 2014.

Par requête entrée le 19 février 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 15/864/A), Madame … conteste cette décision du 21 novembre 2014.

Dans une décision du 29 juillet 2015, l'INAMI exclut Madame … du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières en application de l'article 168*quinquies*, § 2, 3°, a, b, et § 3, alinéa 1, 4°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Par requête entrée le 10 juin 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 15/2673/A), l'O.A. sollicite un titre exécutoire pour la somme de 14.599,39 EUR, correspondant à la somme de 14.603,11 EUR visée par la décision du 21 novembre 2014, diminuée de 3,72 EUR (régularisation pour la période du 1er au 05.09.2013).

Dans une décision du 24 septembre 2015, notifiée par envoi recommandé du même jour, l'O.A. met en demeure Madame … de lui rembourser la somme de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités indûment perçues entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015 au motif qu'ayant été exclue du droit à 180 indemnités journalières par l'INAMI, les indemnités perçues durant cette période lui avaient été indûment versées.

Cette décision est articulée sur la motivation suivante :

"(…) Il résulte qu'il a été payé indûment sur base de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 168quinquies, § 2, 3°, a), b) et § 3, alinéa 1, 4°.

De ce fait, nous ne pouvions accorder aucune indemnisation pour la période du 29 juillet 2015 au 31 août 2015, soit 29 jours à 46,11 EUR.

Nous vous saurions gré de bien vouloir verser la somme de 1.337,19 EUR (…).

Au 1er septembre 2015, il reste un reliquat de 151 indemnités journalières à appliquer, soit du 1er septembre 2015 au 23 février 2015. (…)".

Par requête entrée le 28 octobre 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 15/4942/A), Madame … conteste la décision de l'INAMI du 29 juillet 2015.

Par requête entrée le 22 décembre 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi (R.G. 15/5744/A), Madame … conteste la décision de l'O.A. du 24 septembre 2015.

Par requête entrée le 7 avril 2016 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 16/1518/A), l'O.A. sollicite un titre exécutoire pour la somme de 1.337,19 EUR.

Dans un jugement du 3 décembre 2018, la 4e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi :

- joint les causes portant les numéros de rôle général 15/864/A, 15/2673/A, 15/4942/A, 15/5744/A et 16/1518/A
- déclare les demandes recevables
- dans les causes portant les numéros de rôle général 15/864/A et 15/2673/A :
  - déclare les demandes fondées dans la mesure qui suit
  - annule la décision de l'O.A. du 21 novembre 2014
  - dit pour droit que Madame … a repris une activité non déclarée et non autorisée entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014
  - condamne Madame … à payer à l'O.A. le montant de 14.044,15 EUR à titre d'indemnités indûment perçues entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014.
- dans la cause portant le numéro de rôle général 15/4942/A :
  - déclare la demande non fondée
  - confirme la décision de l'INAMI du 29 juillet 2015.
- dans les causes portant les numéros de rôle général 15/864/A, 15/2673/A, 15/4942/A, 15/5744/A et 16/1518/A :
  - déclare la demande de Madame … non fondée
  - déclare la demande de l'O.A. fondée
  - confirme la décision de l'O.A. du 24 septembre 2015
  - condamne Madame … à payer à l'O.A. le montant de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités indûment versées entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015.
- autorise l'exécution provisoire du jugement, nonobstant appel et sans garantie
- condamne l'INAMI et l'O.A., chacun pour moitié, aux frais et dépens de l'instance, liquidés par Madame … au montant de 131,18 EUR.

Par requête entrée au greffe de la cour en date du 4 janvier 2019, Madame … interjette appel du jugement du 3 décembre 2018.

4. Recevabilité de l'appel

a) En droit

Le délai pour interjeter appel est d'un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, selon l'article 1051, alinéa 1, du Code judiciaire.

Les dispositions légales concernant la recevabilité de l'appel en matière civile sont d'ordre public[1].

b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal, l'appel est recevable.

1. Cass. (3e ch.), 08.06.2015, rôle n° S.14.0094.F, http://jure.juridat.just.fgov.be.

5. Fondement de l'appel

a) En droit

I. ACTIVITÉ NON AUTORISÉE

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[2].

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, 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[3] :

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 une personne de référence.

Le législateur ne définit toutefois pas l'activité qu'il convient d'avoir cessé pour prétendre aux indemnités.

Selon la Cour de cassation, le terme "activité" doit être compris dans son sens usuel et ne peut être réduit à la seule activité professionnelle ou au seul travail[4].

Il s'ensuit qu'est visée non seulement la cessation de toute activité professionnelle mais encore de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou toute occupation habituelle, occasionnelle voir même exceptionnelle, orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, et ce même si elle est de minime importance ou faiblement rémunérée[5].

2. Cass. (3e ch.), 18.05.2015, rôle n° S.13.0013.F, http://jure.juridat.just.fgov.be.
3. C.C., arrêt n° 51/2013, 28.03.2013, rôle n° 5463, http://jure.juridat.just.fgov.be.
4. Cass. (3e ch.), 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 446.
5. Ph. GOSSERIES, "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", J.T.T., 1997, p. 81. Cass., 21.01.1982, Bull. INAMI, 1982, p. 323. Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 400. C.T. Mons (4e ch.), 17.10.2012, R.G. 2012/AM/18, inédit. C.T. Bruxelles (8e ch.), 20.06.2013; R.G. 2011/AB/813, http://jure.juridat.just.fgov.be. C.T. Mons (4e ch.), 26.11.2014, R.G. 2012/AM/474, inédit. C.T Mons (5e ch.), 11.12.2014, R.G. 2013/AM/432, inédit. C.T Mons (5e ch.), 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit. C.T. Mons (5e ch.), 05.01.2017, R.G. 2014/AM/296, inédit.

En principe, seules sont autorisées des activités d'entretien ordinaire du ménage ou de loisir[6].

Cette rigueur est tempérée par la possibilité prévue par l'article 100, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, de solliciter l'autorisation du médecin conseil de reprendre une activité, préalablement à la reprise de celle-ci, alors que le travailleur se trouve encore en incapacité de travail et pour autant que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen, selon l'article 101, § 1er, alinéa 1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

II. PREUVE

Il incombe à chacune des parties de prouver les faits qu'elle allègue, selon l'article 870 du Code judiciaire.

L'aveu qui est opposé à une partie est extrajudiciaire ou judiciaire, selon l'article 1354 du Code civil.

L'aveu extrajudiciaire est un acte unilatéral dont une preuve peut être déduite et qui doit être fait par la partie à laquelle il est opposé mais qui ne doit pas être destiné à servir de preuve pour la partie adverse[7].

La double règle, exprimée à l'article 1356 du Code civil, selon laquelle l'aveu judiciaire fait pleine foi contre celui qui l'a fait et ne peut être révoqué (sauf s'il a été la suite d'une erreur de fait), est la conséquence du caractère unilatéral de l'aveu et vaut également pour l'aveu extrajudiciaire[8].

Celui qui a avoué est lié de manière définitive par son aveu ; celui-ci ne peut être révoqué en raison de la seule rétractation de son auteur[9].

Les présomptions sont des conséquences que la loi ou le magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu, selon l'article 1349 du Code civil.

Les présomptions qui ne sont point établies par la loi sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol, selon l'article 1353 du Code civil.

Lorsque la preuve par présomptions est légalement admise, le juge apprécie en fait la valeur probante de celles sur lesquelles il se fonde[10].

L'appréciation du degré de gravité, de précision et de concordance appartient souverainement au juge du fond[11].

6. J.-F. FUNCK, Droit de la sécurité sociale, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 281.
7. Cass. (1re ch.), 20.12.2007, rôle n° C.07.0161.N, http://jure.juridat.just.fgov.be.
8. C.T Mons (4e ch.), 21.03.2012, R.G. 2011/AM/188, inédit.
9. C.T. Mons, 17.05.2000, R.G. 16.122, inédit.
10. Cass. (1re ch.), 06.05.2002, rôle n° C.07.0438.F, http://jure.juridat.just.fgov.be
11. M. JOURDAN, La notion d'accident (sur le chemin) du travail : notion et preuve, Waterloo, Kluwer, 2006, op.cit., p. 314.

III. INDU

Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu, selon l'article 1376 du Code civil.

Celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a octroyées, selon l'article 164, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé, selon l'article 101, § 2, alinéa 1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué, selon l'article 174, alinéa 1, 5°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Toutefois, dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité, le délai de prescription est de cinq ans, selon l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La fraude vise tout agissement volontairement illicite dont certains bénéficiaires de prestations sociales usent pour en obtenir indûment l'octroi[12].

Ni de la considération que l'assuré social pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son O.A., ni de la constatation qu'il n'a pas déclaré à celui-ci la poursuite d'une activité, il ne peut être déduit l'existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l'octroi de prestations indues[13].

Pour que des manœuvres frauduleuses soient reconnues dans le chef de l'assuré social, il faut que celui-ci ait eu conscience que ses actes ou son abstention de déclaration avaient pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit[14].

Il découle de ce qui précède que l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef d'un assuré social suppose que celui-ci ait posé un acte ou se soit rendu coupable d'une abstention lui permettant d'obtenir des prestations sociales dont il était conscient qu'elles étaient illicites.

S'il y a eu mauvaise foi de la part de celui qui a reçu, il est tenu de restituer, tant le capital que les intérêts ou les fruits, du jour du payement, selon l'article 1378 du Code civil.

Les prestations payées indûment portent intérêt de plein droit à partir du paiement si le paiement indu résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de la personne intéressée, selon l'article 21 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.

