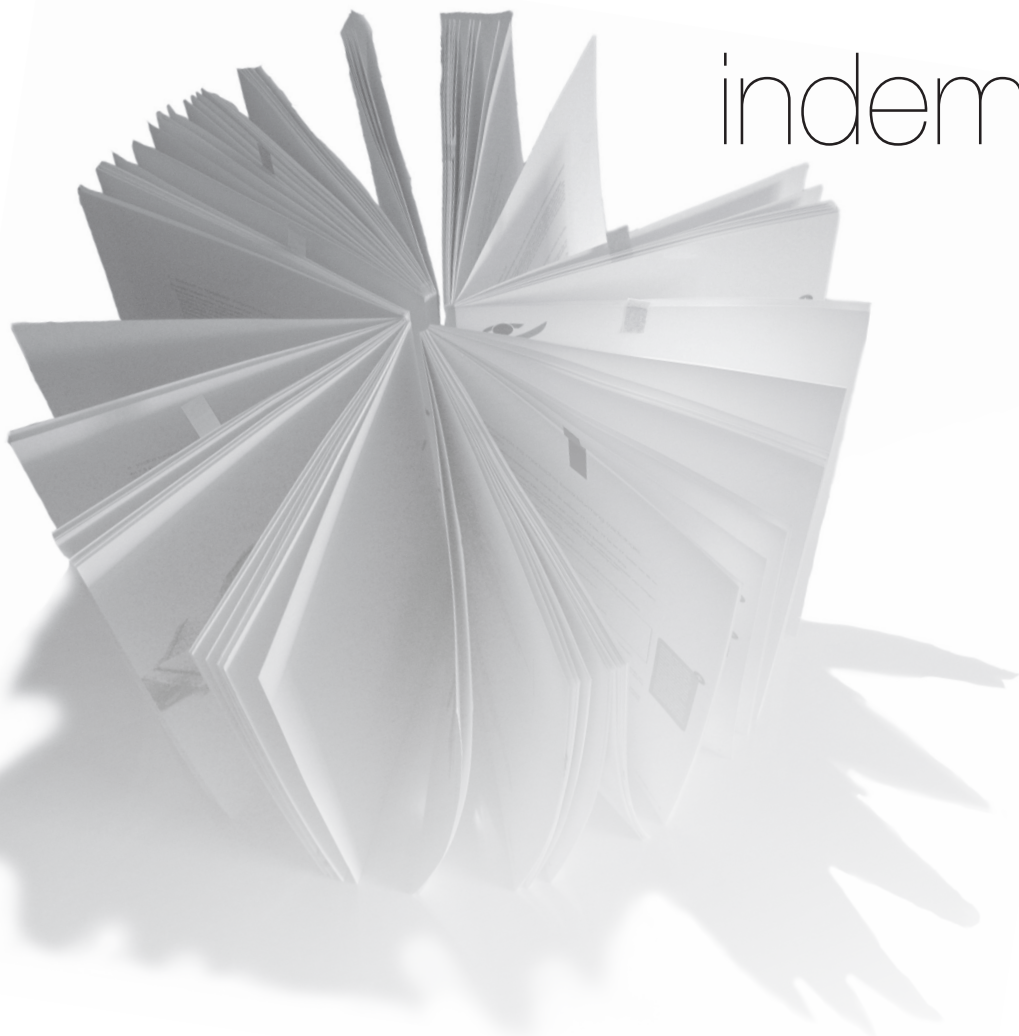


1^e Partie

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





2^e trimestre 2020

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2020 – Édition 1	07.05.2020	Loi portant des mesures exceptionnelles dans le cadre de la pandémie COVID-19 en matière de pensions, pension complémentaire et autres avantages complémentaires en matière de sécurité sociale

Résumé des modifications

En ce qui concerne la réglementation des pensions, cette loi prévoit que la pension de retraite et la pension de survie dans le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires peuvent être cumulées sans aucune restriction avec l'indemnité d'incapacité primaire et l'indemnité d'invalidité, pour autant que celle-ci soit relative à la période du 1^{er} mars 2020 au 30 juin 2020 inclus et que l'incapacité de travail soit due au coronavirus COVID-19.

En ce qui concerne la réglementation de l'assurance indemnités, les principes suivants restent d'application :

- pension de survie : un cumul est possible, sans aucune limitation
- pension de retraite :
 - => jusqu'au dernier jour du mois dans lequel le titulaire atteint l'âge de 65 ans :
 - régime des travailleurs salariés : la règle de cumul visée à l'article 235 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est applicable
 - régime des travailleurs indépendants : la règle de cumul visée à l'article 29, §1^{er}, 5° de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 est d'application.
 - => à partir du premier jour du mois qui suit le mois dans lequel le titulaire a atteint l'âge de 65 ans :
 - régime des travailleurs salariés : un refus de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail (art. 108, 3° de la loi coordonnée du 14.07.1994)
 - régime des travailleurs indépendants : un refus de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail (art. 26, al. 2 de l'A.R. du 20.07.1971).

Moniteur belge	Date	Titre
17.06.2020 – Édition 1	04.05.2020	Loi modifiant des dispositions législatives en ce qui concerne la transparence des conventions en matière de spécialités remboursables

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- l'article 11 de la loi du 1^{er} avril 2019 portant des dispositions en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques ainsi que de frais d'administration, d'efficacité et de transparence des organismes assureurs, est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit: "Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, lorsqu'une mission visée à l'article 5 de la loi du 29 octobre 1846 relative à l'organisation de la Cour des comptes lui est confiée par la Chambre des représentants, la Cour des comptes, afin de pouvoir mener à bien cette mission, a accès à la totalité des conventions visées à l'alinéa 1^{er}, y compris les annexes confidentielles."
- dans l'article 35*bis*, § 7, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les modifications suivantes sont apportées :
 - => l'alinéa 5 est complété par un 3^o rédigé comme suit: "3^o en cas de mission confiée par la Chambre des représentants à la Cour des comptes, en application de l'article 11, alinéa 2, de la loi du 1^{er} avril 2019 portant des dispositions en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques ainsi que de frais d'administration, d'efficacité et de transparence des organismes assureurs;"
 - => un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 7 et 8: "Dans les cas visés à l'alinéa 5, 3^o, l'Institut partage les informations qualifiées de confidentielles par les parties avec la Cour des comptes."
- pour l'application de la présente loi, les articles 33 et 34 du règlement d'ordre de la Cour des comptes ne s'appliquent pas aux informations qualifiées de confidentielles en vertu de l'article 35*bis*, § 7, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
18.06.2020	12.06.2020	Loi modifiant les périodes survenues durant le repos prénatal et pouvant être prises en compte pour la prolongation du repos postnatal

Résumé des modifications

La loi donne la possibilité à la titulaire de prolonger le repos postnatal avec les jours suivants, se situant durant la période à partir de la sixième semaine - huitième semaine en cas d'une naissance multiple - jusqu'à la deuxième semaine y incluse qui précède la date de l'accouchement :

- les jours de chômage temporaire pour force majeure
- les jours de chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques pour les employés (le report du chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques pour les ouvriers était déjà possible avant le changement législatif)
- les jours d'incapacité de travail
- les jours d'écartement complet du travail.

Etant donné la possibilité de prolonger le repos postnatal avec cinq (sept) semaines lorsque la titulaire est incapable de travailler durant la période complète à partir de la sixième (huitième) semaine jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, le droit actuel à la semaine supplémentaire lorsque la titulaire est incapable de travailler durant toute la période de six (huit) semaines précédant l'accouchement est abrogé.

Etant donné la possibilité de prolonger le repos postnatal avec les jours d'écartement complet du travail se situant durant la période à partir de la sixième (huitième) semaine jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, il est aussi prévu que l'indemnité suite à l'écartement complet du travail (= 78,327 % de la rémunération perdue plafonnée) peut être octroyée, au plus tard, jusqu'au dernier jour de la deuxième semaine précédant la date présumée de l'accouchement (la semaine qui précède directement la date présumée de l'accouchement étant une période de repos prénatal obligatoire).

Ce régime produit ses effets dès le 1^{er} mars 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
19.06.2020 – Édition 1	04.05.2020	Loi portant exécution des mesures d'économies relatives aux spécialités pharmaceutiques dans le cadre du budget soins de santé 2020

Résumé des modifications

Le budget des soins de santé 2020 fixe le budget des soins de santé et son financement pour 2020. Cette décision implique la prise de mesures d'économies dans le cadre des objectifs partiels des spécialités pharmaceutiques.

La loi comprend différentes mesures nécessaires dans le domaine du secteur des spécialités pharmaceutiques pour équilibrer le budget relatif aux soins de santé notamment :

- old drugs cliff
- médicaments biologiques
- augmentation des réductions de prix après 12 ans
- révisions groupées
- suppression de la marge de sécurité.

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

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2020 – Édition 1	18.03.2020	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 9 a), § 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 : l'alinéa après la prestation 428676 rédigé comme suit : "Les prestations 422450, 428654 et 428676 ne sont pas cumulables entre elles le même jour et peuvent ensemble être attestées au maximum 3 fois après que les prestations 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 et 428632 ensemble aient déjà été exécutées et portées en compte 7 fois." est remplacé par :

"Les prestations 422450, 428654 et 428676 ne sont pas cumulables entre elles le même jour et peuvent ensemble être attestées au maximum 3 fois après que les prestations 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 et 428632 ensemble aient déjà été exécutées et portées en compte 6 fois."

Moniteur belge	Date	Titre
24.04.2020 – Édition 1	09.04.2020	Arrêté royal modifiant l'article 29 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 29 de l'annexe :

- au § 1^{er}, A, le Groupe principal IX : Coquilles-sièges ODLF/OLF est remplacé
- au § 1^{er}, A, le Groupe principal XI : Accessoires, réparation et entretien est remplacé
- au § 1^{er}, A, après le groupe principal XI, un groupe principal XII est inséré : "Groupe principal XII : Accessoires, réparation et entretien pour le groupe principal IX"
- le § 2 est remplacé
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts"
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer-specialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist"
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheren-specialisten" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-specialisten"
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheren" est chaque fois remplacé par le mot "artsen"
- dans le texte en néerlandais, le mot "advieserend geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "advieserend arts"
- un § 26 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
27.04.2020	16.04.2020	Arrêté royal modifiant les articles 18, § 1 ^{er} , A, et 19, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 18, § 1^{er}, A, les prestations 444636-444640 ; 444651-444662 ; 444673-444684 et 444695-444706 et leurs règles d'application sont insérées après la prestation 444172-444183
- à l'article 19 de la même annexe, sont apportées les modifications suivantes :
 - => au § 1^{er},
 - a) dans la rubrique Catégorie 4, la phrase commençant par les mots "- Radiothérapie stéréotaxique" et finissant par les mots "des tumeurs cérébrales malignes." est abrogée ;
 - b) il est inséré la rubrique "Catégorie 4bis" entre les rubriques "Catégorie 4" et "Catégorie 5".
 - => au § 1bis, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2 : "Par irradiation stéréotaxique, on entend une irradiation externe complexe avec au moins 6 Gy par fraction."

3. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
01.04.2020 – Édition 1	18.03.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 3 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

"La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2020."

Moniteur belge	Date	Titre
01.04.2020 – Édition 1	23.03.2020	Arrêté royal modifiant l'article 215 <i>bis</i> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit une modification de l'article 215*bis*, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 afin que la mesure de garantie pour les titulaires invalides qui, au 31 décembre 2006, pouvaient prétendre à une indemnité comme titulaire avec charge de famille sur la base de la reconnaissance de la nécessité de l'aide de tierce personne, ne soit d'application que si la différence entre le montant de l'indemnité comme titulaire avec charge de famille et le montant de l'indemnité comme titulaire sans charge de famille est supérieure à 16,7110 EUR (soit le montant de base de l'intervention forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne revalorisé à concurrence de 5 % à partir du 01.08.2019 dans le cadre de l'adaptation des prestations sociales au bien-être (2019-2020)).

L'arrêté royal produit ses effets le 1^{er} août 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
02.04.2020	26.03.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Tenant compte du nouveau modèle de distribution par Bpost à partir du 1^{er} mars 2020 (adaptation de la livraison du courrier non prior) et souhaitant laisser à l'assuré le choix de son mode d'envoi, cet arrêté royal instaure une fiction juridique dans le cadre de la vérification du délai de déclaration pour les envois par la poste du formulaire de demande de reprise d'un travail adapté dans le régime des travailleurs salariés.

À condition que ce document soit signé au plus tard le dernier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise, il est censé être envoyé à temps si le cachet postal est apposé au plus tard le 5^e jour ouvrable suivant le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise (dans le cadre de ce délai de cinq jours ouvrables, un "jour ouvrable" est chaque jour, sauf les dimanches et jours fériés légaux).

Cet arrêté royal produit ses effets le 1^{er} mars 2020 et s'applique aux formulaires de demande de reprise d'un travail adapté sur lesquels le cachet postal est apposé au plus tôt à compter de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
06.04.2020 – Édition 2	18.03.2020	Arrêté royal modifiant les articles 53 et 58 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

La loi du 22 mai 2019 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants en vue de supprimer la période de carence a prévu, à partir du 1^{er} juillet 2019 entre autres, que la période d'incapacité de travail (reconnue par le médecin conseil) ne peut commencer, au plus tôt, qu'à la date de signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant.

L'arrêté royal du 18 mars 2020 limite l'application de cette règle à la déclaration initiale de la période d'incapacité de travail. Elle n'est donc plus applicable aux prolongations et rechutes éventuelles de cette même période d'incapacité de travail.

Cette modification entre en vigueur le dixième jour après la publication de l'arrêté royal du 18 mars 2020 précité au Moniteur belge, soit le 16 avril 2020. Elle sera donc applicable aux prolongations et rechutes qui débutent à partir de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
16.04.2020 – Édition 1	31.03.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1^{er}, les mots "qui ne peut pas bénéficier" sont remplacés par les mots "qui peut bénéficier ou non"
- l'article 1^{er} est complété par trois alinéas
- à l'article 2 :
 - => le § 1^{er}, 1^o, est complété par la phrase suivante : "S'agissant des stages spécifiques, des stages scientifiques et des stages à l'étranger, est considéré comme maître de stage pour l'application de cet arrêté le maître de stage qui agit comme coordinateur conformément à l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, en particulier l'article 11, § 3, 2, et à l'article 11/1, § 2, 2^o, ou à l'article 12, § 2, 2^o" ;
 - => le § 1^{er} est complété par 4^o ;
 - => dans le § 2, les mots "31 mars" sont remplacés par les mots "15 mai".