12. J. LECLERCQ, Mercuriale du 02.09.1975, "La répétition de l'indu dans le droit de la sécurité sociale (I)", in La doctrine du judiciaire ou l'enseignement de la jurisprudence des juridictions du travail, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1998, p. 318. C.T. Bruxelles (8e ch.), 04.11.2015, rôles nos 2014/AB/122 et 2014/AB/139, http://jure.juridat.just.fgov.be.
13. Cas. (3e ch.), 04.12.2006, rôle n° S.05.0071.F, http://jure.juridat.just.fgov.be.
14. C.T. Mons (5e ch.), 08.06.2006, rôle n° 19199, http://jure.juridat.just.fgov.be. C.T. Mons (4e ch.), 19.05.2010, R.G. 2009/AM/21.554 ; https://www.stradalex.com/fr.

IV. SANCTION

Est exclu du droit aux indemnités pour incapacité de travail, à raison de trois indemnités journalières au moins et de 400 indemnités journalières au plus, l'assuré social qui, pendant la période où il bénéficie d'indemnités, a repris une activité sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou n'a pas informé son O.A. de la reprise d'une activité, selon l'article 168*quinquies*, § 2, 3°, a) et b) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La durée de cette exclusion est fixée en fonction de la durée de l'infraction, en manière telle que l'assuré qui a commis une infraction pendant au moins 101 jours peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 150 jours au moins et 400 jours au plus, selon l'article 168*quinquies*, § 3, alinéa 1, 3°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsqu'au prononcé de la décision d'amende administrative ou d'exclusion, il est constaté que l'assuré social ne s'est vu infliger aucune exclusion ou amende administrative dans l'année qui précède, le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui peut, en outre, décider de surseoir en tout ou en partie à l'exécution de l'exclusion ou de l'amende administrative pendant un délai de deux ans suivant la date du prononcé, selon l'article 168*quinquies*, § 3/1, alinéa 1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'octroi du sursis est une faculté laissée à l'appréciation de l'INAMI et, en cas de recours, du juge.

b) En l'espèce

L'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI révèle, au moyen de divers faits, constitutifs de présomptions, graves, précises et concordantes, que Madame … a exercé une activité consistant en une aide au sein du snack … , exploité par sa fille, Madame …, au cours de la période du 19 juillet 2011 au 10 octobre 2014, à concurrence de deux journées par semaine et excepté durant ses hospitalisations (du 17.09.2012 au 20.09.2012 et du 07.07.2013 au 08.07.2013) et durant ses séjours à l'étranger (du 31.07.2012 au 10.09.2012, du 09.04.2013 au 17.04.2013 et du 13.08.2014 au 17.09.2014).

Il apparaît en effet que :

- le contrôleur social du Service du contrôle administratif de l'INAMI a constaté que Madame … se trouvait derrière la caisse du snack pour noter les commandes et encaisser l'argent des clients en date des 9 juillet 2014 et 6 août 2014
- les contrôleurs sociaux ont constaté que Madame … se trouvait derrière le comptoir, à la caisse du snack, en train de compléter une souche TVA et d'encaisser l'argent, en date du 10 octobre 2014, sur le temps de midi
- de l'audition, en date du 10 octobre 2014, de Madame … , travailleuse à temps partiel, il résulte que Madame … travaillait au sein du snack
- interrogée sur place le 10 octobre 2014, Madame … a reconnu qu'elle venait au snack une à deux fois par semaine depuis l'ouverture de l'établissement en 2011, sans pouvoir préciser les dates exactes, et qu'à cette occasion, elle apportait une aide à sa fille lors du coup de feu de midi
- lors de son audition en date du 10 octobre 2014, la fille de Madame … a précisé qu'elle avait ouvert son établissement à partir du 19 juillet 2011 et a admis qu'il lui arrivait de solliciter l'aide de sa mère au snack, pour l'encaissement, sans pouvoir en préciser la fréquence.

Madame … a exercé cette activité sans avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil et sans en avoir informé son O.A.

Il est dès lors établi que Madame … a exercé une activité, consistant en une aide au sein du snack … , exploité par sa fille, Madame … , et n'ayant pas donné lieu à une autorisation préalable, incompatible avec la perception d'indemnités d'incapacité de travail.

L'O.A. est fondé à revendiquer le remboursement des indemnités d'incapacité de travail perçues par Madame … pour la période durant lesquels elle a accompli le travail non autorisé, soit du 19 juillet 2011 au 10 octobre 2014, à concurrence de deux journées par semaine et excepté durant ses hospitalisations (du 17.09.2012 au 20.09.2012 et du 07.07.2013 au 08.07.2013) et durant ses séjours à l'étranger (du 31.07.2012 au 10.09.2012, du 09.04.2013 au 17.04.2013 et du 13.08.2014 au 17.09.2014).

Madame … a commis des manœuvres frauduleuses, car celle-ci s'est abstenue de déclarer la reprise de cette activité, ce qui lui a permis d'obtenir des prestations sociales dont elle était consciente qu'elles étaient illicites, comme en atteste le fait qu'elle a initialement nié toute activité lors du contrôle le 10 octobre 2014 ("(…) ***je suis venue ce jour pour dîner en compagnie de mon compagnon …*** ; je ne vis pas avec ce monsieur, ***Mme … ne sait pas comment rédiger les souches TVA et c'est donc moi qui l'ai fait. (…) Vous me dites que vous m'avez déjà vue tenir la caisse alors que mon ami n'est pas là. C'est exact.*** *Chez nous, il est coutume de s'entraider en famille. C'est dans ce contexte que je viens apporter mon aide lors du coup de feu à midi. (…) J'insiste sur la fréquence c'est-à-dire* ***je viens une à deux fois par semaine****.* (…)" (la cour met en gras)).

Il s'ensuit que le délai de prescription applicable dans le cas présent est celui de cinq ans.

C'est donc de manière justifiée que l'O.A. sollicite la condamnation de Madame … à lui rembourser la somme de 14.044,15 EUR à titre d'indemnités perçues indûment entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014.

Compte tenu, d'une part, de la durée de la période infractionnelle et de son attitude initiale de déni lors du contrôle du 10 octobre 2014, d'autre part, des aveux et de l'absence d'antécédents de l'intéressée, l'INAMI est fondé à exclure Madame … du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières, en application de l'article 168*quinquies*, § 2, 3°, a, b, et § 3, alinéa 1, 3°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, et ce sans l'octroi d'un sursis.

Eu égard à l'exclusion du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières, c'est de manière justifiée que l'O.A. sollicite la condamnation de Madame … à lui rembourser la somme de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités perçues indûment entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015.

Dans ces conditions, l'appel n'est pas fondé.

La Cour confirme le jugement du 3 décembre 2018, en ce que la 4e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi :

- dans les causes portant les numéros de rôle général nos 15/864/A et 15/2673/A :
  - déclare les demandes fondées dans la mesure qui suit
  - annule la décision de l'O.A. du 21 novembre 2014
  - dit pour droit que Madame … a repris une activité non déclarée et non autorisée entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014
  - condamne Madame … à payer à l'O.A. le montant de 14.044,15 EUR à titre d'indemnités indûment perçues entre 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014.
- dans la cause portant le numéro de rôle général n° 15/4942/A :
  - déclare la demande non fondée
  - confirme la décision de l'INAMI du 29 juillet 2015.

- dans les causes portant les numéros de rôle général nos 15/864/A, 15/2673/A, 15/4942/A, 15/5744/A et 16/1518/A :
  - déclare la demande de Madame … non fondée
  - déclare la demande de l'O.A. fondée
  - confirme la décision de l'O.A. du 24 septembre 2015
  - condamne Madame … à payer à l'O.A. le montant de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités indûment versées entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015.

5. 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'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[15], 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[16].

La dernière indexation des montants est intervenue en date du 1er juin 2016[17].

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[18].

Cela étant, indépendamment du montant de l'indemnité de procédure, il incombe au juge d'appliquer le barème applicable au cas d'espèce.

Le relevé des dépens ne constitue d'ailleurs pas une chose demandée ou une demande au sens de l'article 1138, 2°, du Code judiciaire[19].

15. M.B., 09.11.2007.
16. 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.
17. J.T., 2016, pp. 411-412.
18. 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.
19. Cass. (1re ch.), 15.06.2007, rôle n° C.04.0555.N, http://jure.juridat.just.fgov.be.

Par ailleurs, une contribution de 20 EUR est due pour chaque acte introductif d'instance qui est inscrit à l'un des rôles visés aux articles 711 et 712 du Code judiciaire, par toute partie demanderesse, selon les articles 4, § 2, alinéa 1, et 5, § 1er, de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Aucune contribution n'est toutefois perçue dans le chef de la partie demanderesse si celle-ci introduit une demande visée aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, du Code judiciaire concernant les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux personnellement, selon l'article 4, § 2, alinéa 2, 3°, de la loi du 19 mars 2017.

Sauf si la partie qui succombe bénéficie de l'aide juridique de deuxième ligne ou de l'assistance judiciaire, la juridiction liquide le montant de la contribution au fonds dans la décision qui prononce la condamnation aux dépens, selon l'article 4, § 2, alinéa 3, de la loi du 19 mars 2017.

Il découle de cette disposition que l'exemption de paiement de la contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, lors de l'inscription au rôle de l'acte introductif d'instance, tel l'appel, n'exonère nullement la juridiction de statuer sur ladite contribution dans la décision qui prononce la condamnation aux dépens.

La Cour de cassation confirme le fait que l'absence de perception de la contribution lors de l'introduction de l'instance n'exonère nullement le juge de la liquider dans la décision qui prononce la condamnation aux dépens[20].

Les dépens comprennent la contribution visée à l'article 4, § 2, de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, précise l'article 1018, alinéa 1, 8°, du Code judiciaire.

La loi du 19 mars 2017 est entrée en vigueur le 1er mai 2017 à la suite de l'arrêté royal du 26 avril 2017[21].

b) En l'espèce

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

L'INAMI et l'O.A. doivent dès lors supporter les dépens, chacun par moitié, en application de l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

Le barème applicable est celui des affaires évaluables en argent, eu égard à la demande de titre exécutoire formulée par l'O.A.

En conséquence, l'appel est fondé uniquement en ce qui concerne les dépens.