- à l'article 4 :
 - => à l'alinéa 1^{er}, les mots "quel que soit le nombre de candidats en formation professionnelle" sont supprimés ;
 - => l'alinéa 2 est complété par la phrase suivante : "Pour l'année de référence 2019, le montant de l'indemnisation est de 705,98 EUR par mois calendrier par médecin spécialiste en formation conformément à l'article 2 ; exception faite pour les cas prévus à l'article 4 de l'arrêté ministériel précité, où l'intervention est réduite suivant le taux d'activité noté" ;
 - => l'alinéa 3 est remplacé ;
- dans l'article 5 du même arrêté, les mots "31 mai" sont remplacés par les mots "15 juillet".
- un article 7/1 est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
17.04.2020 – Édition 1	06.04.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde à domicile

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1^{er}, D, les mots "à l'article 2" sont remplacés par les mots "aux articles 2 et 2/1"
- l'annexe est remplacée.

Toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant leur période de validité.

Moniteur belge	Date	Titre
17.04.2020 – Édition 1	06.04.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2, D, les mots "à l'article 3" sont remplacés par les mots "aux articles 3 et 4"
- à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 2, les mots "à l'article 95, § 2 a), de l'arrêté royal du 21 décembre 2001" sont remplacés par les mots "à l'article 127, § 2, de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018"
- à l'article 1^{er}, 4^o, les mots "arrêté royal du 21 décembre 2001" sont remplacés par les mots "arrêté royal du 1^{er} février 2018"
- l'article 6*bis*, § 1^{er}, est complété
- l'annexe I est remplacée.

Toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant leur période de validité.

Moniteur belge	Date	Titre
17.04.2020 – Édition 1	14.04.2020	Arrêté royal fixant la date d'entrée en vigueur de la loi du 22 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain, et modifiant l'arrêté royal susvisé

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2 de l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans, à l'alinéa 3, remplacé par l'arrêté royal du 23 mars 2019, les mots "21 ans" sont remplacés par les mots "25 ans"
- produisent leurs effets le 1^{er} avril 2020 :
 - => la loi du 22 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain;
 - => cet arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
29.04.2020 – Édition 1	27.04.2020	Arrêté royal n° 13 modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants, notamment en ce qui concerne l'extension à certains indépendants à titre complémentaire et pensionnés actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal comporte trois mesures en faveur des indépendants touchés par la crise du coronavirus. Le droit passerelle de crise a un impact sur l'assurance indemnités :

- le travailleur indépendant bénéficie du droit passerelle de crise et, ensuite, il est reconnu incapable de travailler : les indemnités d'incapacité de travail sont refusées pour la période couverte par la prestation financière mensuelle octroyée dans le cadre du droit passerelle de crise (règle d'anti-cumul insérée dans un nouveau § 2 de l'art. 28 de l'A.R. du 20.07.1971)
- le titulaire reconnu en incapacité de travail exerce une activité comme travailleur indépendant avec l'autorisation du médecin-conseil et est forcé d'interrompre cette activité à la suite du COVID-19 : l'intéressé ne peut pas prétendre à la prestation financière dans le cadre du droit passerelle de crise (insertion d'un nouveau § 5 dans l'art. 4 de la loi du 23.03.2020 modifiant la loi du 22.12.2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants)

- un travailleur indépendant est incapable de travailler (déjà une interruption de l'exercice de l'activité professionnelle suite à l'incapacité de travail : un octroi de la prestation financière dans le cadre du droit passerelle de crise n'est pas possible (comme c'est déjà actuellement le cas). L'intéressé ne peut pas prétendre à la mesure temporaire de crise de droit passerelle.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2020 – Édition 1	29.04.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Tenant compte du nouveau modèle de distribution par Bpost à partir du 1^{er} mars 2020 (adaptation de la livraison du courrier non prior) et souhaitant laisser à l'assuré le choix de son mode d'envoi, cet arrêté royal instaure dans l'assurance indemnité des travailleurs indépendants une fiction juridique dans le cadre de la vérification du délai de déclaration pour les envois par la poste du certificat médical pour déclarer l'incapacité de travail au médecin-conseil de la mutualité.

À condition que ce certificat 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 5^e jour ouvrable suivant l'expiration du délai applicable ("jour ouvrable" étant chaque jour sauf les dimanches et jours fériés légaux).

Les dispositions de cet arrêté royal produisent leurs effets le 1^{er} mars 2020 et s'appliquent aux certificats médicaux sur lesquels le cachet postal est apposé au plus tôt à compter de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2020 – Édition 2	06.05.2020	Arrêté royal modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

L'arrêté royal prolonge l'application de la mesure temporaire de crise de droit passerelle. Les articles 3, 4 et 5 de la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants s'appliquent à toutes les interruptions forcées conformément à l'article 4, 3^e, de la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants, qui se produisent en raison du COVID-19 et qui ont lieu au cours de la période allant du 1^{er} mars 2020 au 31 mai 2020 inclus.

Moniteur belge	Date	Titre
19.05.2020	13.05.2020	Arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- suspension des délais prévus par ou en vertu de la loi AMI
- organisation des procédures par écrit ou à distance
- les prix et bases de remboursement des oxyconcentrateurs
- les codes de nomenclature créés expressément avec la valeur de la lettre-clé
- les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire peut intervenir dans les coûts liés au suivi, à la surveillance et aux soins dispensés dans les structures de soins intermédiaires créés par les entités fédérées et qui hébergent des personnes atteintes du coronavirus qui n'ont pas ou plus besoin de soins hospitaliers mais qui ne peuvent pas encore rentrer dans leur lieu de vie habituel car elles sont encore contagieuses
- le cadre légal de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour les centres de triage et de prélèvement
- extension des ouvertures des postes de garde de médecine générale pour une période de 3 mois aux soirées et nuits de la semaine
- mesure de protection : Le Roi peut prévoir une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Aucun montant ne peut être facturé par le dispensateur de soins aux bénéficiaires, en ce qui concerne les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel, quel que soit le statut de conventionnement.

Moniteur belge	Date	Titre
20.05.2020 – Édition 3	18.05.2020	Arrêté royal suspendant temporairement, suite à la pandémie COVID-19, l'application de la condition selon laquelle la période d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants peut débuter, au plus tôt, à la date de signature du certificat d'incapacité de travail

Résumé des modifications

La période d'incapacité de travail (reconnue par le médecin conseil) ne peut commencer, au plus tôt, qu'à la date de signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant. Cette règle générale est d'application, depuis le 1^{er} juillet 2019, dans le régime des travailleurs indépendants.

La règle générale précitée n'est pas d'application pour chaque période d'incapacité de travail qui débute durant la période à partir du 1^{er} mars 2020 jusqu'au 30 septembre 2020 inclus.

Il s'agit d'une suspension temporaire (partiellement avec effet rétroactif) qui vise toutes les incapacités de travail à partir du 1^{er} mars 2020 qui ne tombent pas sous le champ d'application de la première exception déterminée dans l'arrêté royal du 18 mars 2020 (M.B., 06.04.2020 – Éd. 2) :

- chaque période d'incapacité de travail (y compris une prolongation ou une rechute éventuelle d'une même période d'incapacité de travail) qui débute durant la période à partir du 1^{er} mars 2020 jusqu'au 15 avril 2020 inclus
- chaque période d'incapacité de travail qui débute initialement durant la période à partir du 16 avril 2020 jusqu'au 30 septembre 2020 inclus (première déclaration d'incapacité de travail).

Moniteur belge	Date	Titre
20.05.2020 – Édition 1	14.05.2020	Arrêté royal n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19
20.05.2020 – Édition 3	14.05.2020	Arrêté royal n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe des mesures temporaires requises dans le cadre de l'assurance soins de santé nécessaires au maintien de la continuité des soins suite à la pandémie, aux mesures notamment de confinement qui ont été prises et à leurs conséquences pour l'accès aux soins des bénéficiaires.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2020 – Édition 1	05.05.2020	Arrêté royal instituant un régime d'avantages sociaux et d'autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent

Résumé des modifications

L'arrêté royal harmonise la réglementation des avantages sociaux pour les six secteurs pour lesquels un statut social est actuellement prévu (pharmaciens, médecins, kinésithérapeutes, logopèdes, dentistes et infirmières). L'objectif est de parvenir à plus d'uniformité et de transparence en termes de réglementation ainsi que d'efficacité.

L'arrêté royal entre en vigueur à partir de l'exercice 2019 pour le secteur des pharmaciens, kinésithérapeutes, logopèdes et infirmières, et à partir de l'exercice 2020 pour le secteur des médecins et des dentistes.

Moniteur belge	Date	Titre
03.06.2020 – Édition 1	29.05.2020	Arrêté royal portant exécution de l'article 70, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé
15.06.2020	29.05.2020	Arrêté royal portant exécution de l'article 70, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions pour porter en compte à l'assurance maladie des tests sérologiques exécutés pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (IgM, IgG ou IgA).

Moniteur belge	Date	Titre
03.06.2020 – Édition 1	28.05.2020	Arrêté royal modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes : dans l'article 6, § 1, 2° à 4° inclus, de la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant les mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants, les mots "pendant la période du 1^{er} mars 2020 au 31 mai 2020 inclus" sont chaque fois remplacés par les mots "pendant la période du 1^{er} mars 2020 au 30 juin 2020 inclus".

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2020 – Édition 2	03.06.2020	Arrêté royal n° 28 modifiant l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 70 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé par ce qui suit :

"Art. 70. Tests sérologiques

Pour la durée d'application de l'arrêté royal du 17 mars 2020 interdisant la mise à disposition, la mise en service et l'utilisation des tests rapides de mesure ou de détection des anticorps liés au virus SARS-CoV-2, la détection d'anticorps contre le virus précité ne peut pas être portée en compte via les prestations 552016-552020 ou 551655-551666 de l'article 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les tests sérologiques exécutés pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (IgM, IgG ou IgA) ne peuvent pas être portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé durant cette période.

À partir d'une date à fixer par le Roi et aux conditions qu'il fixe, les tests sérologiques précités pourront seulement être portés en compte à l'assurance pour les tests de détection repris sur une liste dressée par Sciensano et pour les groupes cibles déterminés par Lui.

La base de remboursement de ces tests correspond à la valeur de 9,60 EUR. Aucun montant supplémentaire ne peut être facturé au bénéficiaire pour ces tests quel que soit le statut de conventionnement.

Les tests de détection qui apparaissent sur la liste visée à l'alinéa 3 et qui sont exécutés par des laboratoires agréés sur des personnes qui n'appartiennent pas aux groupes cibles établis sont facturés aux personnes qui les demandent au montant fixé à l'alinéa 4."

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2020 – Édition 1	20.05.2020	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement de l'Union générale des infirmiers de Belgique

Résumé des modifications

Une intervention financière annuelle de 384.797,97 EUR est octroyée pour une période de deux ans à l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Moniteur belge	Date	Titre
26.06.2020 – Édition 2	23.06.2020	Arrêté royal n° 33 adaptant les ressources de l'assurance obligatoire soins de santé pour couvrir les dépenses spécifiques liées à la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère dans l'article 191, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui fixe les ressources de l'assurance, une disposition (1^oter) qui prévoit que ces ressources sont également constituées d'une dotation de l'Etat pour l'année 2020, dont le montant est fixé par arrêté royal délibéré en conseil des ministres, destinée à couvrir des dépenses spécifiques des établissements de soins, des établissements de rééducation fonctionnelle et de l'assurance obligatoire soins de santé liées à la pandémie COVID-19.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2020 – Édition 2	26.06.2020	Arrêté royal n° 41 modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

L'arrêté royal n° 41 du 26 juin 2020 modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants vise deux mesures :

- une prolongation avec quelques conditions supplémentaires, de la mesure temporaire de crise de droit passerelle pour les mois de juillet et août 2020
- l'introduction d'une mesure temporaire de droit passerelle de soutien à la reprise pour les mois de juin, juillet et août 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2020 – Édition 2	26.06.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 8, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 3, alinéas 3 et 4, les mots "le chiffre d'affaires annuel" sont remplacés par les mots « le chiffre d'affaires annuel corrigé »;
 - => dans le paragraphe 3, l'alinéa 5 est remplacé par ce qui suit :
"On entend par "chiffre d'affaires annuel corrigé", le chiffre d'affaires tel qu'il est défini à l'article 191, alinéa 1, 15^onovies de la loi, diminué de 17 %." ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 6, les mots "alinéas 23 et 28 à 35" sont remplacés par les mots "alinéas 49 à 54";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 9, les mots "de l'article 82 et de l'alinéa 37" sont remplacés par les mots "de l'alinéa 56";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 10, les mots "alinéas 23 et 28 à 35" sont remplacés par les mots "alinéas 49 à 54";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 13, les mots "de l'article 82 et de l'alinéa 37" sont remplacés par les mots "l'alinéa 56";
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 4, les mots "alinéas 23 et 28 à 35" sont remplacés par les mots "alinéas 49 à 54";
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 5, les mots "alinéas 23 et 28 à 35" sont remplacés par les mots "alinéas 49 à 54".

- dans l'article 77, § 6, alinéa 3, du même arrêté, les mots "l'article 35^{ter}, § 4, 2°, de la loi" sont remplacés par les mots "l'article 35^{ter}, § 4, de la loi"
- l'article 80 du même arrêté est remplacé
- l'article 82 du même arrêté est abrogé
- dans l'article 83 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le paragraphe 4 est abrogé;
 - => dans le paragraphe 5, la 1^{er} phrase est remplacée par la phrase suivante : "§ 5. Les réductions visées au paragraphe 1^{er} ne s'appliquent pas aux spécialités pharmaceutiques dont le principe actif ou la combinaison des principes actifs présente un chiffre d'affaire annuel total diminué de 17%, inférieur à 1,5 million d'EUR.";
 - => dans le paragraphe 7, alinéa 1^{er}, les mots "dispositions des §§ 2, 4 et 6" sont remplacés par les mots "dispositions des §§ 2 et 6";
 - => dans le paragraphe 7, l'alinéa 4 est abrogé ;
- dans l'article 126 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :
 - => les paragraphes 1 et 2 sont remplacés;
 - => dans les paragraphes 5 et 6, les mots "et/ou" sont chaque fois remplacés par le mot "et".

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2020 – Édition 1	24.06.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le paragraphe 1, A, le 1° est abrogé
- dans le paragraphe 1, B, le 1° est abrogé
- dans le paragraphe 1, C, le 1° est abrogé
- dans le paragraphe 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit: "Ce montant couvre l'intervention personnelle qui est à charge des bénéficiaires en application de l'article 35^{bis} de la loi".

4. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2020 – Édition 1	14.04.2020	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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 au chapitre I de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.05.2020 – Édition 1	12.05.2020	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, II et IV et insèrent des spécialités au chapitre I de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
19.06.2020 – Édition 1	16.06.2020	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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 II.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2020 – Édition 1	16.06.2020	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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
08.05.2020 – Édition 1	21.04.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014:

- l'intitulé "G.4 Endoprothèses", est complété par les prestations 180854-180865 et 180876-180880 et leurs modalités de remboursement

- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement G- § 04 :
 - => à l'intitulé " Prestation(s) liée(s) : ", les prestations " 180854-180865" et "180876-180880" sont ajoutées ;
 - => au "1. Critères concernant l'établissement hospitalier", l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => au "2. Critères concernant le bénéficiaire", l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => au "2.1.1.", l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => au 2.1.1., 1), a), la phrase "- anévrisme de l'artère iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm sans collet proximal;" est remplacée par la phrase "- anévrisme de l'artère iliaque d'un diamètre supérieur à 3,5 cm, sans collet proximal;" ;
 - => le 2) du "2.1.1." est remplacé ;
 - => au "3. Critères concernant le dispositif", l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => au "3.1. Définition", l'alinéa 8 qui est relatif aux prestations 180493 180504 et 180515 180526, les mots "extension iliaque bifurquée" sont remplacés par les mots "extension de bifurcation iliaque" et est complété par un alinéa.
 - => le "5.1 Règles de cumul et de non-cumul" est remplacé

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 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, est ajoutée une nouvelle liste nominative 32713 associée aux prestations 180854-180865 et 180876-180880.

Moniteur belge	Date	Titre
20.05.2020 – Édition 1	12.05.2020	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 les modifications suivantes au chapitre II, au § 30001 de l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014 :

- les modalités de remboursement sont remplacées
- des produits radiopharmaceutiques sont insérés.

Moniteur belge	Date	Titre
19.06.2020 – Édition 1	10.06.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “D. Urologie et néphrologie” de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 “D. Urologie et néphrologie” de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} 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 :

- l’intitulé “D.3 Vessie” est complété par la prestation 180950-180961 et ses modalités de remboursement
- à la condition de remboursement D- § 02, les modifications suivantes sont apportées :
 - => l’intitulé “prestations liées” est complété par la prestation “180950-180961”
 - => le “5.1. Règles de cumul et de non-cumul” est remplacé.

5. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

10.04.2020

Règle interprétative pour le remboursement des oxyconcentrateurs :

Question:

Dans quelle situation l’autorisation délivrée pour la partie I - chapitre 2 - section 6 (§ 1^{er} B - traitement au moyen d’un oxyconcentrateur - patients atteints d’hypoxémie aiguë) de 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 1^{er}, 20° de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 permettra-elle un remboursement pour 6 périodes de 1 mois ?

Réponse:

Un remboursement de 6 périodes de 1 mois est autorisé lorsqu’un patient dispose d’une autorisation pour un traitement au moyen d’un oxyconcentrateur conformément aux dispositions de la partie I - chapitre 2 - section 6 (§ 1^{er} B - patients atteints d’hypoxémie aiguë) de 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 1^{er}, 20° de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans ce cas, l’autorisation actuelle restera valable jusqu’au 31 mai 2020 inclus ou le cas échéant, jusqu’à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des affaires sociales sur proposition du Comité de l’assurance.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Moniteur belge

10.04.2020

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant l'oxygène gazeux comme principe actif :

Question:

Dans quelle situation l'autorisation délivrée pour le § 6370100 (pour de l'oxygène gazeux) permettra-t-elle un remboursement pour 6 périodes de 1 mois ?

Réponse:

Un remboursement de 6 périodes de 1 mois est autorisé lorsqu'un patient dispose d'une autorisation pour de l'oxygène gazeux conformément aux conditions du § 6370100. Dans ce cas, l'autorisation actuelle restera valable jusqu'au 31 mai 2020 inclus ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'assurance.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Moniteur belge

10.04.2020

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le fer injectable comme principe actif et pour les spécialités appartenant à la classe des érythropoïétines :

Question :

Dans quelles situations une érythropoïétine et/ou une spécialité à base de fer IV est remboursable ?

Réponse :

Jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'assurance, en cas de pénurie de concentrés d'érythrocytes, les spécialités à base de fer IV et les érythropoïétines sont remboursables pour autant qu'elles soient destinées à la correction de certaines anémies afin d'éviter le recours à la transfusion.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Moniteur belge

10.04.2020

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques EyleaR et LucentisR:

Question :

Dans quelle situation les spécialités EyleaR et LucentisR peuvent-elles être délivrées en tiers payant par une pharmacie ouverte au public en vue d'une injection intra-vitréenne dans un cabinet qui garantit des conditions aseptiques optimales conformément aux directives de l'AFMPS ?

Réponse :

Jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'assurance, si un patient bénéficie d'une autorisation pour le remboursement d'un traitement par une Eylea R ou LucentisR, le pharmacien d'officine au public est autorisé à délivrer la spécialité en tiers payant.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Moniteur belge

10.04.2020

Règle interprétative pour le remboursement d'une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) avec autorisation de remboursement accordée par le médecin conseil :

Question:

Quelle est la durée de validité d'une autorisation de remboursement accordée par un médecin-conseil d'un organisme assureur à un patient pour une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) ?

Réponse:

La date de fin de période d'une autorisation de remboursement accordée par un médecin-conseil d'un organisme assureur à un patient pour une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) est postposée jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'assurance pour toute autorisation dont la date de fin de la période de validité se situe après le 13 mars 2020.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Moniteur belge

30.06.2020

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

Question :

Combien de conditionnements d'une spécialité pharmaceutique à base de bortézomib peuvent-ils faire l'objet du remboursement conformément au § 3270300 chez un patient atteint de myélome multiple, qui présente une progression de la maladie, et qui a reçu au moins un schéma de traitement antérieur, lorsque le traitement est combiné avec le pomalidomide (IMNOVID) ?

Réponse :

Le nombre de conditionnements remboursés pour une spécialité pharmaceutique à base de bortézomib peut dépasser le maximum de 8 cycles de 3 semaines sur une période de 8 mois maximum, si le patient bénéficie du remboursement pour une spécialité pharmaceutique à base de pomalidomide pour le traitement du myélome multiple en rechute et/ou réfractaire. La spécialité pharmaceutique à base de bortézomib peut être remboursée à ce patient, tant qu'il bénéficie du remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de pomalidomide conformément au § 10190000, et ceci jusqu'à la constatation d'une progression de la maladie en dépit du traitement en cours. La posologie du bortézomib telle que mentionnée dans le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) du pomalidomide pour le traitement du myélome multiple en rechute et/ou réfractaire, doit être respectée.

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} juillet 2020.

6. Avis et protocole

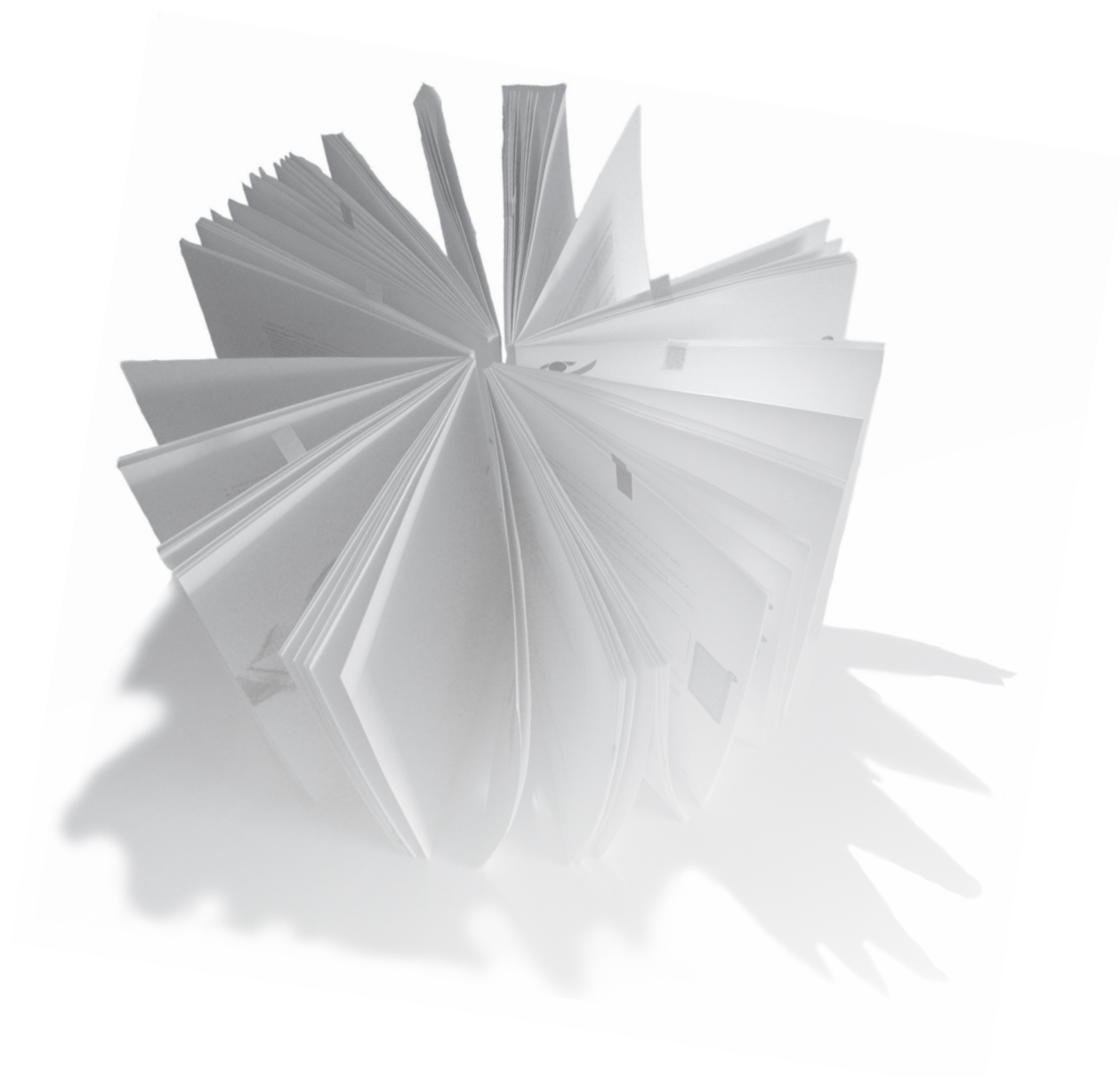
Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2020 – Édition 1		Adaptation hors index au 1 ^{er} mai 2020 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À l'indice-pivot 107,20 (basis 2013=100), le montant de certaines prestations sociales est adapté à partir du 1^{er} mai 2020.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Cour de cassation, 22 juin 2020

Article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 - Évaluation de l'incapacité de travail - État antérieur - Absence de capacité de gain initiale

L'article 100, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, reconnaît incapable de travailler au sens dudit article 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 aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Il est ainsi requis que le travailleur ait disposé antérieurement d'une capacité de gain supérieure au tiers de celle de la personne de référence pour que celle-ci puisse être réduite dans la mesure prescrite par ledit article.

Il est donc contradictoire de décider à la fois que l'assurée n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail, "son état neurologique psychique algique étant inchangé", et, qu'elle subit une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur à ce qu'une personne comparable peut gagner par son travail qui justifie de lui allouer des indemnités d'assurance contre la maladie et l'invalidité.

Arrêt n° S.20.0002.F
O.A. c./...

...

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt "dit l'appel de [la défenderesse] fondé [...] ; réforme le jugement entrepris, excepté quant aux dépens de la première instance ; annule la décision querellée et entérine les conclusions de l'expert ; dit la demande originaire de [la défenderesse] recevable et fondée ; dit pour droit que [la défenderesse] doit bénéficier des indemnités de l'assurance contre la maladie et l'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2014 à charge de [la demanderesse] ; condamne [la demanderesse] aux dépens d'appel [...] ainsi qu'à la contribution de vingt EUR au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne", par les motifs que :

"L'expert a conclu son rapport en ces termes :

À la date du 1^{er} février 2014 et ultérieurement, les lésions et troubles fonctionnels de [la défenderesse] 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'intéressée au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a pu ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

[La défenderesse] n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail ; son état neurologique psychique algique est inchangé ;

Il convient d'entériner les conclusions de l'expert judiciaire, lesquelles sont justes et vérifiées et ne font pas l'objet de contestation sur le plan médical ;

L'appel de [la défenderesse] est donc fondé ;

Il convient de réformer le jugement entrepris, exépté quant aux dépens, et d'annuler la décision litigieuse ;

En conséquence, [la défenderesse] doit bénéficier des indemnités à partir du 1^{er} décembre 2014 à charge de [la demanderesse], outre les intérêts légaux à dater de chaque échéance jusqu'au parfait paiement”.

Griefs

Première branche

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

Il ressort des énonciations de l'arrêt, qui adopte les conclusions de l'expert judiciaire, que la défenderesse n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail.

Il s'ensuit qu'à défaut de réduction de sa capacité de gain, celle-ci n'ayant jamais existé, et aucune cessation d'activité n'étant démontrée, constatée ou même alléguée, la défenderesse ne pouvait être reconnue incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et, par conséquent, n'avait droit à aucune indemnité de ce chef à charge de la demanderesse.

En décidant que la défenderesse doit bénéficier des indemnités de l'assurance contre la maladie et l'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2014, sans qu'elle ait subi la moindre perte de capacité de gain, sur la base des (seuls) motifs se trouvant à sa page 3 et alors qu'il constate en fait que la défenderesse n'a jamais eu aucune capacité de gain et n'a pas subi de cessation d'activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, l'arrêt viole l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Seconde branche

Conformément à l'article 149 de la Constitution, tout jugement doit être motivé.

Une contradiction de motifs équivaut à une absence de motifs.

L'arrêt attaqué s'approprie, au titre de la motivation de sa décision, les conclusions de l'expert judiciaire, qu'il reproduit.

Il est contradictoire de décider tout à la fois que la défenderesse n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail, son état neurologique psychique algique étant inchangé, et qu'elle subit une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne comparable peut gagner par son travail, qui justifie de lui allouer des indemnités d'assurance contre la maladie et l'invalidité à charge de la demanderesse.

La décision de l'arrêt, reposant tout entière sur cette contradiction, n'est donc pas régulièrement motivée (violation de l'art. 149 de la Constitution).

III. La décision de la Cour

Quant à la première branche :

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

Cette disposition légale requiert que le travailleur ait disposé d'une capacité de gain supérieure au tiers de celle de la personne de référence, dont la survenance ou l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels ensuite desquels il cesse toute activité entraîne la réduction dans la mesure qu'elle prescrit.

L'arrêt n'a pu, sans violer ledit article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, considérer à la fois, d'une part, que la défenderesse "n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail" et que "son état neurologique psychique algique est inchangé", d'autre part, que ses "lésions et troubles fonctionnels [...] entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail" lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance

Le moyen, en cette branche, est fondé.

Par ces motifs,

La Cour

Casse l'arrêt attaqué ;

...

II. Cour du travail de Liège, division Namur, 2 juin 2020

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

La Cour rappelle les deux conditions d'une cohabitation : il faut vivre sous le même toit, étant entendu que l'on peut vivre pour une même période sous différents toits et que soient principalement réglées en commun les questions ménagères.