La Cour réforme le jugement du 3 décembre 2018, en ce que la 4e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi, condamne l'INAMI et l'O.A., chacun pour moitié, aux frais et dépens de l'instance, liquidés par Madame … au montant de 131,18 EUR.

...

POUR CES MOTIFS,

LA COUR,

20. Cass. (3e ch.), 26.11.2018, rôle n° S.18.0037.F, http://jure.juridat.just.fgov.be.
21. M.B., 27.04.2017.

Statuant contradictoirement,

Reçoit l'appel.

Dit que l'appel est fondé uniquement en ce qui concerne les dépens.

…

III. Cour du travail de Mons, 22 avril 2020

Activité non autorisée - Absence de *non bis in idem* intention frauduleuse indu - Sanction administrative

Articles - L'article 100 de la loi relative à l'assurance-maladie invalidité coordonnée le 14 juillet 1994 - L'article 174, alinéa 3 et l'article 168*quinquies* de la loi relative à l'assurance-maladie invalidité coordonnée le 14 juillet 1994

Une reprise d'activité interrompt l'incapacité lorsqu'elle est ou bien professionnelle ou bien non rémunérée mais entraînant une économie de dépenses. La notion d'activité est très large et n'est pas définie par la loi. En effectuant des récoltes de métaux auprès de particuliers et ventes auprès de sociétés de fonderie et d'achats de ferrailles, l'assuré a repris une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil.

Le fait qu'il ait été acquitté sur le plan pénal en matière de transport de déchets eu égard à l'absence de qualité de professionnel est sans incidence sur la reprise d'activité constatée.

Il a de manière continue dissimulé et exercé une activité pendant toute la période litigieuse, sans autorisation et agi avec intention frauduleuse. Le délai de prescrition pour la récupération d'indu est donc de 5 ans.

Ayant exercé l'activité sur toute la période litigieuse, il ne peut pas bénéficier de l'application de l'article 101 et la sanction administrative est confirmée.

R.G. 2019/AM/46
… c./INAMI et O.A.

…

3. Fondement de l'appel

Monsieur … est en incapacité de travail depuis le 9 avril 1999. L'Auditorat a transmis à l'INAMI une enquête de police au terme de laquelle, Monsieur … avait exercé une activité de ferrailleur, sans déclaration préalable de cette activité, tout en bénéficiant des indemnités AMI.

L'INAMI a procédé à l'audition de Monsieur … le 30 octobre 2014 et un rapport a été rédigé le 17 novembre 2014. Un *pro justitia* a été notifié à l'appelant ainsi qu'à sa mutuelle.

Par décision du 24 décembre 2014, l'INAMI informe Monsieur … que les faits repris dans le procès-verbal du 17 novembre 2014 sont passibles d'une sanction administrative et l'invite en outre à faire valoir ses moyens de défense.

L'O.A. notifie ensuite à Monsieur … la récupération d'un indu de 44.875,79 EUR pour la période du 1er février 2010 au 31 octobre 2012, pour avoir repris une activité, sans autorisation préalable du médecin conseil.

Par décision du 6 avril 2016, l'INAMI a infligé une sanction administrative à Monsieur … .

Un recours a été introduit par Monsieur … contre les décisions précitées et le tribunal du travail a confirmé les décisions de l'INAMI et de l'O.A., sous la seule réserve de l'irrecevabilité du recours contre la "décision de l'INAMI du 24 décembre 2014" qui n'est pas en effet une décision susceptible de recours mais une lettre d'information.

L'article 100, § 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 exige la cessation de toute activité : professionnelle, principale ou accessoire, ou activité non professionnelle, en ce compris si le titulaire ne perçoit pas de rémunération ou de revenus en espèces, mais fait l'économie de dépenses, augmentant ainsi indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. Arr., 1982, p.651 ; Cass., 23.04.1990, J.T.T., 1990, p.466 ; Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p.401).

La notion d'activité est très large, selon l'article 100, § 1er de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, puisqu'elle couvre toute activité à caractère productif par laquelle l'intéressé accroît son patrimoine (C.T. Bruxelles, 20.06.2013, R.G. 2011/AB/813).

Pour qu'il y ait incapacité de travail, il faut que le travailleur ait cessé toute activité. S'il n'y a pas de définition légale de la notion d'activité au sens de cette disposition, il ne faut pas la limiter à un travail ou à une activité professionnelle.

Eu égard à l'arrêt du 23 avril 1990 de la Cour de cassation (Cass., 23.04.1990, R.G. 8720-8854), ce terme vise aussi toute activité à caractère productif, par laquelle l'assuré augmente son patrimoine.

Par ailleurs, l'article 101, § 2 précise que le titulaire qui a effectué un travail, sans l'autorisation requise est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours et la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé.

En l'espèce, il convient d'examiner l'ensemble des pièces produites au débats.

Le procès-verbal du 7 octobre 2012 rédigé par les inspecteurs de la zone police de Charleroi est libellé comme suit :

"***Relation probable des fait***

… et … font les mitrailles pour arrondir leur fin de mois. … leur donne parfois un coup de main dans cette tâche. C'est ainsi que le 2 octobre 2012 vers 19.15 hrs, ils se trouvent sur l'entité de Waterloo pour faire les "grosses poubelles" (période des encombrants). Ils circulent dans le véhicule de … qui tracte une remorque.
Arrivés rue de l'Infante, ils chargent dans la remorque des grilles métalliques, une lessiveuse et autres objets métalliques.
Aucun n'a de registre de commerce pour cette activité ou les autorisations ad hoc.

"Éléments d'enquête

Lors de la visite domiciliaire effectuée chez … et reprise dans le procès-verbal subséquent CH X166209/12, nous avons constaté la présence de 3 remorques stationnées sur la propriété de l'intéressé, …

- l'une d'elle est un "plateau" pour transporter une voiture (propriété de …)
- *la seconde est une remorque double essieu équipée d'un haut-parleur (propriété de …). Des restes de débris métalliques reposent dans celle-ci*

- *la troisème est une remorque double essieu (propriété de …). Celle-ci est vide.*

Nous relevons la présence d'une vieille machine à laver qui repose dans le jardin du domicile de … , à côté des remorques.
... occupe une vaste demeure quatre façades, de belle facture, avec terrains.
Il nous a montré deux véhicules de standing (Mercedes CLS et CLK) dont il se dit propriétaire ainsi qu'un troisième véhicule qu'il conduisait, à savoir une VW Caddy immatriculée … au nom de … (concubine de l'intéressé).
Le domicile de … , bien qu'il consiste en une seule et unique habitation, est repris sous deux numérotations, à savoir :
le n° …
le n° … . (…)

Recherches au niveau d'établissements d'achat de mitrailles

Le 8 octobre 2012, nous nous rendons au sein des principaux établissements achetant de la mitraille.

1) au niveau de … (sis à …) : (…)

- *… est connu en tant que vendeur mais uniquement pour les années 2010 et 2011. Il a obtenu 2.442,50 EUR de gain (14 ventes réalisées à son nom)*

Le listing des ventes est annexé au présent.

2) au niveau de la fonderie … (sis à …) (…)

- *… est connu en tant que vendeur. Du 29 septembre 2010 au 27 mars 2012, il a effectué 3 ventes pour un montant total de 1.236,10 EUR.*

(…)

PROCES-VERBAL D'AUDITION : (…)
Suspect.
Nom : …
Prénom (s) : … (…)
Je suis un ami de …
Vous m'avez avisé de ses déclarations, à savoir que je l'accompagnerais lors de collecte de mitrailles.
Effectivement, le mardi 2 octobre 2012, je me suis bien rendu avec … à Waterloo à la recherche de mitrailles. C'était le jour des grosses poubelles sur l'entité de Waterloo. On a donc quitté Charleroi avec ma VW Caddy immatriculée … (propriété de ma copine) car … ne peut pas circuler. Il n'a pas de permis de conduire, donc, je prends donc le volant pour lui. Attachée à la Caddy, se trouvait ma remorque qui est équipée d'un haut-parleur. Ce jour-là, on n'a pas branché l'appareil car c'était les grosses poubelles.
On a tourné sur Waterloo et on a chargé divers broles métalliques. Les gens nous donnaient des mitrailles et certains les mettaient même dans la remorque. Une fois la remorque chargée, on a repris la direction de Charleroi. Le lendemain, on est allé revendre chez … le fruit de la récolte, soit +/- 400 Kg de fer. On a obtenu +/- 60 EUR. Tout l'argent est allé à … car, moi, je n'ai pas besoin d'argent. C'est pour lui faire plaisir. Je ne lui ai même rien demandé pour l'essence consommée. C'est un ami qui essaye de tourner dans le droit chemin et je veux l'aider.
À votre question, je ne savais pas que collecter les mitrailles était interdit. Vous m'avisez qu'il faut des autorisations (législation sur l'environnement et le transport de déchets ainsi qu'un registre de commerce).
À votre question, je n'ai accompagné … que 2 fois pour cette collecte. En effet, les grosses poubelles n'ont lieu que deux fois par an.
À votre demande, moi, je ne fais pas la collecte de mitrailles.
À votre question je suis chauffeur poids lourds pour la société … , sise en France (adresse inconnue).

Mais la société a un dépôt à Anvers.
À votre demande, suite aux dires de … , confirme bien ne l'avoir accompagné que deux fois.
Je l'aide à vider les mitrailles à … c'est tout. Je ne l'aide pas à charger les mitrailles lors des tournées.
Je reconnais entreposer la remorque de … chez moi car il n'a pas de place pour l'entreposer ailleurs."

Monsieur … a été poursuivi au pénal et en degré d'appel, un arrêt a été rendu par la Cour d'appel de Mons l'acquittant des préventions mises à sa charge. Selon la Cour *"il n'apparaît nullement à l'examen des éléments issus de l'information répressive que le prévenu aurait agi, à titre professionnel condition d'incrimination expressément requise au regard des infractions mises à sa charge"*.