Ainsi, pour conclure que deux ou plusieurs personnes vivant ensemble sous le même toit règlent principalement en commun les questions ménagères, et donc cohabitent, il est nécessaire mais non suffisant qu'elles tirent un avantage économique et financier du partage d'un logement. Par ailleurs, pour considérer qu'il y a règlement principalement en commun des questions ménagères, il ne suffit pas que les personnes tirent de cette vie sous le même toit un avantage économique et financier. Il faut en outre régler en commun, en mettant éventuellement en commun des ressources financières, les tâches, activités et autres questions ménagères telles l'entretien et le cas échéant l'aménagement du logement, l'entretien du linge, les courses et la préparation et la consommation des repas. Le juge apprécie en fait si deux personnes règlent en commun les questions ménagères.

Quant à la circonstance que des personnes se partagent le cas échéant entre deux habitations cela n'emporte pas que ces personnes vivent séparément : il y a vie sous le même toit quand bien même celui-ci se décline en deux lieux distincts.

R.G. 17/794/A
... c./O.A., INAMI, ONEm et Partena

...

II. Objet de l'appel et position des parties

II. 1. Demande et argumentation de Madame ...

8.

Dans sa requête d'appel, Madame ... entend obtenir la réformation du jugement du tribunal du travail de Liège, division Namur, du 9 août 2019 en ce qu'il confirme sa cohabitation avec Monsieur ... pour la période litigieuse.

Par conséquent, elle tend :

- à l'égard de l'O.A. et l'INAMI
 - à faire dire pour droit que le rapport de l'INAMI est dépourvu de force probante et qu'il n'existe aucune cohabitation au sens légal du terme entre Madame ... et le sieur ... sur la période litigieuse

- à faire condamner l'O.A. à accorder à Madame ... l'intervention majorée des prestations de soins de santé sur la période litigieuse et dire pour droit que les sommes de 1,66 EUR et 551,49 EUR ne sont pas dues par Madame ... et au besoin condamner l'O.A. à les lui rembourser, outre les intérêts au taux légal depuis leur paiement jusqu'à complet remboursement
- à faire accorder à Madame ... la qualité de titulaire ayant personnes à charge entre le 1^{er} juillet 2014 et le 7 juin 2016 et le paiement par l'O.A. de ce taux et les montants y relatifs sur cette période
- à faire dire pour droit que l'O.A. n'est admise à aucune récupération d'indu à charge de Madame...
- à délaisser à l'O.A. les entiers frais et dépens, tout en la condamnant à payer à Madame... ses entiers frais et dépens soit l'indemnité de procédure de base de première instance et d'appel, outre les frais d'introduction du présent appel.

...

Madame ... reproche au jugement dont appel de s'être fondé sur le procès-verbal de l'INAMI établi uniquement à charge de la cohabitation. Elle indique que le procès-verbal fait état d'une enquête de voisinage alors qu'une seule personne a été entendue. En outre, l'audition de Madame ... , voisine, ne l'a été que dans le cadre d'un suivi judiciaire. Le relevé des consommations d'eau n'est pas déterminant en l'espèce. Par ailleurs, elle prétend que les versements effectués sur le compte de Monsieur ... constituent des remboursements de factures, ce qui est différent d'un partage des charges communes. Elle relève qu'aucune enquête de voisinage à son domicile n'a été réalisée.

À titre subsidiaire, Madame ... sollicite de la Cour d'ordonner l'audition de Madame ... quant à sa déclaration aux autorités et leur conformité aux écrits contenus au procès-verbal de l'INAMI.

Enfin à titre infiniment subsidiaire, Madame ... sollicite la tenue d'enquêtes quant à l'absence de sa cohabitation avec Monsieur

II. 2. Demande et argumentation de l'INAMI, l'O.A. et l'ONEm

9.

Ces parties sollicitent la reconnaissance de la cohabitation de Madame ... avec Monsieur ... et par conséquent la confirmation du jugement.

Elles se fondent sur l'enquête de la police locale, les auditions de Monsieur ... et de Madame ..., l'absence de production des extraits des comptes bancaires de Madame ... et les divers versements de Madame ... sur le compte de Monsieur

II. 3. Position de la Caisse de l'O.A.

10.

La Caisse fait défaut, n'a pas conclu et a indiqué en 1^{re} instance qu'elle se conformerait à la position du tribunal.

III. Position du Ministère public

11.

Madame l'avocat général estime que l'appel est recevable mais non fondé. Elle considère que la cohabitation doit être confirmée sur base des éléments suivants :

- l'enquête de police et le procès-verbal du 24 mars 2016 d'où il ressort que la voisine directe connaît Madame ... comme étant la compagne de Monsieur ... depuis mai 2014. Madame ... lui a indiqué qu'elle allait déménager effectivement dans le courant de juillet 2014. Les passages réguliers de la police devant le domicile de Monsieur ... permettent de constater que le véhicule de Madame ... était à chaque fois présent
- les déclarations de l'inspecteur de la Zone Ouest qui informait ses collègues de ce que l'immeuble de Madame ... était occupé par ses deux enfants et que Madame ... n'y vient que sporadiquement
- les déclarations de Madame ... et de Monsieur ... eux-mêmes. Le fait que les intéressés ont régularisé leur domicile en date du 8 juin 2016
- les déclarations de Monsieur ... concernant les versements de diverses sommes sur son compte de la part de Madame ... pour participer aux frais de nourriture. En revanche, Madame ... ne dépose pas ses propres extraits bancaires démontrant qu'elle supporte effectivement ses propres charges. Les explications fournies par Monsieur ... concernant le remboursement de certaines factures ne sont corroborées par aucune pièce.

Par conséquent les décisions litigieuses doivent être confirmées et il y a lieu de faire droit à la demande reconventionnelle de l'O.A. .

Enfin, Madame l'avocat général considère que les sanctions administratives prises par l'ONEm et l'INAMI sont proportionnées aux faits de la cause et doivent être confirmées.

IV. Décision de la Cour

IV. 1. Recevabilité

12.

L'appel est recevable pour être introduit dans le mois de la notification du jugement du 9 août 2019 et dans la forme légale.

IV. 2. En droit

13.

Les réglementations relatives à l'assurance maladie-invalidité ou au chômage prévoient trois catégories de bénéficiaires auxquels correspondent des taux d'indemnisation différents.

IV. 2.1. RÈGLEMENTATION ASSURANCE INDEMNITÉS - SOINS DE SANTÉ

14.

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 définit la notion de travailleur ayant des personnes à charge en son article 225.

Le § 2 stipule que :

"Le titulaire visé au § 1^{er}, 3^o et 4^o, qui cohabite simultanément avec des personnes autres que celles qui sont énumérées à ce paragraphe, ne peut conserver la qualité de travailleur ayant personne à charge que si ces autres personnes n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient effectivement ni d'une pension, ni d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère. Pour l'application de la présente disposition, sont assimilés aux parents ou alliés du titulaire, les parents ou alliés jusqu'au troisième degré y inclus du conjoint du titulaire ou de la personne, visée au § 1^{er}, 2^o."

Le § 4 précise que *"La preuve de chaque situation visée au § 1^{er} doit être établie au moyen d'une attestation officielle figurant au dossier du titulaire lors du paiement des indemnités d'invalidité en tant que titulaire avec personne à charge."*

Cette preuve résulte, en ce qui concerne la condition de cohabitation, de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5^o de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents probants produits à cet effet que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus avec l'information susvisée du Registre national."

15.

L'article 168quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnées du 14 juillet 1994, tel qu'applicable au moment des premiers faits disposait :

"§ 2. Est exclu du droit aux indemnités pour incapacité de travail, congé de maternité, congé de paternité et d'adoption à raison d'une indemnité journalière au moins et de 200 indemnités journalières au plus :

1° l'assuré social qui, sur base d'une fausse déclaration ou d'un faux document, a bénéficié indûment d'indemnités ;

2° l'assuré social qui ne communique pas à son organisme assureur tout élément modifiant la partie de la feuille de renseignements réservée au titulaire et ayant une incidence sur les indemnités ;

3° l'assuré social qui, pendant la période où il bénéficie d'indemnités :

a) a repris une activité sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation ;

b) n'a pas informé son organisme assureur de la reprise d'une activité, ou ;

c) n'a pas déclaré ses revenus à son organisme assureur.

(...)"

IV. 2.2. RÈGLEMENTATION CHÔMAGE

16.

En matière chômage, l'article 110 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation chômage dispose :

§ 1. *Par travailleur ayant charge de famille, il faut entendre le travailleur qui :*

1° cohabite avec un conjoint ne disposant ni de revenus professionnels, ni de revenus de remplacement ; dans ce cas il n'est pas tenu compte de l'existence éventuelle de revenus d'autres personnes avec lesquelles le travailleur cohabite ;

2° ne cohabite pas avec un conjoint mais cohabite exclusivement avec :

- a) un ou plusieurs enfants, à condition qu'il puisse prétendre pour au moins un de ceux-ci aux allocations familiales ou qu'aucun de ceux-ci ne dispose de revenus professionnels ou de revenus de remplacement ;*
- b) un ou plusieurs enfant et d'autres parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus, à condition qu'il puisse prétendre aux allocations familiales pour au moins un de ces enfants et que les autres parents ou alliés ne disposent ni de revenus professionnels, ni de revenus de remplacement ;*
- c) un ou plusieurs parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus qui ne disposent ni de revenus professionnels, ni de revenus de remplacement ;*

3° habite seul et paie de manière effective une pension alimentaire :

- a) sur la base d'une décision judiciaire ;*
- b) sur la base d'un acte notarié dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel ou d'une séparation de corps ;*
- c) sur la base d'un acte notarié au profit de son enfant, soit à la personne qui exerce l'autorité parentale, soit à l'enfant majeur, si l'état de besoin subsiste.*

4° habite seul et dont le conjoint a été autorisé, en application de l'article 221 du Code civil, à percevoir des sommes dues par des tiers ;

5° est visé à l'article 28, §3 ;

(...)

§ 2. *Par travailleur isolé, il faut entendre le travailleur qui habite seul, à l'exception du travailleur visé au § 1^{er}, 3° à 6°.*

§ 3. *Par travailleur cohabitant, il faut entendre le travailleur qui n'est visé ni au § 1^{er}, ni au § 2.*

§ 4. *Le travailleur ayant charge de famille et le travailleur isolé doivent apporter la preuve de la composition de leur ménage au moyen du document dont la teneur et le modèle sont déterminés par le comité de gestion.*

(...)"

17.

L'article 59 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 définit la notion de cohabitation : "le fait pour deux ou plusieurs personnes de vivre ensemble sous le même toit et de régler principalement en commun les questions ménagères."

Il y a donc cohabitation lorsque deux conditions sont réunies :

- la vie sous le même toit, étant entendu que l'on peut vivre pour une même période sous des différents toits
- le règlement en commun des questions ménagères.

18.

La jurisprudence, notamment celle de la Cour de cassation, a circonscrit cette notion de cohabitation.

En effet, dans son arrêt du 21 novembre 2011 relatif au revenu d'intégration sociale, la Cour de cassation¹ précise que la cohabitation suppose un avantage économique-financier pour l'allocataire social. La Cour a en effet estimé qu'il n'y a pas de cohabitation lorsque la personne avec qui cohabite l'assuré social n'est pas au vu de sa situation particulière en mesure de contribuer aux charges du ménage.

Dans son arrêt du 22 janvier 2018 confirmant un précédent arrêt du 9 octobre 2017, la Cour de cassation² indique que pour considérer qu'il y a règlement principalement en commun des questions ménagères, il ne suffit pas que les personnes tirent de cette vie sous le même toit un avantage économique et financier. Il faut en outre régler en commun, en mettant éventuellement en commun des ressources financières, les tâches, activités et autres questions ménagères telles l'entretien et le cas échéant l'aménagement du logement, l'entretien du linge, les courses et la préparation et la consommation des repas. Le juge apprécie en fait si deux personnes règlent en commun les questions ménagères. À cet égard, la Cour est particulièrement attentive à la pluralité de modes de vie actuels.

La notion de cohabitation n'est pas différente que l'on se trouve en matière de chômage ou en matière d'assurance maladie-indemnité³.

19.

Concernant la preuve, il est admis que l'ONEm doit se baser sur la déclaration du chômeur telle que reprise sur le formulaire C1. Lorsque l'ONEm conteste le taux déterminé à partir du document C1, le chômeur a la charge de la preuve de la qualité qu'il revendique⁴.

20.

L'article 153 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 applicable au moment des faits prévoit une sanction d'exclusion dans le cadre d'une fourchette allant de 4 semaines à 13 semaines en cas de déclaration inexacte.

1. Cass. 21.11.2011, S 11.0067F.

2. Cass. 22.01.2018, S 170039F; www.juridat.be ; Cass., 09.10.2017, S 160084N, www.juridat.be.

3. C.T. Liège, division Namur, 03.12.2019, R.G. 2017/AN/98.

4. C.T. Liège, division Liège, 21.01.2020, R.G. 2019/AL/277 ; C.T. Liège, division Liège, 15.11.2019, R.G. 2019/AL/251.

IV. 2.3. RÈGLEMENTATION ALLOCATIONS FAMILIALES

21.

L'article 50^{ter} de la loi générale relative aux allocations familiales prévoit un complément au travailleur invalide pour autant qu'il ait la qualité de bénéficiaire ayant personnes à charge.

IV. 3. En l'espèce

22.

D'emblée, la Cour relève que la décision de l'O.A. comporte effectivement une erreur en ce qu'elle vise une cohabitation avec un sieur ... (père du fils de Madame ...) en lieu et place de Monsieur

La décision de l'ONEm comporte également une coquille dans la date en ce qu'elle mentionne une exclusion pour la période du 27 juillet 2016 au 30 avril 2016.

La Cour relève que Madame ... ne pouvait se méprendre sur la période de chômage concernée dès lors qu'elle avait émargé au chômage uniquement trois jours en avril. En outre, au moment où elle a reçu la décision de l'O.A., elle avait pris connaissance du rapport de l'INASTI de sorte qu'elle savait que sa cohabitation concernait Monsieur

En tout état de cause, en admettant même que ces erreurs entraînent la nullité, ce que la Cour n'estime pas, la Cour devrait statuer sur le droit aux allocations et indemnités.

23.

Le rapport de l'INAMI fait suite à une lettre de dénonciation du 10 février 2016 concernant Madame ... précisant que cette dernière vit au domicile de Monsieur ... depuis environ deux ans. Comme le souligne Madame l'Avocat général, cet élément n'est pas de nature à discréditer l'enquête effectuée.

- *Quant à la vie sous le même toit*

24.