Par ailleurs, il faut tenir compte de l'audition de Monsieur … du 7 octobre 2012 à la police de Charleroi et procès-verbal de constatations de l'INAMI du 17 novembre 2014 précisant ce qui suit :

"Dans son audition, il a reconnu avoir accompagné un ami, M. … , lors de la collecte de mitrailles le 2 octobre 2012 à Waterloo. Il a avoué qu'il conduisait sa propre camionnette à laquelle était accrochée une remorque équipée d'un haut-parleur. Il a reconnu avoir chargé divers "brôles métalliques". Il a ajouté que les gens leur donnaient des mitrailles et que d'autres les jetaient dans la remorque. Il a déclaré être allé le 3 octobre 2012, avec son ami, vendre la récolte (+/- 400 kg de fer pour un montant de +/-60 EUR à la société …. . Il a précisé avoir laissé l'argent à son ami, M. … .

Notons que lors de la visite domiciliaire en date du 7 octobre 2012, les policiers ont constaté la présence de 3 remorques stationnées sur la propriété de l'intéressé

- *un "plateau" pour transporter une voiture (propriété de l'assuré)*
- *une remorque double essieu équipée d'un haut-parleur (propriété de l'assuré)*
- *une remorque double essieu (propriété de M. …).*

(…)
(…) à l'examen des ventes effectuées par l'assuré aux société de ferrailles, on constate qu'il a déposé pour 13.900 kg de "cisaille", 519 kg de "inox vieux", 338 kg de "batteries avec acides", … . Ces tonnages relèvement plus d'une activité de ferrailleur que de simples dépôts à titre personnel.
Au vu des résultats des investigations effectuées par les inspecteurs de Police et auprès des sociétés de récupération de mitrailles, il est légitime de reprocher à l'assuré d'avoir repris une activité de ferrailleur pendant une période au cours de laquelle il a eu droit aux indemnités de l'assurance maladie obligatoire.
De tout quoi, il résulte des éléments ci-dessus que l'assuré

- *a repris une activité sans autorisation pour la période s'étalant du 27 février 2010 au 3 octobre 2012*
- *n'a pas averti son O.A. de la reprise d'une activité*
- *n'a pas déclaré à son O.A. les revenus découlant de son activité".*

Ces éléments établissent effectivement l'existence d'une activité économique pour les considérations suivantes :

1° L'arrêt de la Cour d'appel de Mons acquittant Monsieur … est sans incidence sur le présent litige, soumis à la cour de céans. La Cour doit déterminer si effectivement Monsieur … a exercé une activité sans autorisation préalable durant la période litigieuse au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

La Cour d'appel de Mons a considéré dans un arrêt coulé en force de chose jugée, que Monsieur … n'était pas un professionnel et l'a acquitté des préventions mises à sa charge, eu égard à l'absence de cette qualité. Cet arrêt n'a jamais dit que Monsieur … n'exerçait pas une activité. La qualité de professionnel de Monsieur … ou non n'a donc aucune incidence en l'espèce.

2° La police de Charleroi a relevé lors de la visite domiciliaire la présence de trois remorques dont deux lui appartenant, soit un plateau pour transporter une voiture et une remorque équipée d'un haut-parleur. Il s'agit d'un élément objectif établissant l'existence d'une activité.

3° Il faut relever l'existence à plusieurs reprises de ventes, réitérées dans le temps. Il en est ainsi, de ventes de mitrailles aux établissements … entre le 27 février 2010 et le 13 février 2011 pour un montant avéré de 2.442,EUR. Monsieur … était bien connu en qualité de vendeur de cette société (14 ventes sont relevées). Par ailleurs, il a vendu divers matériaux également aux Établissements … pour une somme de 1.236,10 EUR (ventes des 29.09.2010, 02.11.2011, 27.03.2012).

4° L'activité de Monsieur … est confirmée aussi par l'audition de Madame … . Cette personne aidait son compagnon Monsieur … à ramasser les mitrailles. Il résulte de son audition que son compagnon était accompagné dans ce travail par Monsieur … . Elle parle de ramassage sur Waterloo, avec une remorque. Pour les trajets, elle parle de l'utilisation de leur voiture et de la camionnette de Monsieur … . Elle ajoute : *"… a également sa propre remorque qui est munie d'un haut-parleur. Ce dernier fonctionne pour alerter les gens de la collecte des métaux. … aide presque chaque fois à la collecte des métaux"*.

L'audition de cette personne infirme totalement la version de Monsieur … selon laquelle il vend des objets personnels, sans utilisation de remorque avec haut-parleur. Il n'est donc absolument pas crédible.

5° Monsieur … confirme ses propos et précise qu'il partage moitié par moitié le bénéfice de la récolte des ferrailles et divers métaux avec Monsieur … . Monsieur … n'est pas crédible lorsqu'il dit faire cette activité gratuitement pour faire plaisir.

6° Plusieurs factures d'achats sont établies par les acquéreurs de mitrailles au nom de Monsieur …

7° En 2009, Monsieur … a fait l'acquisition en outre d'un immeuble. Il a été contraint de vider celui-ci, de ses encombrants et a en outre réalisé des travaux importants. Ces travaux par ailleurs attestés par diverses personnes révèlent bien une activité lui permettant de relier un profit économique pour lui-même ou pour autrui (en ce sens C.T. Mons, 03.04.1992, Bull. INAMI 1992, 5, p.338).

Tous les éléments convergent incontestablement pour établir l'existence d'une activité sans autorisation préalable durant la période litigieuse.

Non seulement, le principe *non bis in idem* ne peut trouver application en l'espèce car les préventions mises à charge de Monsieur … concerne le statut de professionnel alors qu'en l'espèce, il s'agit de déterminer si oui ou non, il a exercé une activité au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, sans autorisation préalable.

Pour pouvoir bénéficier des indemnités prévues par l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, il faut notamment avoir cessé tout activité.

La cour tout comme le tribunal ont mis en exergue l'existence d'une activité continue de Monsieur … , durant la période litigieuse, pour les considérations de fait et de droit énoncées ci-dessus. Par ailleurs c'est à juste titre que l'O.A. a fait application de la prescription de 5 ans, vu l'intention frauduleuse avérée. Monsieur … de manière continue a celé et a exercé une activité pendant toute la période litigieuse, sans autorisation préalable justifiant vu l'existence d'une fraude la récupération de l'indu telle que réclamé, par l'O.A., en vertu de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994. L'exclusion de Monsieur … est fondée sur base des articles 100 et 168*quinquies*, § 2, 3° de la loi du 14 juillet 1994.

Monsieur … sollicite à titre subsidiaire l'article 101 de la loi du 14 juillet 1994. En l'espèce, les éléments du dossier ne lui permettent pas d'en bénéficier, dans la mesure où il a exercé son activité durant toute la période litigieuse.

L'appel de Monsieur … n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La cour du travail,

Statuant contradictoirement,

...

Dit l'appel de Monsieur … recevable et non fondé.

Confirme le jugement dont appel.

…

IV. Tribunal du travail du Hainaut, division de Tournai, 18 mars 2020

Prestations soins de santé - Fonds spécial de solidarité - Existence alternative thérapeutique

Après avoir vérifié si les conditions prévues par les dispositions invoquées sont remplies, en l'espèce on constate que la demande ne porte pas sur un médicament et qu'il ne s'agit pas d'une technique médicale innovante.

L'O.A. avait bien proposé la mise à disposition d'un appareil percussionnaire à domicile du patient dans le cadre d'une convention d'assistance. L'existence d'une alternative thérapeutique à l'intervention du Fonds spécial de solidarité peut être confirmée.

R.G. 18/45/A - 18/151/A
… c./INAMI et O.A.

…

III. Décisions querellées et position de l'INAMI

La décision prise par le Collège des médecins-directeurs le 4 octobre 2017 et notifiée le 24 octobre 2017 (R.G. 18/45/A) refuse de faire droit à la demande d'intervention financière en vue de l'acquisition d'un percussionnaire pour le traitement du fils de la demanderesse (budget d'environ 9.000,00 EUR).

L'INAMI motive sa position sur base du fait que la demande ne répond pas à au moins l'un des critères cumulatifs déterminés par les articles 25*bis*, 25*ter*, 25*quater* et 25*quinquies* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

En l'occurrence :

- il existe au moins une alternative thérapeutique : possibilité de bénéficier d'une convention "assistance ventilatoire à domicile" en exécution de laquelle la mutuelle de la demanderesse mettrait à disposition au domicile du patient un appareil percussionnaire (art. 25*bis* -indications rares-, 25*ter* -affection rare- et 25*quinquies* -interventions en faveur d'enfants malades chroniques-)
- la demande ne concerne pas une technique médicale innovante (art. 25*quater*)
- la demande ne porte pas sur un médicament (art. 25*quater*/1).

La décision prise le 7 février 2018 et notifiée le 23 février 2018 (R.G. 18/151/A) fait suite à une demande de révision introduite en date du 4 janvier 2018 et confirme celle datée du 4 octobre 2017 au motif qu'aucun élément nouveau n'est invoqué.

IV. Recours et position de la partie demanderesse

La partie demanderesse conteste les susvisées et estime que la demande d'intervention financière pour l'acquisition d'un percussionnaire (appareil de nature à améliorer les capacités respiratoires de son fils) est justifiée.

Dans ses conclusions, elle expose que :

- le recours à un percussionnaire est indispensable pour le traitement de son fils atteint de mucoviscidose
- sa demande répond à l'ensemble des conditions cumulatives exigées par la réglementation pour obtenir le bénéfice d'une intervention du Fonds spécial de solidarité institué auprès de l'INAMI
- à titre subsidiaire, une mesure d'expertise pourrait être ordonnée pour le confirmer.

V. Décision du tribunal

a) Rappel des principes applicables

En Belgique, la prise en charge des soins de santé est strictement réglementée.

Conformément aux dispositions de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, il convient donc pour chaque type de maladie et de lésion de s'en référer à la nomenclature qui définit le type de soin qui peut être prodigué et le nombre maximal de prestations qui peut être pris en charge (remboursé) dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Il ne peut être question d'intervenir financièrement en dehors de la nomenclature.