La vie sous le même toit est établie à suffisance par les déclarations de Monsieur ... et de Madame

En effet, Monsieur ... a été entendu par la police le 6 juin 2016 et a précisé qu'il connaissait Madame ... depuis fin 2013. Au départ, il s'agissait d'une relation amicale, devenue amoureuse. À la question de savoir qui vit réellement chez lui, il a répondu lui-même, sa fille qui revient une semaine sur deux, sa compagne qu'il voit régulièrement. Il y a également la fille de sa compagne qui, pour un souci d'organisation avec ses cours à Namur, revient régulièrement chez lui. Il reconnaît qu'avec sa compagne, ils se voient plusieurs jours d'affilée chez lui, généralement en semaine et le week-end chez elle. Il indique être propriétaire de son immeuble et continuer à payer l'emprunt hypothécaire. Ils n'ont pas de compte commun. Il paie ses charges au départ de son compte personnel sur lequel Madame ... verse de l'argent uniquement pour la nourriture. Il lui est également arrivé de lui payer certaines factures que Madame rembourse par la suite. Il termine son audition en indiquant qu'ils se voient régulièrement et qu'ils vont régler le problème de domicile le plus rapidement possible.

Dans son audition du même jour, Madame ... indique qu'elle est propriétaire de son habitation sise à ... où elle y vit avec ses enfants. Elle indique qu'elle a une relation amoureuse depuis environ deux ans avec Monsieur Bien qu'elle prétende ne pas vivre avec lui, elle reconnaît qu'elle peut rester trois à cinq jours chez lui, mentionnant qu'elle a plus facile d'aller chez lui que l'inverse parce qu'il travaille à pauses.

In tempore non suspecto, la voisine de Monsieur ... , Madame ... a précisé qu'en mai 2014, Madame ... s'était présentée comme étant sa nouvelle voisine et qu'elle allait déménager en juillet 2014.

Il n'est donc pas contesté que Madame ... vit régulièrement sous le même toit que Monsieur Comme le relève le tribunal, la vie sous le même toit peut se décliner en des lieux distincts. Les différents passages de la police viennent d'ailleurs confirmer ce fait, le véhicule de Madame ayant été constaté 10 fois entre le 4 avril 2016 et le 30 mai 2016.

- *Partagent-ils pour autant les questions ménagères ?*

25.

Manifestement, Madame ... et Monsieur ... font leurs courses en commun. Les extraits de compte de Monsieur ... démontrent qu'à partir de septembre 2014, celui-ci a effectué de nombreux remboursements sur le compte de Madame ... avec la communication "courses". Depuis la fin d'année 2015, il effectue des remboursements mensuels de 50 EUR sur le compte de Madame avec la mention "amende". De son côté, Madame ... a effectué des remboursements conséquents à partir d'août 2015 sans démontrer qu'il s'agit de remboursement de factures : 725 EUR le 27 août ; 780 EUR le 28 septembre ; 180 EUR le 2 octobre ; 838 EUR le 29 octobre ; 720 EUR le 28 novembre ; 830 EUR le 21 décembre ; 737 EUR le 27 février 2016 ; 508 EUR le 30 mars 2016 ; 600 EUR le 23 mai 2016 ; 850 EUR le 27 mai 2016 outre d'autres montants réguliers de moindre importance (entre 30 à 100 EUR).

Il ressort également de ses extraits de compte que Monsieur a pris en charge le traitement de kinésithérapie de Madame soit 270 EUR le 13 octobre 2015 et 330 EUR le 31 décembre 2015 ainsi qu'un remboursement du neurologue de 75 EUR le 24 mai 2016. Ceci démontre à suffisance que Monsieur s'occupe régulièrement de gérer les factures de Madame ... comme il le prétendait dans son audition et qu'il y a une mise en commun à tout le moins partielle des ressources financières.

En outre, Monsieur ... verse régulièrement divers montants à la fille de Madame qui vit également en partie chez Monsieur pour des questions de facilité pour ses études.

En revanche, Madame ne dispose pratiquement pas d'extraits de compte alors qu'elle s'y était engagée. Si elle démontre qu'elle a effectué le remboursement de ses impôts au départ de son compte bancaire les 9 décembre 2014, 4 décembre 2015, 12 août 2015 et 15 septembre 2016, elle n'apporte pas la preuve qu'elle paie régulièrement les charges relatives à son immeuble situé à ... où habite à tout le moins son fils aîné qui travaille. Il ressort des extraits de compte postérieurs à la période de juillet 2014 que seuls les paiements relatifs à son loyer du 7 août 2015, une facture du SPW du 12 août 2015 et d'une assurance sont effectivement réalisés au départ de son compte bancaire. Le dépôt de ses extraits aurait pourtant permis d'établir à la fois le paiement des charges relatives à son habitation (pour autant qu'elles l'aient été) et son réel lieu de vie, tenant compte de l'endroit où elle fait ses courses.

Quant à la consommation d'eau, la consommation au domicile de Monsieur a augmenté durant les années 2014 et 2015 passant d'environ 30 m³ en décembre 2013 à une moyenne de 46 m³ en 2014. Par ailleurs, la consommation au domicile de Madame a fortement diminué lors des années 2014, 2015 et 2016 tout comme sa consommation d'électricité en 2015 et 2016⁵.

5. Eu égard aux éléments de comparaison déposés au dossier, l'année 2013 n'étant pas reprise.

En outre, si l'on peut effectivement reprocher à l'enquête pénale de ne pas être en mesure de déposer l'enquête de voisinage effectuée par l'inspecteur de la zone ... , il ressort des dires de l'inspecteur que l'habitation de Madame ... est occupée par ses deux enfants et que Madame ... ne viendrait que de façon sporadique, ce qui rejoint en réalité les propres déclarations de Madame ...

26.

Enfin, les témoignages des éventuels voisins ne permettront pas de déterminer la façon dont le couple réglait ses questions ménagères.
Par conséquent, la Cour estime que c'est à bon droit que le tribunal a estimé que la cohabitation était suffisamment établie.

27.

Les décisions doivent donc être confirmées en leur principe. Les montants indus ne sont pas contestés.

- *Quant aux sanctions*

28.

La décision de l'ONEm a imposé une sanction de 4 semaines, ce qui constitue le minimum eu égard à l'article 153 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991. L'ONEm a pris en considération le faible montant de l'indu.

La décision de l'INAMI justifie l'importance de la sanction par la gravité et la durée des infractions constatées, relevant le fait qu'à deux reprises (les 14.08.2014 et 15.08.2015) Madame ... a rentré une fausse déclaration. Cette sanction apparaît adéquate, notamment par comparaison à la situation de l'assuré social qui a repris une activité non autorisée⁶.

IV.4. Quant aux dépens

29.

Dans la mesure où toutes les décisions découlent du rapport de l'INAMI, ils seront mis à charge de cet organisme eu égard à l'article 1017, alinéa 2 du code judiciaire.

Par ces motifs,

La Cour,

Statuant par défaut de l'O.A., réputé contradictoire en vertu de l'article 747 du Code judiciaire et contradictoirement à l'égard des autres parties,

Dit l'appel recevable et non fondé.

Confirme le jugement en toutes ses dispositions.

...

6. En effet, le § 3 de cet article prévoit une proportion de la sanction en fonction du nombre de jours durant lesquels l'activité non autorisée a été exercée.

III. Cour du travail de Gand, section Bruges, 4 juin 2020

Législation linguistique - Loi concernant l'emploi des langues en matière judiciaire

Le principe de l'unité de la langue qui est fixé dans la loi concernant l'emploi des langues en matière judiciaire ne s'applique qu'aux actes de la procédure judiciaire.

Il n'existe aucune disposition légale imposant la traduction des pièces du dossier administratif qui ont été rédigées dans une autre langue. Il n'est pas non plus interdit au juge de prendre ces pièces en considération.

Le respect du droit de défense, qui implique pour le tribunal une prise de connaissance obligatoire de toutes les pièces du dossier, exige uniquement que les pièces qui ont été établies dans une autre langue soient traduites dans la mesure où cela est nécessaire pour la défense.

R.G. 2019/AR/132
... c./INAMI et O.A.

...

2. Ontvankelijkheid van het hoger beroep

Het aangevochten vonnis werd overeenkomstig artikel 792, 2^{de} lid gerechtelijk wetboek met een gerechtsbrief van 2 juli 2019 door de griffier van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Brugge, aan de partijen ter kennis gebracht.

Appellant tekende hoger beroep aan bij verzoekschrift dat op 12 september 2019 werd neergelegd op de griffie van het arbeidshof Gent, afdeling Brugge.

Het hoger beroep werd overeenkomstig de artikelen 1051, eerste lid gerechtelijk wetboek tijdig en regelmatig naar de vorm ingesteld, zodat het ontvankelijk is.

3. Standpunt van partijen

3.1. Standpunt van appellant

1.

Appellant stelt de feiten niet te betwisten.

Hij was sedert 15 april 2014 als arbeidsongeschikt erkend, maar bij een controle op 11 januari 2018 werd vastgesteld dat hij zijn zoon bijstond in zijn pizzazaak. Aangezien appellant overtuigd was dat hij met alles in orde was, heeft hij in alle eerlijkheid volledige verklaringen afgelegd.

Er is gebleken dat appellant geen voorafgaandelijke toestemming had bekomen van de adviserend geneesheer, maar na deze controle heeft hij deze onmiddellijk bekomen.

Het RIZIV legde een uitsluiting op van 320 dag-uitkeringen, waarvan 72 met uitstel, terwijl de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen een bedrag terugvorderde van 12.354,96 EUR.

2.

a.

De beslissing van 19 april 2018 van 2^{de} geïntimeerde is nietig wegens inbreuk op artikel 40 wet taalgebruik in gerechtszaken.

De bestreden beslissing is de akte die de procedure uitlokt en diende derhalve in het Nederlands te worden opgesteld.

b.

De opgelegde sanctie is bovendien disproportioneel ten opzichte van de feiten.

Appellant heeft minimale hulp geleverd in de zaak van zijn zoon waarvoor hij ook zonder probleem toelating heeft bekomen.

Er is geen sprake van sociale fraude, maar van administratieve onwetendheid of vergetelheid. Het ging om gratis hulp aan familie.

Het sociaal verzekeringsfonds waarbij appellant zich heeft aangesloten heeft bevestigd dat hij vrijgesteld is van bijdragen, reden waarom hij vermoedde met alles in regel te zijn.

De ziekte-uitkering is overigens zijn enige inkomen, waardoor hij over geen terugbetalingsmogelijkheden beschikt.

Artikel 168^{quinquies} ZIV-wet laat bij het beoordelen van de sanctie een ruime beoordelingsmarge, iets waarmee de eerste rechter ten onrechte geen rekening heeft gehouden.

3.

De terugvorderingsbeslissing dient te niet gedaan te worden, minstens te worden herleid tot 10 % van de ontvangen uitkeringen, dit omwille van dezelfde redenen van disproportionaliteit.

3.2. Standpunt van eerste geïntimeerde, het RIZIV

1.

Appellant was arbeidsongeschikt erkend vanaf 15 april 2014.

Bij een controle door de sociaal inspecteur werd vastgesteld dat appellant tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid zonder toelating van de adviserend geneesheer een activiteit had hervat.

Daarvan werd op 2 februari 2018 proces-verbaal opgesteld, waarop appellant zijn verweermiddelen heeft laten kennen.

Bij beslissing van 16 mei 2018 werd in toepassing van artikel 168^{quinquies} ZIV-wet een administratieve sanctie opgelegd waarbij appellant voor 320 dag-uitkeringen (waarvan 72 met uitstel) werd uitgesloten.

2.

In graad van beroep haalt appellant geen nieuwe argumenten aan.

Uit het onderzoek is gebleken dat appellant gedurende de periode 1 januari 2017 – 14 januari 2018 werkzaamheden heeft uitgevoerd zonder voorafgaand te beschikken over een toelating van de adviserend geneesheer, namelijk een onbezoldigd mandaat uitoefenen als zaakvoerder van een vennootschap.

Tijdens de controle op 11 januari werd hij werkend aangetroffen terwijl hij achter de toonbank stond en aan de kassa bezig was. Hij liep tevens de keuken in en uit. Hij verklaarde dat hij van tijd tot tijd zijn zoon helpt door zijn administratie te controleren, hem te adviseren en na te kijken of hij alles in orde doet.

Hij verklaarde evenzeer dat hij, voorafgaand aan het opstarten van zijn zaakvoerschapschap sinds 16 november 2016, te rade was geweest bij de adviserend geneesheer die zich mondeling ermee akkoord zou hebben verklaard dat appellant deze activiteiten zou verrichten.

Uit onderzoek is evenwel gebleken dat dit helemaal niet juist is, dat de adviserend geneesheer appellant het laatst had gezien op 8 maart 2016 en appellant hem nooit over dergelijke activiteiten had gesproken en hij dus ook geen toelating had verleend, ook niet mondeling.

Bij een tweede verhoor op 31 januari 2018 verklaarde appellant dat hij zijn zoon sedert 1 januari 2017 elke week een viertal dagen gaat helpen, dit telkens voor ongeveer één uur, dit door te helpen met de administratie en de kassa na te tellen.

De activiteit die appellant heeft uitgeoefend betreft weldegelijk een werkzaamheid die conform artikel 168*quinquies* sanctioneerbaar is. Er is daarbij geen bijzonder moreel element noodzakelijk, aangezien het om een louter materieel misdrijf gaat.

Dat het gaat om pure onwetendheid of administratieve vergetelheid, wordt niet bewezen.

Dat het om een gratis activiteit zou gaan, is niet relevant, aangezien het van geen tel is of al dan niet een vergoeding wordt bekomen.

De opgelegde sanctie is daarbij niet disproportioneel. Er werd rekening gehouden met artikel 168*quinquies* 3 en 3/1.

Dat hij financieel niet bij machte is tot terugbetaling, is daarbij evenmin relevant.

3.3. Standpunt van tweede geïntimeerde, de Landsbond van Neutrale Mutualiteiten

Tweede geïntimeerde sluit zich volledig aan bij de door eerste geïntimeerde ontwikkelde argumenten.

Zij voegt daar nog aan toe dat alle briefwisseling in het Nederlands aan appellant werd meegedeeld en enkel een Franstalige versie werd toegevoegd om misverstanden te vermijden.

Ook de bestreden beslissing werd aan appellant betekend in het Nederlands.

4. Beoordeling

1.

De feiten die hebben geleid tot de bestreden beslissingen, staan als zodanig vast en worden door appellant ook niet betwist.

Deze feiten zijn – samengevat – dat appellant:

- sedert 15 april 2014 was erkend als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 ZIV-wet van 14 juli 1994
- tijdens een controle op 11 januari 2018 werd aangetroffen achter de toonbank (en in de keuken) van de pizzazaak van zijn zoon
- stelde dat hij sedert 1 januari 2017 gedurende 4 dagen per week zijn zoon helpt in de zaak, dit met zijn administratie en bij het tellen van de kassa. Hij was voordien ook onbezoldigd zaakvoerder, dit sedert het oprichten van de zaak op 16 november 2016 daar zijn andere zoon niet zelf over het noodzakelijke vestigingsattest beschikte

Appellant stelt (enkel) dat de bestreden beslissing van het RIZIV disproportioneel is en tevens dat de terugvorderingsbeslissing van de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen nietig is wegens inbreuk op de taalwetgeving, minstens dat de terugvordering dient te worden beperkt tot maximaal 10 % van de ontvangsten uitkeringen.