La jurisprudence considère que la nomenclature des prestations de santé est une disposition d'ordre public et d'interprétation stricte.

À titre illustratif, la Cour du travail de Mons, en son arrêt du 8 mai 1998, a estimé que : *"Quant à l'application de l'article 28, § 2bis, 3° de la nomenclature des prestations de santé (NPS), la Cour considère que cette disposition qui fixe les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé est d'ordre public et dès lors d'interprétation stricte ; que cette norme a été élaborée de manière légale ; que la Cour est tenue de l'interpréter et de l'appliquer ; que la Cour n'est pas le législateur ; que telle est l'exigence de l'état de droit que la Cour doit garantir ; que ce n'est pas la seule nécessité médicale qui doit être considérée pour apprécier l'article 28, § 2bis, 3° ; que la Cour doit vérifier si l'appelant réunit les conditions telles que fixées légalement par l'article , § 2bis 3° susdit ; qu'il ne saurait dès lors être question d'invoquer l'équité ou la justice sociale pour passer outre à l'application de l'article 28, § 2bis, 3° susdit qui trace légalement les limites de l'intervention de l'assurance soins de santé au vu de la nomenclature des prestations de santé"* (C.T. Mons, 6e Ch., 08.05.1998, R.G. 13949, Inédit).

Plus récemment la Cour du travail de Bruxelles a adopté la même position de principe : *"Le caractère d'ordre public de la nomenclature des prestations de santé la rend de stricte interprétation. Il ne revient dès lors pas au juge de l'appliquer en équité ou en opportunité."* (C.T. Bruxelles, 21.05.2015, R.G. 2014/AB/1057, http://www.terralaboris.be).

Ces principes sont également applicables aux hypothèses dans lesquelles une personne malade peut bénéficier de l'intervention du Fonds spécial de solidarité institué par l'article 25 de la loi coordonnée qui stipule, en son alinéa 3, que *"Le Fonds spécial de solidarité accorde uniquement une intervention lorsque les conditions fixées dans la présente section sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère, 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."*

Le Tribunal se doit dès lors de vérifier si les conditions prévues par la réglementation sont remplies de sorte qu'une intervention serait possible en faveur … .

b) Application au cas d'espèce

Il sera tout d'abord relevé que le cas d' … a été jugé digne d'intérêt par la décision querellée (*"Le Collège des médecins-directeurs ne doute en rien du caractère digne d'intérêt de votre demande (…)"*).

Cela étant, il ressort des pièces et explications fournies que la demande formée par Madame … n'entre pas dans le champ d'application de l'article 25*quater*/1 de la loi du 14 juillet 1994 (puisqu'elle ne porte pas sur un médicament).

Le tribunal relève également qu'il n'est pas non plus soutenu que le percussionnaire souhaité relèverait d'une technique médicale innovante de sorte que l'article 25*quater* de la même loi ne trouve pas non plus à s'appliquer.

Au niveau des articles 25*bis*, 25*ter* et 25*quinquies*, force est de constater que Madame … ne semble pas/plus contester que son organisme d'assurance maladie invalidité ait proposé de mettre à la disposition de son fils un percussionnaire dans le cadre d'une convention d'assistance puisque le dossier de pièces de la partie demanderesse déposé au greffe le 18 décembre 2019 contient une *"convention relative aux modalités d'intervention de … dans le cadre de son service …"* aux termes de laquelle il est prévu que *"… fera l'acquisition d'un respirateur percussionnaire adapté aux besoins de … (…) (et) mettra ce matériel à disposition de Madame … ou de la personne désignée par elle pour administrer à … les soins au moyen de cet appareillage"*.

Certes, il n'est pas certain que cette convention (dont l'exemplaire produit n'est pas revêtu de la signature de la demanderesse) soit entrée en vigueur.

À cet égard, le tribunal ne peut que déplorer le manque de collaboration et de transparence de Madame … à qui il a été demandé à plusieurs reprises de clarifier la situation de son fils (et de confirmer que ce dernier bénéficiait de tous les soins adéquats) et à qui il a été proposé de venir en personne à l'audience pour s'expliquer.

Quoi qu'il en soit, sur base des éléments qui lui sont soumis, le tribunal considère qu'une alternative à l'intervention du Fonds de solidarité existait bien et qu'il n'est pas soutenu (ni a *fortiori* démontré) que la convention … susvisée n'était pas de nature à permettre à … de bénéficier des soins requis par son état.

Le recours est déclaré non fondé.

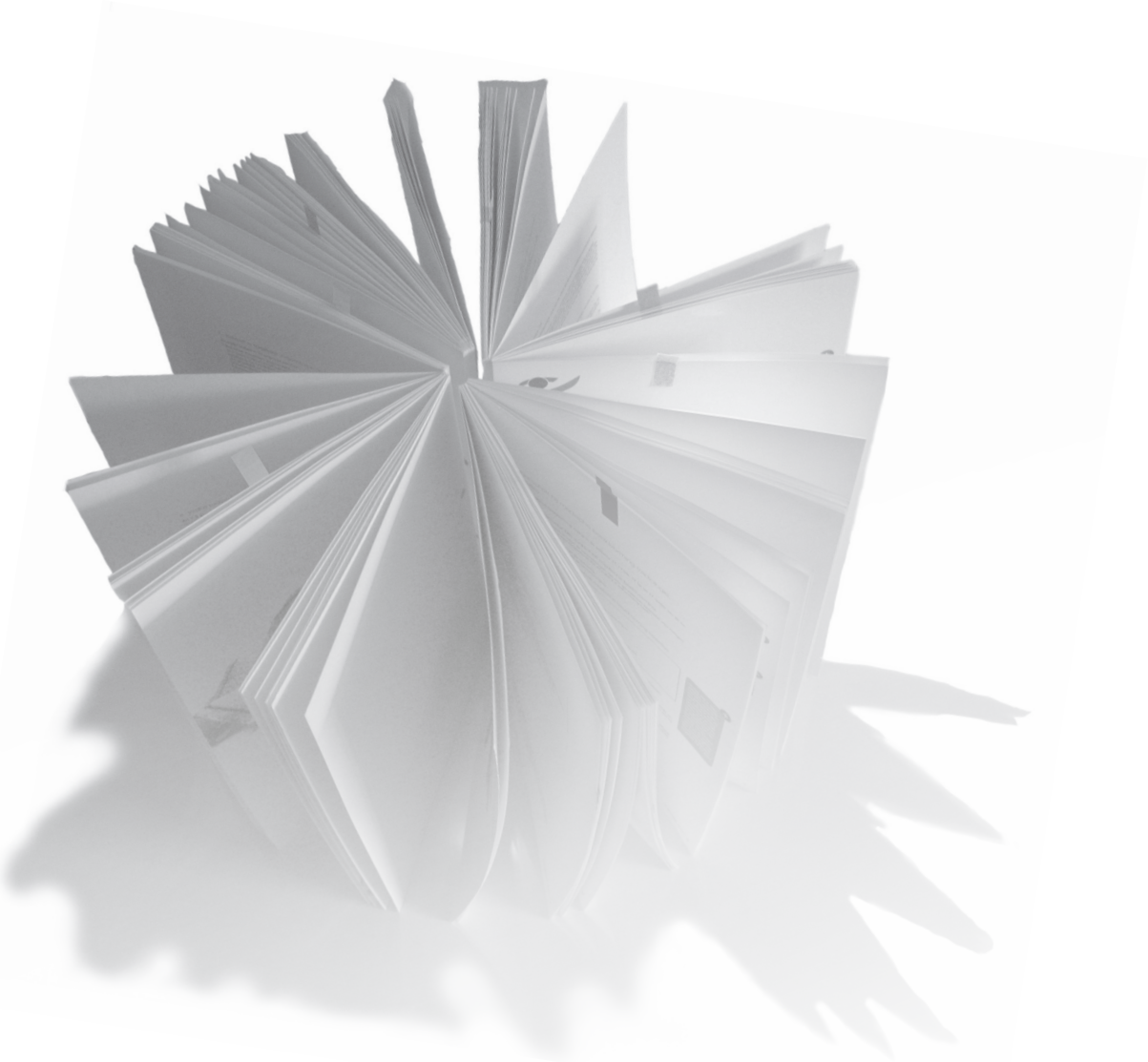
PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement conformément à l'article 747 du Code judiciaire,

…

3e Partie
Questions et réponses parlementaires



Erreurs médicales

Troisième cause de mortalité en Belgique (association Premisse) - Fonds des accidents médicaux - Nombre de plaintes - Nombre des demandes d'indemnisation en 2018 et 2019 - Procédures à suivre

Question n° 213 posée le 10 décembre 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la migration, par Madame la Représentante JADIN[1]

Selon des estimations de l'Organisation mondiale de la santé, 8 à 12 % des interventions médicales en milieu hospitalier effectuées en Europe donnent lieu à des erreurs médicales.

À ce sujet, la presse s'est récemment fait l'écho des conclusions de l'association Premisse, selon lesquelles de telles erreurs constitueraient la troisième cause de mortalité en Belgique, derrière les cancers et les maladies cardiovasculaires. En outre, cette association active dans l'accompagnement des patients victimes de problèmes médicaux dénonce une impossibilité de traiter toutes les demandes d'indemnisation formulées auprès du Fonds des accidents médicaux.

1. Combien de plaintes pour erreurs médicales ont été recencées pour l'année en cours ?

2. Combien de demandes d'indemnisation ont été adressées au Fonds des accidents médicaux pour les années 2018 et 2019 ? Que peut-on conclure sur base de ces statistiques ?

3. Quelles sont les procédures à suivre pour le patient sollicitant le Fonds ? Est-il envisageable de les simplifier ?

Réponse

Le lancement effectif du Fonds des accidents médicaux a été considérablement retardé. La loi a en effet été publiée au *Moniteur belge* le 2 avril 2010, mais les arrêtés royaux y afférents se sont fait attendre longtemps, ce qui explique que, lorsqu'il a été lancé, le Fonds avait déjà accumulé un retard considérable.