4.1. De beslissing van het RIZIV

1.

Appellant ontkent niet dat hij een inbreuk heeft gepleegd op de bepalingen van artikel 100 § 1 van de Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna: ZIV-wet).

Artikel 100 § 1 voornoemd bevat volgende bepalingen:

§ 1. Wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in deze gecoördineerde wet, de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen doen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Uit die wetsbepaling blijkt voorts dat onder meer vrijwilligerswerk, verenigingswerk en het werk van mantelzorger - mits naleving van bepaalde voorwaarden – niet als “werkzaamheid” in de zin van de bepalingen van de gecoördineerde wet kan worden beschouwd.

§ 2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend, de werknemer die een toegelaten arbeid hervat op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt. De Koning bepaalt binnen welke termijn en onder welke voorwaarden de toelating tot werkhervatting als bedoeld in het eerste lid wordt verleend.

(...)

Bij Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de ZIV-wet werden in artikel 230 § 2 volgende modaliteiten voorzien inzake het verlenen van de toelating tot werkhervatting:

§ 2. Om de toelating te bekomen tot de uitoefening van een beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid, moet de gerechtigde elke hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk aan die hervatting voorafgaat bij zijn verzekeringsinstelling aangeven en binnen dezelfde termijn bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling een aanvraag tot toelating indienen om die activiteit tijdens de ongeschiktheid uit te oefenen. De aangifte van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid, evenals de aanvraag tot toelating aan de adviserend arts worden door de gerechtigde via éénzelfde door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen goedgekeurd formulier bij zijn verzekeringsinstelling ingediend.

De adviserend arts van de verzekeringsinstelling moet zijn beslissing nemen uiterlijk de dertigste werkdag te rekenen vanaf de eerste dag van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid. Hij kan de toelating verlenen om tijdens de ongeschiktheid een beroepsactiviteit uit te oefenen voor zover die verenigbaar is met de betrokken aandoening.

Het formulier met de toelating wordt uiterlijk binnen zeven kalenderdagen vanaf de beslissing aan de gerechtigde als kennisgeving over de post toegestuurd. Als de adviserend arts met het oog op het nemen van zijn beslissing een geneeskundig onderzoek heeft uitgevoerd, kan het formulier met de toelating na afloop van het geneeskundig onderzoek aan de gerechtigde worden overhandigd.

Die toelating waarin de aard, het volume en de voorwaarden tot uitoefening van die activiteit nader zijn opgegeven, wordt in het geneeskundig en administratief dossier van de betrokkene bij de verzekeringsinstelling geborgen. De verzekeringsinstelling draagt de gegevens met betrekking tot die toelating via een elektronisch bericht naar het RIZIV over.

2.

Appellant stelt dat hij de adviserend geneesheer vóór aanvang van de werkzaamheden zou ingelicht hebben en van hem mondelinge toelating zou hebben bekomen om deze werkzaamheden uit te voeren.

Dit bewijst (alleen maar) dat appellant ervan op de hoogte was dat hij de adviserend geneesheer effectief diende te consulteren.

De adviserend geneesheer ontkent evenwel in alle toonaarden dat appellant met hem contact zou hebben opgenomen. Het laatste contact zou dateren van 8 maart 2016, zijnde ruim 9 maanden vóór de aanvang van de activiteiten op 1 januari 2017 én de adviserend geneesheer is bovendien héél formeel dat appellant hem nooit heeft gesproken over het voornemen deze activiteit uit te oefenen.

3.

Artikel 230 § 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 beschrijft in duidelijke bewoordingen op welke manier diegene die het werk wil hervatten tewerk moet gaan, hoe en wanneer een aanvraag moet ingediend worden, op welke manier toelating kan worden verleend en hoe zowel de betrokkene als de verzekeringsinstelling en het RIZIV daarvan in kennis moeten worden gesteld.

Niets van dat alles is voorhanden in het voorliggende dossier.

Appellant blijft in gebreke aan te tonen dat hij zijn mutualiteit correct heeft geïnformeerd over de werkhervatting, laat staan dat zou aantonen dat de adviserend geneesheer hem toelating zou hebben verleend te werken tijdens zijn arbeidsongeschiktheid. Die toelating moet vooraf worden bekomen, onder meer om een controle op het naleven van de voorwaarden door verzekeringsinstelling mogelijk te maken (Arbh. Antwerpen 08.09.2009, A.R. nr. 2008-0226, Justel nr. N-20090908-4).

Appellant kan ook geen argument putten uit het feit dat hij naderhand wél toelating heeft bekomen om tijdens zijn arbeidsongeschiktheid de desbetreffende activiteit uit te voeren.

Er is geen reden om op basis van die toelating met terugwerkende kracht een persoon te regulariseren die meer dan één jaar wederrechtelijk genoten heeft van welbepaalde uitkeringen.

Dat de adviserend geneesheer wél toelating heeft verleend van zodra deze op correcte wijze werd aangevraagd, getuigt integendeel van een integere benadering van het dossier door tweede geïntimeerde.

De uitgevoerde activiteit betreft een normale werkhervatting waardoor appellant niet meer voldeed aan de voorwaarden van artikel 100 § 2 ZIV-wet en bijgevolg niet kan genieten van de voordelen voorzien bij de artikelen 101 en 102 ZIV-wet.

4.

Appellant vindt de opgelegde sanctie disproportioneel.

Artikel 168^{quinquies} §§ 2 en 3 van de ZIV-wet bevat volgende relevante bepalingen:

§ 2. Wordt uitgesloten van het recht op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid (...), voor ten minste 3 en ten hoogste 400 dag-uitkeringen:

1° (...)

2° (...)

3° de sociaal verzekerde die tijdens een uitkeringsgerechtigde periode:

a) ofwel een activiteit heeft hervat zonder de in artikel 100, § 2, bedoelde toelating of zonder de voorwaarden van de toelating te respecteren;

b) ofwel de verzekeringsinstelling niet op de hoogte gebracht heeft van de hervatting van een activiteit;

c) (...)

§ 3. De duur van de uitsluiting voorzien bij § 2 wordt vastgesteld in functie van de duur van de inbreuk:

1° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 3 dagen en ten hoogste 49 dagen,

de verzekerde die gedurende ten minste 1 dag en ten hoogste 30 dagen een inbreuk heeft begaan;

2° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 50 dagen en ten hoogste 120 dagen,

de verzekerde die gedurende ten minste 31 dagen en ten hoogste 100 dagen een inbreuk heeft begaan;

3° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 150 dagen en ten hoogste 400 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 101 dagen een inbreuk heeft begaan.

Indien er verzachtende omstandigheden aanwezig zijn, kan de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar een beslissing tot uitsluiting van de uitkeringen nemen voor een kortere duur dan deze ingevolge de toepassing van de in dit artikel vastgelegde regels.

§ 3/1. Wanneer bij het uitspreken van een administratieve geldboete of uitsluiting is vastgesteld dat de sociaal verzekerde generlei administratieve geldboete of uitsluiting is opgelegd in het voorgaande jaar kan de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar bovendien geheel of gedeeltelijk de geldboete of uitsluiting met uitstel opleggen gedurende een termijn van twee jaar vanaf de datum van de uitspraak.

Zoals reeds aangehaald staat het niet ter discussie dat appellant over een periode van méér dan één jaar prestaties heeft geleverd in de pizzazaak die op naam staat van zijn kinderen.

Hij was medeoprichter en zaakvoerder van de vennootschap vanaf de opstart ervan, medeaandeelhouder én hij werkte daarin ook mee (dus als meewerkend vennoot), zoals blijkt uit de vaststellingen van de sociaal inspecteur.

Of die medewerking zich ook effectief beperkte tot één uurtje per dag, valt *post factum* niet meer te achterhalen. Door geen voorafgaandelijke aangifte te doen en/of toelating te vragen, heeft appellant *de facto* elke controlemogelijkheid volstrekt onmogelijk gemaakt.

Of het ook beperkt was tot wat administratie doen en de kassa te tellen omdat zijn zoon daarmee geen ervaring had, valt bovendien sterk te betwijfelen.

Zo werd vastgesteld dat appellant ook in en uit de keuken liep (wat niets te maken heeft met administratie en/of de kassa tellen) en kan de vraag worden gesteld of die zoon zich na verschillende maanden nog steeds niet administratief zou kunnen behelpen en hij bovendien niet zelf in staat zou geweest zijn om de kassa na te tellen.

Uit aanvullende inlichtingen, verstrekt door appellant op vraag van het arbeidshof, is bovendien ook gebleken dat appellant zich deels inliet met de bestellingen. Dat dit enkel in het begin het geval zou geweest zijn, valt allerminst te controleren.

Er mag dus redelijkerwijze worden aangenomen dat appellant zijn inbreng in de pizzazaak sterk minimaliseert, hetgeen niet erg geloofwaardig overkomt.

Het komt het arbeidshof eerder voor dat appellant de spilfiguur en enige constante was binnen de zaak. Wanneer de ene zoon vertrekt, komt de andere er in, hoewel geen van beiden blijkbaar ook maar enige ervaring heeft met het runnen van een restaurant en/of het besturen van een vennootschap. Het is appellant die als enige aan boord blijft. Het is appellant die de administratie doet, het is appellant die de kassa telt (wat er toch wel op wijst dat hij daar als “baas” de touwtjes in handen heeft), het is appellant die de bestellingen doet en het is appellant die ook nog eens toezicht houdt op de keuken.

Het arbeidshof is dan ook van oordeel dat de door appellant uitgevoerde activiteiten, hoe beperkt of hoe uitgebreid deze ook mogen zijn, in elk geval moeten worden beschouwd als “niet toegelaten werkzaamheden”.

Het gaat ontegensprekelijk om activiteiten waaruit zonder ook maar de minste twijfel een economisch voordeel kan worden gehaald, ofwel voor appellant zelf, ofwel voor een derde, in dit geval de vennootschap (waarvan appellant dus medeaandeelhouder is) en/of de zoon(s).

De door eerste geïntimeerde opgelegde uitsluiting van 320 dag-uitkeringen, waarvan 72 met uitstel in toepassing van artikel 168^{quinquies} § 3/1 ZIV-wet, valt binnen de “vork” van 150 à 400 dagen die wordt opgelegd door artikel 168^{quinquies} § 3, 3° ZIV-wet. Wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat de uitsluiting reeds met een gedeeltelijk uitstel werd opgelegd, resulteert dit in een “gemiddelde” effectieve sanctie van 230 dagen, hetgeen het arbeidshof ernstig en aanvaardbaar voorkomt in het licht van de gedane vaststellingen.

Naar het oordeel van het arbeidshof zijn er geen verdere verzachtende omstandigheden die een uitsluiting voor een kortere duur zouden kunnen rechtvaardigen, temeer daar de feiten zich hebben voorgedaan over een periode van méér dan één jaar.

Zoals hierboven reeds aangehaald is overigens uit de verklaring van appellant duidelijk gebleken dat hij wist dat hij de voorafgaandelijke toelating diende te vragen aan de adviserend geneesheer, maar dat hij dit om de één of andere reden meende niet te moeten doen.

Er is dan ook zeker geen sprake van onachtzaamheid of vergetelheid. De inschrijving als zelfstandige in bijberoep bij Zenito had overigens bij appellant sowieso al een belletje moeten doen rinkelen, los van het feit of hij daarvoor al dan niet bijdrageplichtig was.

De door eerste geïntimeerde opgelegde uitsluiting van 320 dag-uitkeringen (waarvan 72 met uitstel) kan, samen met de eerste rechter, dan ook volkomen worden bijgetreden.

4.2. De beslissing van de Landsbond van Neutrale Mutualiteiten

4.2.1. INBREUK OP DE TAALWETGEVING IN GERECHTSZAKEN

Volgens appellant is de beslissing van tweede geïntimeerde strijdig met de taalwetgeving inzake gerechtszaken en dient deze derhalve te worden vernietigd.

In eerste instantie dient te worden vastgesteld dat de aangetekende brief van 19 april 2018 de letterlijke vertaling is van de Nederlandstalige aangetekende brief van 12 april 2018. Alle briefwisseling met appellant werd door de Landsbond van Neutrale Mutualiteiten zowel in het Frans (alle aanvragen van appellant zelf werden in het Frans opgesteld) als in het Nederlands gevoerd.

De bestreden beslissing van tweede geïntimeerde is overigens niet onderworpen aan de taalwetgeving in gerechtszaken.

Het beginsel van de eenheid van taal dat vastgelegd is in de Taalwet Gerechtszaken, geldt enkel voor de akten van de gerechtelijke procedure; geen andere wettelijke bepaling schrijft voor dat de stukken van het administratief dossier die in een andere taal zijn opgesteld, moeten worden vertaald en verbieden de rechter evenmin om die stukken in aanmerking te nemen: de eerbiediging van het recht van verdediging dat de rechtbank overigens verplicht kennis te nemen van alle stukken van het dossier, vereist enkel dat de stukken die in een andere taal gesteld zijn worden vertaald, voor zover dat voor het verweer noodzakelijk zou zijn (Cass. 18.08.2017, Arr. Cass. 2017, 1572).

Terecht heeft de eerste rechter voorts verwezen naar artikel 41 van de gecoördineerde wet van 18 juli 1966 op het taalgebruik in bestuurszaken, temeer daar appellant in zijn betrekkingen met onder andere tweede geïntimeerde voortdurend het Frans heeft gebruikt (Cass. 29.09.1998, A.R. nr. P 98.1189.F, www.cass.be).

De beslissing van tweede geïntimeerde is dan ook niet in strijd met de taalwetgeving in gerechtszaken, noch in bestuurszaken.

4.2.2. De terugvorderingsbeslissing

1.

Door tweede geïntimeerde werd overgegaan tot terugvordering van een bedrag van 12.345,96 EUR aan onterecht genoten uitkeringen, hetgeen appellant andermaal disproportioneel voorkomt.

Artikel 101, § 2 ZIV-wet bepaalt dat de gerechtigde de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen moet terugbetalen die hij ontvangen heeft voor de dagen of voor de periode tijdens dewelke hij niet toegelaten arbeid heeft verricht.

Appellant erkent dat hij (quasi) elke dag heeft meegewerkt. Uit de overwegingen hierboven blijkt reeds dat het arbeidshof die inbreng van appellant als cruciaal beschouwt. Zonder appellant, geen vennootschap en geen pizzazaak.

De wetgever heeft zich er om bekommerd de gezondheid van de werknemer te beschermen en te vermijden dat hij het risico neemt zijn gezondheidstoestand te verergeren, hetgeen verantwoordt dat de werkhervatting wordt gekoppeld aan de voorwaarde tot het verkrijgen van de voorafgaande toelating door de adviserend geneesheer. Artikel 101 ZIV-wet, in zoverre het betrekking heeft op als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die arbeid heeft verricht zonder de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer, maakt geen enkel onderscheid naargelang de werknemer het werk volledig dan wel deeltijds hervat (GwH 19.02.2015, Arrest nr. 21/2015, Rolnr. 5816).

Als een prestatie ten onrechte wordt verleend ingevolge het zelfs niet bedrieglijk verzuim om de verzekeringsinstelling in te lichten over de ingestelde procedure, is de betaling door de verzekeringsinstelling onverschuldigd en heeft zij onmiddellijk recht op de terugbetaling ervan (Arbh. Luik 13.02.2017, J.T.T. 2017, 429; Arbh. Bergen 22.05.2014, J.T.T. 2015,91).

Om ziekte-uitkeringen te genieten mag de betrokkene geen enkele activiteit uitoefenen die gericht is op de productie van diensten of goederen en waarbij een economisch voordeel voor zichzelf of voor iemand anders, rechtstreeks of onrechtstreeks, kan worden gehaald (Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt 28.11.1997, Limb. Rechtsl. 1998, 119).

Zo de gestrengheid van de vereiste dat iedere bedrijvigheid wordt gestaakt, wordt gematigd door de mogelijkheid die aan de rechthebbende op uitkeringen wordt gelaten om voorafgaandelijk de toelating van de adviserende arts te bekomen om een arbeid te hervatten, volstaat de ontstentenis van de aanvraag om die toelating te bekomen om de ontvangen uitkeringen niet-verschuldigd te maken, zelfs al vertoonde die arbeid slechts een occasioneel of zelfs uitzonderlijk karakter (Arbrb. Bergen 28.02.1990, J.T.T. 1990, 476).

2.

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen kan evenwel geheel of gedeeltelijk afzien van de terugvordering van de uitkeringen in behartigenswaardige gevallen en bij afwezigheid van een bedrieglijk opzet.

Deze beslissing houdt rekening met de evenredigheid die in acht genomen moet worden tussen de omvang van de terugvordering enerzijds, en de aard of de ernst van de tekortkoming van de gerechtigde aan zijn verplichtingen anderzijds. In dit kader houdt het Comité met name rekening met de volgende elementen:

1° de sociale en financiële situatie van de gerechtigde, evenals elk ander persoonlijk pertinent gegeven;

2° de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteiten aan de sociale zekerheid;

3° de omvang van de voormelde activiteiten, evenals de belangrijkheid van de betrokken inkomsten.

Het begrip “behartigenswaardig” werd door de Koning niet nader omschreven opdat de verzekeringsinstelling de sanctie eventueel zou kunnen opheffen, niet alleen wanneer vaststaat dat geen enkele tekortkoming aan de betrokkene kan worden verweten (overmacht, onoverkomelijke dwaling), maar ook wanneer het van mening is dat de sociaal verzekerde zich in een zodanige toestand bevond dat hem niet kwalijk mag worden genomen dat hij onder meer de termijn voor de aangifte van een arbeidsongeschiktheid niet naleefde. Er moet derhalve geen beperking zijn tot toetsing aan alleen maar objectieve normen, maar er moet ook worden geoordeeld of de sociaal verzekerde zich heeft gedragen als “een goed huisvader” (Arbrb. Brussel 15.12.1988, Soc. Kron. 1989, 235).

3.

Er moet toch vastgesteld worden dat *in casu* appellant allerm minst een dergelijke “behartigenswaardige toestand” bewijst en zich al zeker niet als een goed huisvader heeft gedragen.

Zo waren er geen problemen van die aard dat appellant geen voorafgaande aanvraag kon indienen bij de adviserend geneesheer. Dit wordt ook niet beweerd en in elk geval niet bewezen. Appellant beweert zelfs dat hij toelating zou hebben gevraagd én bekomen!

Het feit bovendien enkel over een ziekte-uitkering te beschikken en “in geen honderd jaar tot terugbetaling te kunnen overgaan”, maakt – in zoverre dit al bewezen zou zijn – hier alleszins geen beoordelingsgrond uit en zou een discriminatie inhouden tussen solvabele en minder solvabele personen en hun concrete terugbetalingsmogelijkheden.

Dat appellant tenslotte door het niet indienen van een voorafgaande aanvraag gedurende méér dan één jaar een niet controleerbare activiteit heeft uitgevoerd, valt alleszins niet te rijmen met een behartigenswaardige situatie.

Met de eerste rechter is het arbeidshof dan ook van oordeel dat er geen redenen zijn om de terugvordering te vernietigen, noch om deze te beperken.

Het hoger beroep is dan ook ongegrond.

OM DEZE REDENEN

HET ARBEIDSHOF GENT, AFDELING BRUGGE, Kamer 6A,

Recht sprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging.

Het arbeidshof stelt vast dat de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken en in het bijzonder artikel 24 van deze wet, werd gerespecteerd.

...

IV. Tribunal du travail de Gand, section Gand, 27 février 2020

S'en remettre à la sagesse du tribunal

Le fait qu'une partie "s'en remette à la sagesse du tribunal" n'implique pas un acquiescement. La partie conteste néanmoins la requête. Plus précisément, le fait de "s'en remettre à la sagesse du tribunal" implique que la partie ne conteste pas explicitement ni précisément les faits constatés, mais ne les confirme pas non plus.

Il appartient donc au juge d'évaluer si les faits invoqués sont dûment prouvés. L'impact sur l'administration de la preuve est donc le même que lorsqu'une partie conteste la requête et que le bien-fondé de l'exigence doit être examiné.

R.G. 18/817/A
... c./INAMI et O.A.

...

2. Beoordeling

2.1.

In zijn definitief medisch verslag komt de deskundige tot het besluit dat ... op 16 juli 2018 niet voldeed aan de voorwaarden van het artikel 100 van de Ziektewet, aangezien er sprake was van een voorafbestaande toestand. Hij motiveerde dat besluit als volgt:

"Eisende partij werd opgenomen voor psychiatrische behandeling bijna onmiddellijk in aansluiting op het beëindigen van haar studies in 2016. In feite geeft ze zelf aan dat ze jaren voordien, tijdens haar jeugd en studies, psychische problemen ervaarde, maar deze heeft kunnen min of meer onder controle houden tot na het behalen van haar eindtermen. Nadien volgden diverse langdurige psychiatrische opnamen tot eind 2018 en verder ambulante psychische opvolgingen tot op heden. Op het ogenblik van het aanvragen van haar eerste arbeidsongeschiktheid om medische redenen op 16 juli 2017 had eisende partij nog nooit gedurende een duidelijke periode van enkele maanden het bewijs geleverd van over een normaal verdienvermogen te kunnen beschikken. De aangegeven stageperiodes (enkele maanden per jaar van partiële onbezoldigde diensturen in de periode 2012-2016 en in het kader van een leerperiode), de enkele genoteerde onvolledige werkdagen in 2017, een zaterdagse begeleiding van een gehandicapte als persoonlijke assistente kunnen moeilijk gelden als het bewijs van een "normale tewerkstelling". Bovendien is het evident en duidelijk dat eisende partij reeds lang (jaren) voor het aangeven van haar eerste periode van arbeidsongeschiktheid psychische problemen en disfuncties had zodat het op dat ogenblik niet gaat over een "nieuwe ziekte-toestand" of "verergering van ziekte-toestand", maar eerder het duidelijk worden van een reeds bestaande problematiek (van in de jeugdjaren). Psychiatrische verslagen spreken van een ontwikkelingsproblematiek, verstikkend opvoedingsmilieu, separatieproblemen, emotionele regulatiemoeilijkheden, zich nadien uitend in persoonlijkheidsproblemen met borderline kenmerken, gemoedsschommelingen en angsten, eetproblemen, ... Het betreft bij eisende partij hier duidelijk een zuiver "voorafbestaande toestand"."

2.2.

... gedroeg zich op de openbare terechtzitting van 23 januari 2020 naar de wijsheid van de rechtbank. Het RIZIV vroeg de bevestiging van het besluit van de arts-deskundige.

Het zich gedragen naar de wijsheid, maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt, betwist dus niettemin de vordering (Cass. 07.01.1983, Arr. Cass. 1982-1983, 587). Deze formule, zonder enig voorbehoud gehanteerd, houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet noch met precisie betwist, maar ook niet beaamt, en dat men de rechter vrijlaat te oordelen of de aangevoerde feiten naar behoren bewezen zijn. De invloed op de bewijsvoering is dus dezelfde als wanneer een partij de vordering betwist en de gegrondheid van de eis moet worden onderzocht (zie S. STIJNS, "Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding, Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering", RW 1989-1990, 1014).

De deskundige heeft zijn opdracht op een weloverwogen wijze uitgevoerd. Het voor- en eindverslag van de deskundige werden oordeelkundig en gemotiveerd opgesteld. Uit het deskundig verslag blijkt dat het gebaseerd is op een gedegen medisch onderzoek, op objectieve medische vaststellingen en op een grondige studie van het dossier.

De rechtbank neemt voornoemd advies over. Dit impliceert dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet.

De vordering van ... komt, in navolging van de bevindingen van de gerechtsdeskundige ongegrond voor.

3. Beslissing

Gelet op voorgaande overwegingen beslist de rechtbank als volgt:

Rechtsdoende **op tegenspraak**,

Na beraadslaging,

Alle andere en tegenstrijdige conclusies verwerpend,

Verklaart de vordering van ... **ongegrond**,

Bevestigt de bestreden beslissing van 29 mei 2018 van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV en zegt voor recht dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet,

...

V. Tribunal du travail de Gand, section Termonde, 20 août 2020

S'en remettre à la sagesse du tribunal

Le fait de s'en remettre à la sagesse du tribunal ne constitue pas un acquiescement. La partie qui s'en remet à la sagesse du juge conteste donc toutefois la requête. Le fait de "s'en remettre à la sagesse du tribunal" implique que la partie ne conteste pas explicitement ni précisément les faits invoqués. Elle demande au juge de déterminer les conséquences en matière de droit des faits juridiques présentés. Le bien-fondé de la requête doit néanmoins être examiné. Lorsqu'une partie se comporte selon la sagesse du juge, seule l'obligation de prouver les faits invoqués disparaît.

R.G. 17/93/A
... c./INAMI et O.A.

...

3. Voorgaanden

Mevrouw ... genoot een opleiding kleding en werkte als arbeidster in een lingeriefabriek en in een spinnerij. Sinds 2009 is zij werkzaam als arbeidster bij TI Group Automotive Systems (lijnarbeid).

Zij werd ingevolge rugklachten (lumbalgie en dorsalgie) vanaf 10 mei 2016 arbeidsongeschikt erkend in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet.

De GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT, achtte haar, na een onderzoek van het dossier 2 december 2016, bij beslissing die haar op 13 december 2016 (aangetekend) werd ter kennis gebracht, vanaf 16 december 2016 niet langer arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 § 1 van de Gecoördineerde ziekwet.

Mevrouw ... deed op 16 december 2016 opnieuw een aangifte van arbeidsongeschiktheid. Die aangifte werd door de adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER bij beslissing van diezelfde datum geweigerd bij gebreke aan nieuwe medische gegevens.

Met een verzoekschrift dat op 17 januari 2017 ter griffie van de arbeidsrechtbank GENT, afdeling DENDERMONDE werd neergelegd, heeft mevrouw ... tegen voormelde beslissingen beroep aangetekend.

Bij tussenvonnis *de dato* 10 mei 2017 werd de vordering van mevrouw ... ontvankelijk verklaard en werd dr. ... als geneesheer-deskundige aangesteld met als opdracht de rechtbank te adviseren of zij vanaf 16 december 2016 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en is blijven bezitten die wordt bepaald bij artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde Ziekwet.

Bij beschikking *ex* artikel 972, § 1, derde lid van het Gerechtelijk Wetboek *de dato* 6 juli 2017 werd dr. ... van zijn opdracht ontlast, en werd dr. ... als geneesheer-deskundige aangesteld, met dezelfde opdracht als deze vervat in het tussenvonnis *de dato* 10 mei 2017.

Bij tussenvonnis *de dato* 9 januari 2019 werd aanvullend dr. ... als geneesheer-deskundige aangesteld met als opdracht de rechtbank te adviseren over de vraag of het vermogen tot verdienen van mevrouw ... als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, vanaf 16 december 2016 verminderd is tot één derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door haar werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort door de betrokkene verricht toen zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding.

Dokter ... heeft zijn definitief deskundig verslag op 15 november 2019 ter griffie van de arbeidsrechtbank GENT afdeling DENDERMONDE neergelegd.

4. Beoordeling

4.1.

De gerechtsdeskundige, dr. ... komt in zijn deskundig verslag tot de volgende besluiten:

“Samenvattend kan ik besluiten dat de dame vanaf 16 december 2016 effectief over een vermogen tot verdienen beschikt dat verminderd was tot een derde van de referentiepersoon. Er volgde een heel geslaagd chirurgisch ingrijpen op 20 november 2017 (collega ...). Een revalidatieperiode van zes maand lijkt mij een redelijke termijn. De herhaalde beeldvorming (onder de vorm van een ct-scan) is geruststellend. De dame is vanaf 1 juni 2018 niet meer ongeschikt volgens de ziekwetet.”

4.2.

De heer ..., Directeur-generaal van het RIZIV, meldde bij schrijven *de dato* 6 september 2019, geen opmerkingen te hebben op het voorverslag. Dokter ..., adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER, liet bij e-mailbericht van 9 september 2019 weten evenmin opmerkingen te formuleren.

Mevrouw ... stelt zich naar de wijsheid van de rechtbank te gedragen.

Het zich gedragen naar de wijsheid maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt betwist dus niettemin de vordering (vgl. Cassatie, 07.01.1983, Arr. Cass., 1982-1983, 587).

Het zich naar de wijsheid van de rechter gedragen houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet, noch met precisie betwist maar houdt een verzoek in aan de rechter om van die rechtsfeiten de gevolgen naar recht te bepalen en de gegrondheid van de vordering moet niettemin worden onderzocht (zie STIJNS S., Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding, Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering., R.W., 1989-1990, 1003-1020, 1014).

Wanneer een partij zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt valt enkel de verplichting om de aangevoerde feiten te bewijzen weg (vgl. JEAN LAENENS, Karen BROECKX, Dirk SCHEERS, Handboek gerechtelijk recht, Intersentia, Antwerpen-Oxford, 2004, nr. 1094).

4.3.