En 2019, le nombre de demandes clôturées par le Fonds des accidents médicaux est supérieur au nombre de demandes déposées, et ce, pour la troisième année consécutive.

Le Fonds a l'intention de traiter toutes les demandes, mais la lenteur et la complexité de son lancement ont entraîné du retard dans le traitement des demandes.

1. En 2019, le Fonds des accidents médicaux a enregistré 446 nouvelles demandes (jusqu'au 18.12.2019). En 2018, il s'agissait de 486 pour toute l'année.

2. Le Fonds des accidents médicaux enregistre une demande et ne fait aucune distinction entre une demande de renseignements et une demande d'indemnisation.

1. Chambre, 2e session de la 55e législature 2019-2020, p. 258.

Sur la base des données de fin 2018, que l'on peut retrouver dans le rapport annuel 2018, il apparaît que parmi toutes les demandes qui ont été clôturées, 24 % ont été déclarées irrecevables (irrecevables sur le plan administratif et/ou demandes ayant été suspendues par le Fonds à la demande du patient et/ou du demandeur parce que le demandeur ne répondait plus aux questions du Fonds). 62 % des demandes clôturées concernaient des incidents médicaux pour lesquels aucune responsabilité ou aucun accident médical indemnisable n'a été retenu.

Dans 7 % des cas seulement, le Fonds a indiqué dans son avis qu'il s'agissait d'un accident médical dans lequel un dispensateur de soins était responsable et où le dommage était inférieur à ce qui est stipulé dans l'article 5 de la loi.

Dans 5 % des cas, le Fonds a indiqué dans son avis qu'il s'agissait d'un accident médical dans lequel un dispensateur de soins était responsable et où le dommage atteignait le degré de gravité stipulé dans l'article 5 de la loi. Dans ces cas, le Fonds peut prévoir une indemnisation si le dispensateur de soins et/ou son assureur contestent cette responsabilité. Si le Fonds indemnise ce dommage, il le réclamera devant le tribunal.

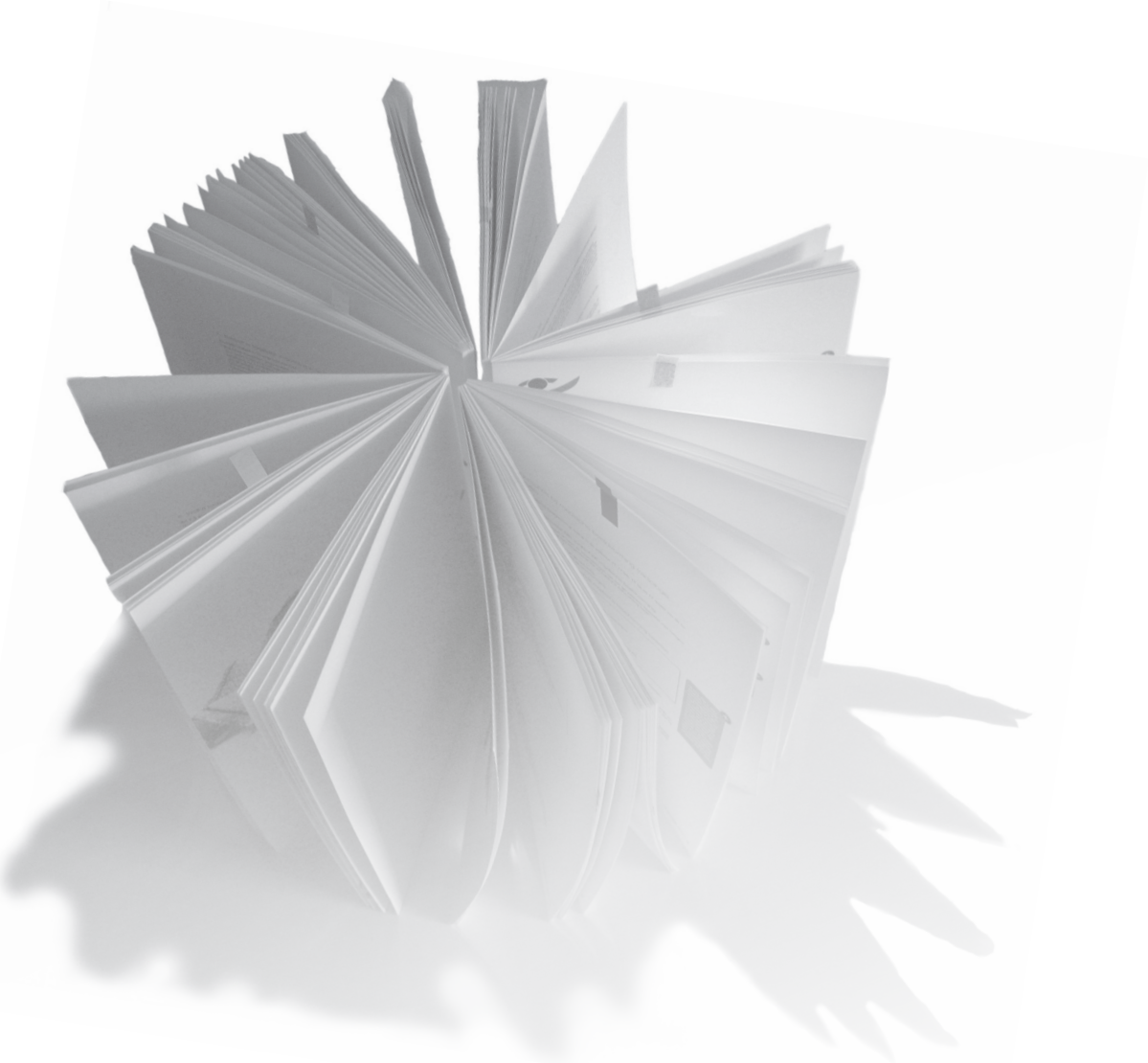
Dans 2 % des cas, le Fonds a indiqué dans son avis qu'il s'agissait d'un accident médical sans responsabilité indemnisable et a donc indemnisé ce dommage.

3. La loi prévoit la présentation d'une demande au Fonds sous forme de lettre recommandée où figurent un certain nombre d'informations (voir art. 12 de la loi) : l'identité complète des demandeurs et, le cas échéant, du patient, la date et une description de l'élément générateur du dommage résultant de soins de santé, une description des dommages allégués, l'identité et l'adresse du ou des prestataires de soins impliqués, l'indication des procédures civiles et pénales éventuelles, tous les éléments qui permettent d'apprécier l'origine et la gravité du dommage, les indemnisations éventuelles déjà perçues, l'identité des organismes assureurs du demandeur.

En principe, une lettre recommandée où figurent les informations susmentionnées est donc suffisante. Le Fonds constitue ensuite un dossier, la procédure étant gratuite pour le demandeur.

La possibilité d'une demande électronique est actuellement à l'étude.

4e Partie
Directives de l'INAMI



I. Procédure de détermination du revenu du ménage pour l'application du maximum à facturer basé sur les revenus du ménage des bénéficiaires dans le cas d'une révision fiscale

1. Introduction

Conformément à l'article 37*duodecies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le maximum à facturer est déterminé sur la base du revenu du ménage des bénéficiaires (MàF revenus), en tenant compte des revenus nets visés à l'article 6, alinéa 2, du Code des impôts sur les revenus 1992, relatifs à la deuxième année précédant l'année pour laquelle le droit au maximum à facturer est examiné (pour le MàF 2018 et les années précédentes, le revenu de la 3e année qui précède est pris en compte). Le montant du revenu du ménage est déterminé sur la base des informations fournies par le SPF Finances.

La procédure à suivre pour déterminer le montant du revenu du ménage est prévue au Chapitre IV. de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du Chapitre III*bis,* du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
Les modalités et les délais pour l'échange de données entre le Service du contrôle administratif et les O.A., dans le cadre de ce processus, sont définis dans des circulaires aux O.A. (rubr. 3998). La présente circulaire décrit la procédure de détermination du revenu du ménage pour l'application du maximum à facturer revenus, en cas de révision fiscale.

2. Procédure

Lorsque le revenu d'un ou plusieurs bénéficiaires appartenant au ménage concerné est revu par le SPF Finances après que le droit au maximum à facturer a été accordé, le droit au maximum à facturer du ménage concerné doit être réexaminé. Une révision fiscale peut, en effet, avoir pour conséquence que le ménage tombe dans une autre catégorie de revenus.

Les étapes à suivre diffèrent selon la situation, à savoir selon que l'échange de données tel que décrit dans la circulaire O.A. (processus MàF) est encore organisé pour l'année MàF concernée ou non.

Si la section Gestion des données d'accessibilité du Service du contrôle administratif peut encore demander le revenu du ménage et déterminer la catégorie MàF sur cette base, l'O.A. soumet une nouvelle demande à Celmaf. L'O.A. en informe la Section à l'avance par e-mail.

@ Dans l'e-mail adressé à la boîte mail dac-acces@riziv-inami.fgov.be, l'O.A. mentionne la situation ainsi que le numéro NISS des assurés concernés, l'année MàF et le numéro de fichier dans lequel la nouvelle demande est communiquée.

Si la demande porte sur une année MàF clôturée, l'O.A. doit déterminer à quelle catégorie du MàF le ménage appartient. Dans ce cas, l'O.A. demandera à tous les bénéficiaires du ménage concerné de communiquer l'avertissement-extrait de rôle ou l'avertissement extrait de rôle modifié de l'impôt des personnes physiques de l'année en question et, sur cette base, déterminera le revenu net imposable du ménage concerné.

Les articles 18 à 20 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 règlent les situations dans lesquelles le SPF Finances a fait savoir qu'un ou plusieurs bénéficiaires du ménage concerné ne sont pas imposables ou qu'il ne dispose pas d'information sur l'un ou l'autre bénéficiaire du ménage. Pour des raisons pratiques, l'arrêté royal prévoit que, dans ces situations, le revenu brut imposable des bénéficiaires concernés est pris en compte. Dans le cas d'une révision fiscale, il y a cependant bien eu un enrôlement. L'O.A. peut donc déterminer le revenu net imposable du ménage sur base de l'avertissement-extrait de rôle modifié.

L'O.A. communique le résultat du calcul à la section gestion des données d'accessibilité du Service du contrôle administratif via la boîte mail dac-access@riziv-inami.fgov.be. L'e-mail indique également la situation et le numéro NISS des assurés concernés et l'année MàF. Les pièces justificatives sont jointes en annexe[1]. Si aucune réponse n'a été reçue du Service du contrôle administratif après l'expiration d'une période de 2 mois, le calcul est réputé approuvé.

3. Information des bénéficiaires

Étant donné que l'échange d'informations entre le SPF Finances et le Service du contrôle administratif ne prévoit pas une notification automatique des révisions fiscales, le réexamen du droit au maximum à facturer dépend dans la majorité des cas d'une demande des bénéficiaires. Dans certains cas, l'O.A. disposera lui-même également d'informations sur la base desquelles il peut présumer qu'une révision fiscale a eu lieu, par exemple lorsqu'un bénéficiaire a dû rembourser des indemnités d'incapacité de travail.

Les O.A. expliqueront donc, dans leurs bulletins internes, la possibilité de demander un réexamen du droit au maximum à facturer en cas de révision fiscale. Cette possibilité sera également communiquée lorsque l'O.A. informera les bénéficiaires relativement à leur droit au maximum à facturer, conformément à l'article 25 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 et lorsque l'O.A. dispose lui-même d'informations sur la base desquelles il peut supposer qu'une révision fiscale a eu lieu.

Circulaire O.A. n° 2020/41 - 3998/49 du 24 février 2020.

1. Non publiée ici.

II. Déclaration tardive de l'incapacité de travail - Nouveau formulaire de demande de levée de la sanction pour cause de déclaration tardive d'incapacité de travail (y compris les rechutes et prolongations)

En vigueur à partir du 1er mars 2020
Abroge la circulaire n° 2017/167 du 9 juin 2017

Suite à l'instauration à partir du 1er mars 2020 d'une fiction juridique dans le cadre de la vérification du délai de déclaration pour les envois par la poste du document concerné (notamment le certificat médical) pour déclarer l'incapacité de travail au médecin-conseil de la mutualité, le formulaire de demande de levée de la sanction pour cause de déclaration tardive (de la prolongation) de l'incapacité de travail est adapté.

Nous vous prions de trouver, en annexe[1], le formulaire adapté de demande de levée de la sanction pour cause de déclaration tardive (de la prolongation) de l'incapacité de travail (application de l'art. 9 du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, § 1er, 5° de la loi SSI ou de l'art. 58*ter* de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants) qui remplace le formulaire joint en annexe de la circulaire O.A. n° 2017/167 - 400/44 du 9 juin 2017.

Pour les périodes d'incapacité de travail déclarées tardivement ***à partir du 1er mars 2020***, seul le nouveau formulaire pourra être transmis au Service des indemnités. Les informations transmises par le biais de l'ancien formulaire pourront être considérées dorénavant comme "incomplètes".

Circulaire O.A. n° 2020/45 - 400/45 du 27 février 2020.

1. Non publiée ici.

III. Procédure de gestion des détections de cumuls non autorisés entre des revenus professionnels et des indemnités ASSI

En application de l'article 117*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, pour la détermination du droit aux indemnités d'incapacité de travail et de maternité et du montant de celles-ci, les O.A. sont tenus de consulter les données du Registre national des personnes physiques ainsi que les données sociales qui sont disponibles dans le réseau de la sécurité sociale.

Par courrier du 23 janvier 2012, le Service du contrôle administratif de l'INAMI a transmis au Collège intermutualiste national (CIN), secteur indemnités, les solutions adoptées conjointement par les Services des indemnités et du contrôle administratif de l'INAMI suite aux propositions formulées par le CIN pour la régularisation des cumuls entre des indemnités d'incapacité de travail et des activités professionnelles ou des indemnités pour rupture de contrat, lorsque ces cumuls peuvent être détectés par les O.A. au moyen des déclarations à l'ONSS (DmfA) qui leur sont communiquées.

La présente circulaire constitue une mise à jour de ces instructions suite aux réunions du groupe de travail technique "datamatching" institué à la demande de la Commission technique du Service du contrôle administratif (SCA) lors de sa réunion du 23 octobre 2018 et constituée de représentants des O.A. et d'experts du Service du contrôle administratif.

1. Régularisation des cumuls - Indemnités concernées

La détection des cumuls interdits s'applique aux indemnités d'incapacité de travail visées aux articles 87 et 93 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et aux indemnités de maternité visées à l'article 114 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'octroi de ces prestations suppose en effet une cessation des activités professionnelles (sous réserve des reprises de travail autorisées dans le courant d'une période d'incapacité de travail).

2. Application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Les critères pour déterminer les conditions d'application de l'article 101 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (reprise normale du travail ou reprise d'un travail adapté ou autorisé) ont été explicités dans la circulaire O.A. n° 2011/24[1] - 406/8 du 17 janvier 2011 *et dans la circulaire O.A. n° 2013/312[2]-406/12 du 30 septembre 2013*.

1. Publiée dans le B.I. n° 2010/4.
2. Publiée dans le B.I. n° 2013/3.

Les cas de reprise du travail à temps plein de courte durée ou à temps réduit peuvent faire l'objet de la procédure de régularisation visée à l'article 101 de la loi coordonnée sous les conditions visées aux circulaires précitées.

3. Régularisation des cumuls - Constatation de l'indu

a) Reprise d'activité non autorisée :
La constatation d'un indu résultant d'un cumul interdit doit être effectuée dès qu'une reprise d'activité est avérée, qu'elle soit ou non déclarée (tardivement) par l'intéressé et qu'il s'agisse d'une reprise d'activité totale ou partielle. Nous renvoyons au point suivant quant à la question de savoir quand il y a lieu de considérer que la reprise est avérée.

b) Indemnité pour rupture de contrat :
La constatation de l'indu doit être effectuée dès que l'O.A. a connaissance (par C4, DmfA ou bon de cotisation) de l'existence de l'indemnité pour rupture de contrat.

4. Régularisation des cumuls - Détection - Délais de traitement

Étapes successives du traitement des dossiers :

1) Il faut tout d'abord évaluer la pertinence de la présence du cas dans la sélection des "cumuls non autorisés" ; en effet il est possible que l'on constate, sur base des éléments du dossier, que le cumul est légitime :

   - si le cumul est légitime : la gestion du cumul se limitera à apporter au dossier les éventuelles corrections ou à y faire figurer l'information
   - si, par contre, le cumul est interdit, il faudra interroger l'employeur et informer l'assuré de cette démarche.

2) Vérifier si l'employeur et/ou l'assuré a répondu :

   - si oui, passer à l'étape n° 4
   - si non, envoyer un rappel à l'employeur ; informer l'assuré et interrompre à son égard la prescription visée à l'article 174 de la loi coordonnée.

3) Vérifier si l'employeur et/ou l'assuré a répondu au rappel :

   - si oui, passer à l'étape n° 4
   - si non, au plus tard, avant la fin du deuxième mois suivant le mois de la réception de l'information initiale indiquant un possible cumul interdit, **constater l'indu** sur base des informations en possession de la mutualité. Ouvrir le compte spécial, notifier l'indu à l'intéressé.

4) Évaluer le cumul sur base des informations transmises par l'employeur ou/et par l'assuré. Le cumul interdit est-il effectif ?

   - si oui, passer à l'étape n° 5
   - si non, intégrer l'information dans le dossier ; la gestion du cumul est terminée.

   Cette étape doit être réalisée dès la réception de l'information et, au plus tard, avant la fin du deuxième mois suivant le mois de la réception de l'information initiale indiquant un possible cumul interdit.

5) Entamer la procédure normale de récupération : constatation de l'indu, inscription au compte spécial, réclamation de l'indu à l'assuré…

L'O.A. peut toutefois ne pas interroger l'employeur et constater l'indu en application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 lorsqu'il détecte une reprise du travail d'une durée maximale de 10 jours. L'indu sera constaté conformément aux instructions reprises aux points 5 et 6 ci-dessous.

Dans les autres cas (application de l'art. 100 de la loi coordonnée du 14.07.1994 ; application de l'art. 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994 pour une reprise du travail de plus de 10 jours), si l'employeur ne répond pas à l'O.A. ou refuse de lui répondre, l'O.A. peut s'adresser à l'assuré lui-même, qui aura ainsi la possibilité, le cas échéant, de faire établir par l'employeur l'absence de cumul interdit (une simple déclaration de l'assuré social ne suffit pas à établir l'absence d'activité).

5. Régularisation de cumuls - Étendue de l'opération

L'INAMI confirme son accord sur la proposition du CIN d'investiguer, dans un premier temps, sur les cas potentiels de cumul interdit d'une durée de plus de 10 jours afin de permettre à l'ONSS de réaliser ses contrôles et aux employeurs d'apporter les corrections éventuelles.

D'informations recueillies auprès de l'ONSS, il appert que l'on peut compter sur des données plus ou moins stables après 6 mois suivant le trimestre de la déclaration. Cette façon de procéder de l'ONSS permettrait un examen des cas restés en suspens, après 9 mois à dater de la fin du trimestre de la déclaration. L'INAMI confirme son accord sur cette procédure.

6. Régularisation de cumuls - Instructions en cas d'absence d'information précise reçue de l'employeur

En cas d'absence d'information précise reçue de l'employeur ou de l'assuré, il peut être effectivement difficile, dans certains cas, de déterminer la date exacte de reprise non autorisée de travail sur base des données du flux A820 (des jours de travail ou des jours rémunérés sont déclarés mais ces jours ne peuvent être situés au sein du trimestre de la déclaration).

On doit à cet égard distinguer 2 situations :

a. La reprise de travail a lieu chez un autre employeur que celui chez qui l'assuré travaillait au moment de la survenance de son incapacité de travail.

   Dans ce cas de figure la date de reprise de travail pourra utilement être connue en consultant les données DIMONA.

b. La reprise de travail a lieu chez le même employeur que celui chez qui l'assuré travaillait au moment de la survenance de son incapacité de travail.

   Dans ce cas de figure le problème est nettement plus complexe. Dans certains cas, mais ils ne sont pas fréquents, la date de reprise peut être déduite des données de la DmfA :

> Exemple : Un assuré est en incapacité de travail du 3 mai 2010 au 27 septembre 2011. La DmfA du 4e trimestre de 2011 révèle que l'intéressé a travaillé durant tout le trimestre.

La DMFA du 3e trimestre laisse apparaître 20 jours de travail/5.
L'incapacité de travail s'étant terminée le 27 septembre, on peut en déduire :

- qu'il y a 3 jours de travail (28, 29 et 30.09) au 3e trimestre de travail sans incapacité de travail → pas de cumul interdit
- qu'il y a 17 jours/5 de travail avant le 28 septembre et que, forcément, ce sont des jours de cumul interdit ; en remontant dans la période, on arrive à un début de travail non autorisé le 5 septembre 2011.

Ce type de déduction n'est toutefois pas toujours possible.

En conséquence, en l'absence de réponse de l'employeur et de l'assuré, et lorsque les données ne peuvent être déduites de la DmfA, il y a lieu de procéder comme suit :

- reprise de travail se situant dans le même trimestre que celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté : récupération pour la période débutant le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté
- reprise de travail se situant dans un trimestre postérieur à celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté : récupération pour la période débutant à partir du 1er jour du trimestre de ladite reprise.

La date ainsi déterminée est forcément approximative. On peut toutefois penser que, cette position étant en général maximaliste, l'assuré fera le nécessaire pour obtenir de son employeur les précisions nécessaires, preuves à l'appui, permettant de situer exactement la date de reprise du travail non autorisé.

7. Régularisations de cumuls - Prescription

La prescription vis-à-vis de l'assuré sera interrompue au moyen de la lettre recommandée par laquelle l'O.A. constate l'indu et en réclame le remboursement.

8. Application de l'article 325 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

Rappelons qu'il ne faut pas confondre la constatation de l'indu par l'O.A. et l'inscription de cet indu au compte spécial.

Article 325. L'O.A. inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial :

a) avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'O.A. a lui-même constaté le paiement indu ; …

Article 326. § 1er. La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'O.A. dans un délai de deux ans à partir de la date :

a) de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a) ; …

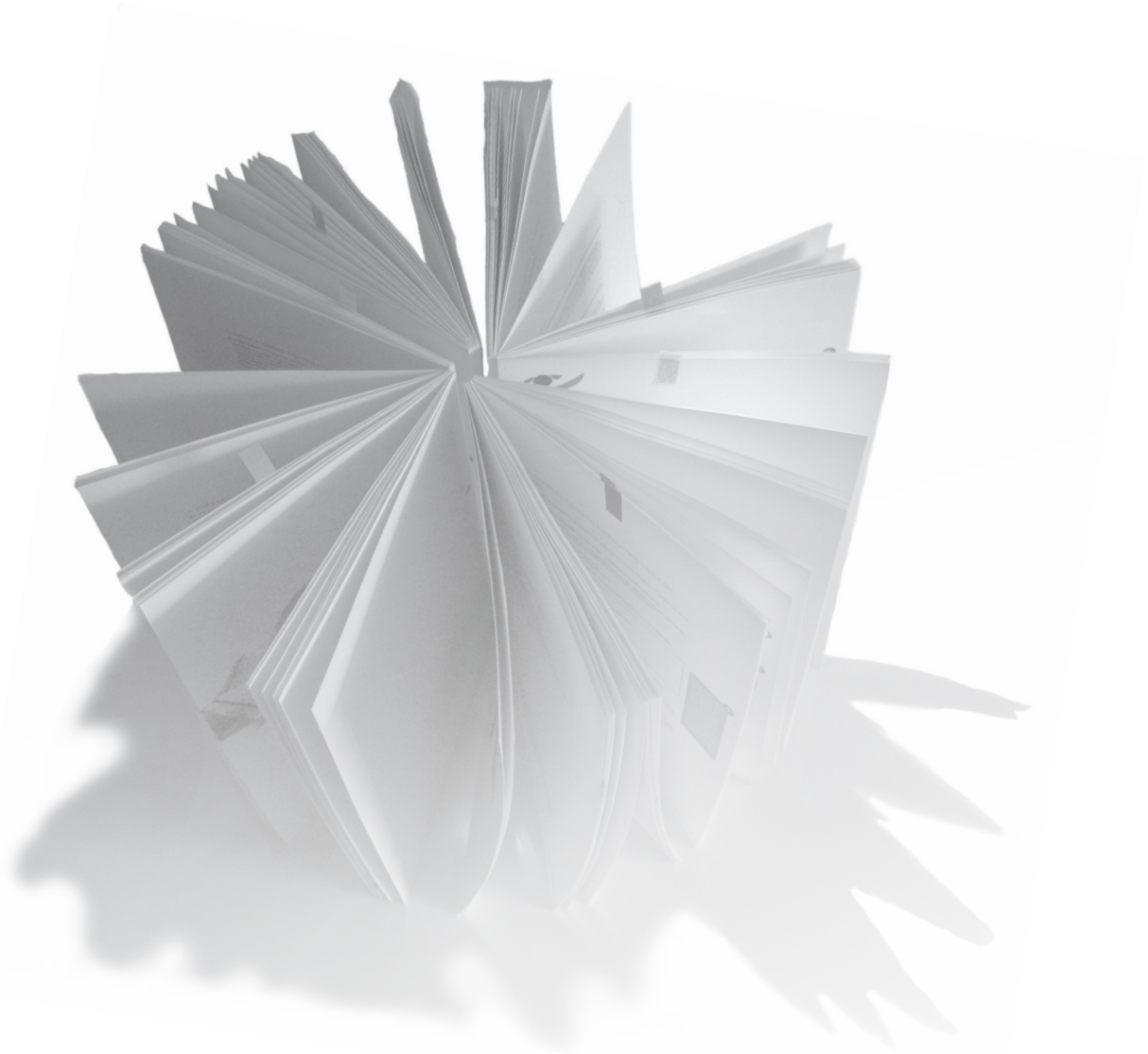
A. La constatation de l'indu, donc la création du contentieux, doit être faite dès que le cumul interdit est avéré. Cette date est variable (cf. pt. 4) et résulte de la réponse de l'assuré ou de l'employeur ou encore est déterminée en l'absence de réponse. Cette date constitue aussi le départ du délai de récupération visé à l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

B. En application de l'article 325, a), du même arrêté royal, l'inscription au débit du compte spécial doit être réalisée avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'O.A. a lui-même constaté le paiement indu.

L'O.A. dispose donc, à partir de la date de la constatation du cumul interdit avéré, d'un délai variant entre 1 et 2 trimestres pour effectuer l'inscription du montant indu au compte spécial ; rappelons que ce n'est pas cette date d'inscription qui constituera le point de départ du délai visé à l'article 326 ; la date à prendre en considération sur ce point sera la date de constatation du cumul avéré.

Circulaire O.A. n° 2020/24 - 44/256 - 510/52 du 28 janvier 2020.

5e Partie
Données de base



I. Maximum à facturer - Exercice 2020

En vigueur à partir du 1er janvier 2020.

I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2020

a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2019 : 108,78
---------- = --------- = 1,0144
Moyenne des indices des prix 2018 : 107,24

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2020

de	0,00	à	19.277,55
de	19.277,56	à	29.635,62
de	29.635,63	à	39.993,73
de	39.993,74	à	49.920,24
dès	49.920,25		

II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2020

Général

Exercice 2018	468,18	676,26	1.040,40	1.456,56	1.872,72
Exercice 2019	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16
Exercice 2020	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2018	104,04
Exercice 2019	106,12
Exercice 2020	106,12

III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2020

Le total des interventions personnelles relativement aux prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2019	477,54
Exercice 2018	468,18

Circulaire O.A. n° 2020/11 – 3998/48 du 17 janvier 2020.

II. 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 janvier 2020.

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 juin 2003	27.368,64	2.357,09
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
2019	**36.112,24**	**3.579,60**

Circulaire O.A. n° 2020/14 - 270/79 - 273/80 - 274/81 - 276/130 - 2790/81 - 2791/79 - 2792/78 - 3910/1766 - 83/499 du 20 janvier 2020.

III. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2019

En vigueur à partir du 1er janvier 2020.

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 EUR et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2019)	
Titulaires	**Personnes à charge**
19.335,92 EUR	3.579,60 EUR

Circulaire O.A. n° 2020/15 – 3991/313 du 20 janvier 2020.

IV. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 15.01.2014) - Montants immunisés du revenu cadastral

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29.janvier 2014 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquelle le titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à l'EUR supérieur ou inférieur selon que le chiffre des centimes atteint ou non cinquante est ensuite réalisé.

Coefficient 1,8492 en 2020

Le montant pour 2020 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EUR multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EUR.

Cela donne pour 2020 : 1.375 EUR
229 EUR

Circulaire O.A. n° 2020/48 - 3991/314 du 28 février 2020.

V. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1er mars 2020 - Pivot

En vigueur à partir du 1er mars 2020.

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 mars 2020 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	**Personnes à charge**
19.957,16 EUR	3.694,61 EUR

Circulaire O.A. n° 2020/54 - 3991/315 du 2 mars 2020.

Comité de rédaction

Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Isabelle Daumerie
Mme Delphine Demaret
Mme Mélissa François
Mme Natalia Golovneva
Mme Charlotte Lefebre
M. Frank Nassen
M. Nuray Özdemir

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726