De deskundige heeft alle letsels en functionele stoornissen die hij bij mevrouw ... objectief heeft kunnen vaststellen beschreven. Hij steunt inzonderheid op de persoonlijke anamnese, de klachtenbeschrijving, zijn eigen klinisch onderzoek en de ter beschikking gestelde medische gegevens (inzonderheid het geslaagd chirurgisch ingrijpen van 20.11.2017 en de CT-scan van 18.01.2019 die volgens de deskundige geruststellend is) en hij is van oordeel dat mevrouw ... vanaf 1 mei 2018 niet langer letsels of functionele stoornissen vertoont die een graad van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde ziekwet verantwoordt.

4.4.

De deskundige heeft zijn opdracht op een weloverwogen wijze uitgevoerd. Het voor- en eindverslag van de deskundige werden oordeelkundig en gemotiveerd opgesteld. Uit het deskundig verslag blijkt dat het gebaseerd is op een gedegen medisch onderzoek, op objectieve medische vaststellingen en een grondige studie van het dossier.

Er worden door mevrouw ... geen gegevens meegedeeld die de deskundige onbekend waren en waarmee hij bij zijn besluitvorming geen rekening zou hebben gehouden. Er worden door mevrouw ... evenmin concrete argumenten aangevoerd om de bevindingen van de deskundige te weerleggen of in twijfel te trekken.

4.5.

De vordering van mevrouw ... strekkende tot vernietiging van de beslissing van de GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT *de dato* 13 december 2016 en van de beslissing van de adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER *de dato* 16 december 2016 komt, in navolging van de bevindingen van de deskundige, in de hierna bepaalde mate gegrond voor.

4.6.

Mevrouw ... vordert naast de vernietiging van de bestreden beslissing, tevens de mutualiteit te horen veroordelen in betaling van de wettelijke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid, meer de wettelijke intresten vanaf de datum van opeisbaarheid.

Artikel 20 van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de Sociaal Verzekerde bepaalt dat de prestaties voor de sociaal verzekerden van rechtswege interest opbrengen vanaf hun opeisbaarheid, en ten vroegste vanaf de datum voortvloeiend uit artikel 12.

Overeenkomstig de rechtspraak van het Hof van Cassatie kan, indien de datum waarop de prestaties opeisbaar worden een andere is dan die welke voortvloeit uit de toepassing van artikel 12 van de Wet van 11 april 1995, de toepassing van artikel 20, lid 1 van die wet, in zoverre het bepaalt dat de uitkeringen van rechtswege rente opleveren vanaf hun opeisbaarheid, niet ter zijde geschoven worden ten voordele van de toepassing van artikel 1153, lid 3 van het Burgerlijk Wetboek. (Cass., 10.02.2003, J.T.T., 2003, p. 172-174).

Ook het Arbitragehof, thans Grondwettelijk Hof, oordeelde in haar arrest van 8 mei 2002 dat artikel 20 van de Wet van 11 april 1995, geen schending inhoudt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wanneer het in die zin wordt geïnterpreteerd dat het van toepassing is op de sociaal verzekerde rechthebbenden wiens prestaties worden uitbetaald ter uitvoering van een uitvoerbare rechterlijke beslissing waarbij de administratieve beslissing tot weigering van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid teniet wordt gedaan. (Arrest Arbitragehof, nr. 78/2002 van 08.05.2002, B.S., 10.08.2002, p. 34750-34752; J.T.T., 2002, 501; N.J.W., 2002, 168-169 met noot).

Anderzijds moet worden vastgesteld dat:

- de werknemer die bij toepassing van de wetgeving op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering als geschikt wordt beschouwd, en die deze beslissing voor de bevoegde rechtsmacht betwist, krachtens artikel 62, § 2 van het Koninklijk besluit van 25 november 1991 voorlopige werkloosheidsuitkeringen kan genieten.
- dat hij, indien hij daarbij in het gelijk wordt gesteld, van het genot der werkloosheidsuitkeringen wordt uitgesloten vanaf de dag waarop hij opnieuw tot ziekte-uitkeringen wordt toegelaten,
- dat in dat geval de verzekeringsinstelling aan de RIJKSDIENST VOOR ARBEIDSVOORZIE- NING het bedrag van de intussen aan de werknemer uitbetaalde werkloosheidsuitkeringen terugbetaalt, tot beloop van het totaal van de achterstallige uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering waarop de betrokkene recht heeft.

Daaruit volgt dat de werknemer van de verzekeringsinstelling, alleen het verschil kan terugvorderen tussen het totaal van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, en het aan de RIJKSDIENST VOOR ARBEIDSVOORZIENING terugbetaalde bedrag. (zie Cass., 26.10.1992, R.W., 1992-1993, 1163).

Mevrouw ... is derhalve, voor zover zij tevens voldoet aan alle andere in het artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet gestelde voorwaarden, enkel gerechtigd op het verschil tussen de door haar te ontvangen ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, en het desgevallend aan de RIJKSDIENST VOOR ARBEIDSVOORZIENING terug te betalen bedrag, méér de moratoire rente aan de wettelijke intrestvoet op voormelde bedragen vanaf de opeisbaarheid, op de respectievelijke data waarop zij uitbetaald hadden moeten worden.

5. Beslissing

De arbeidsrechtbank GENT, afdeling DENDERMONDE, kamer D4,

Na beraadslaging,

Rechtsprekend op tegenspraak,

Alle andere en tegenstrijdige conclusies verwerpend,

De rechtbank verklaart de vordering van mevrouw ... in de volgende mate GEGROND.

De rechtbank vernietigt:

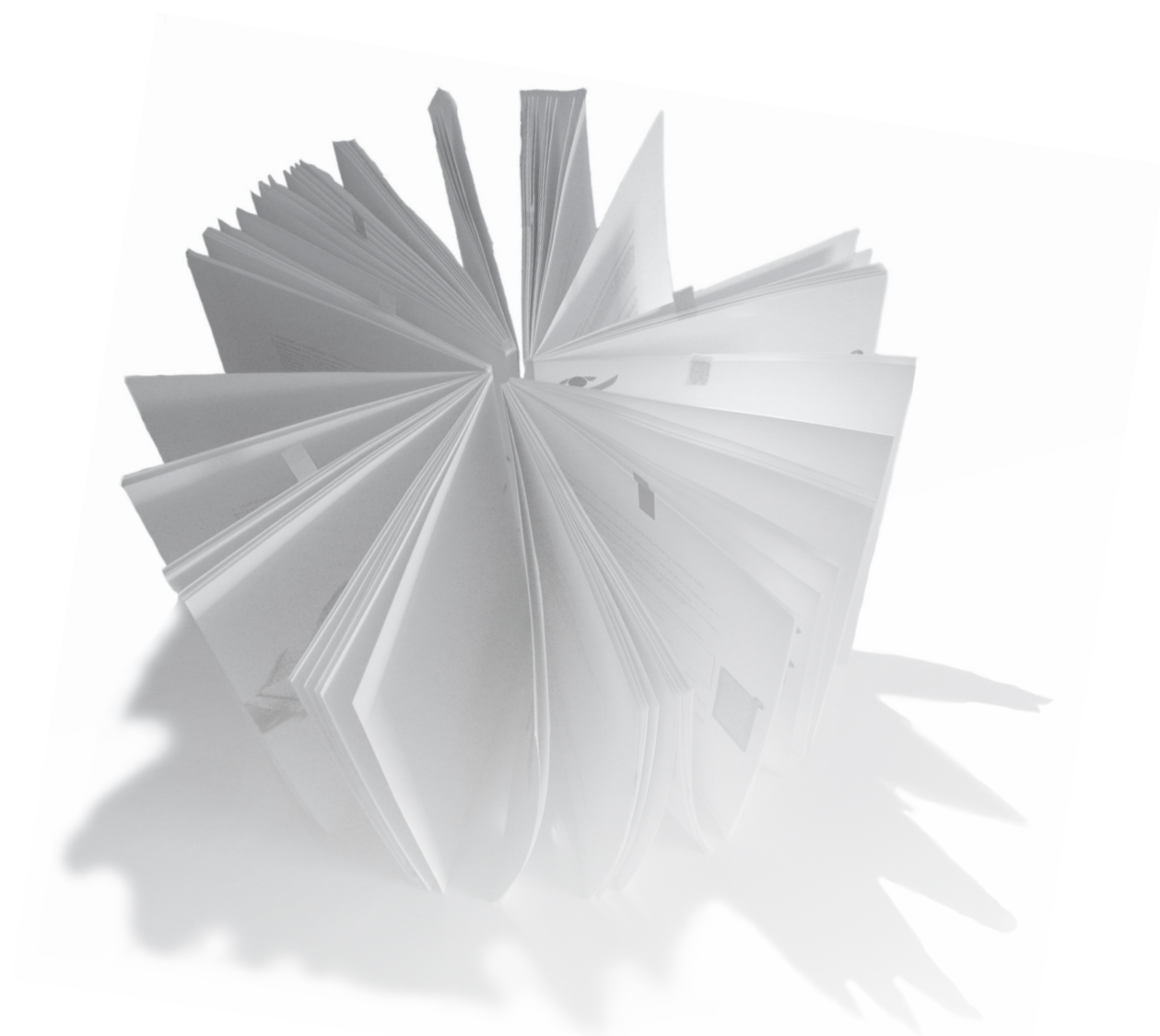
- de beslissing van de GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT *de dato* 2 december 2016 waarin haar werd medegedeeld dat zij vanaf 16 december 2016 niet meer arbeidsongeschikt is als bedoeld in artikel 100 van de Gecoördineerde Ziektewet
- de beslissing van de adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER *de dato* 16 december 2016 waarin haar werd meegedeeld dat zij op basis van haar aangifte van arbeidsongeschiktheid die op 16 december 2016 werd ontvangen, niet arbeidsongeschikt werd erkend in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet.

De rechtbank zegt voor recht dat het verdienvermogen van mevrouw ... in de periode van 16 december 2016 tot en met 30 april 2018, met twee derden of meer was verminderd ingevolge het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen, zoals bepaald bij artikel 100 § 1 van de Gecoördineerde ziekwet zodat zij, (voor zover zij tevens voldoet aan alle andere ter zake gestelde voorwaarden) met betrekking tot die periode gerechtigd is op de dienovereenkomstig verschuldigde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, desgevallend te verminderen met het aan de RVA terug te betalen bedrag, méér de moratoire rente aan de wettelijke intrestvoet vanaf de opeisbaarheid, op de respectievelijke data waarop de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen hadden uitbetaald moeten worden.

...

3^e Partie

Questions et réponses parlementaires



I. Congé parental

Repos de maternité - Compétence transversale partagée avec les Communautés - Droit à une allocation - Mandataire local - Notion d'activité - Empêchement

Question n° 7-394 posée le 10 mars 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration par Madame la Sénatrice de BETHUNE¹

La présente question porte sur une compétence transversale, partagée avec les Communautés. D'une part, la réglementation régionale offre aux mandataires exécutifs locaux la possibilité de se déclarer empêchés ou non ; d'autre part, la réglementation fédérale détermine les cas dans lesquels un droit à une allocation est prévu.

Les titulaires d'un mandat exécutif des communes de la Région flamande peuvent se déclarer empêché(e)s s'ils/si elles veulent prendre un congé parental à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant. Il s'agit d'une possibilité, et non d'une obligation. Le/la mandataire qui ne souhaite pas faire usage de cette possibilité peut continuer à exercer son mandat.

Cependant, selon l'article 115 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les périodes de repos de maternité ouvrant le droit à une allocation ne peuvent être retenues qu'à la condition que la titulaire ait cessé toute activité. La *Vlaamse Agentschap Binnenlands Bestuur* (agence flamande pour l'administration intérieure) en déduit que toutes les activités exercées en tant que mandataire (tant mandataire exécutif que conseiller communal) doivent être interrompues durant ces périodes. Dans le cas contraire, il y aurait des répercussions sur l'allocation. Ainsi la mandataire qui, d'après la réglementation flamande, n'est pas tenue d'interrompre son mandat, y est en fait contrainte par la réglementation fédérale.

Je souhaiterais dès lors poser les questions suivantes :

- 1) L'interprétation correcte de la réglementation fédérale est-elle bien que, pour bénéficier du repos de maternité avec allocation, il faut cesser toutes les activités comme mandataire ?
- 2) La ministre n'estime-t-elle pas opportun de déroger à ce principe en faveur des mandataires exécutifs locaux ?

Réponse

1) Conformément à l'article 115 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les périodes de repos de maternité ne peuvent être retenues qu'à la condition que la titulaire ait cessé toute activité.

La notion d'activité doit être interprétée au sens large dans ce cadre et ne vise pas seulement les activités rémunérées. Il s'agit de tout type d'activité (rémunérée ou non rémunérée).

1. Sénat, session ordinaire 2019-2020, p. 8.

Cette condition est identique à celle définie à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 susmentionnée pour la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail et dont le contenu a été précisé par la jurisprudence. Ainsi, la Cour de cassation a déclaré dans un arrêt du 18 mai 1992 qu'il fallait entendre par travail toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales, et ce, même si elle est accomplie sans rémunération au titre de service d'amis.

Je peux donc vous certifier qu'il convient de cesser toutes les activités exercées comme mandataire local (mandataire exécutif et membre du conseil communal) pendant la période de repos de maternité.

Il convient de préciser que la période de protection de la maternité constitue une période ininterrompue qui, dans l'état actuel de la législation, ne connaît qu'une seule exception². Cette exception prévoit en effet la possibilité pour la travailleuse salariée de prolonger la période de repos de maternité en reprenant une partie de ses activités professionnelles (salariées) dans les conditions visées à l'article 39, alinéa 3, de la loi sur le travail³.

Dans le cadre de cette disposition réglementaire, la travailleuse peut (si elle le demande), dans toutes les situations où elle peut prolonger d'au moins deux semaines le repos postnatal obligatoire, convertir ces deux dernières semaines de repos postnatal facultatif, en "jours de congé postnatal". Cette mesure permet ainsi à la travailleuse d'alterner des jours de repos et des jours de travail.

2) L'obligation pour la travailleuse d'interrompre toute activité sur la base de l'article 115 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 susmentionnée trouve sa raison d'être à différents niveaux. D'une part, cette obligation se justifie par la nature de la prestation octroyée, à savoir l'indemnité de maternité qui constitue un revenu de remplacement. D'autre part, cette obligation s'explique par le double objectif de la mesure, à savoir le repos total de la mère et l'accueil de l'enfant, objectif que la travailleuse veut se voir appliquer implicitement si elle fait appel aux indemnités de maternité comme revenu de remplacement.

Tout comme le Conseil national du travail qui a déjà estimé dans le passé qu'une exception pour les mandataires politiques n'est pas opportune (cf. avis 1.877 du 26.11.2013), je suis d'avis que l'impossibilité d'exercer un mandat local pendant le repos de maternité doit être maintenue compte tenu des motifs susmentionnés.

2. Art. 114, al. 6, de la loi coordonnée du 14.07.1994.

3. Art. 39, al. 3, de la loi sur le travail du 16.03.1971.

II. Assurance maladie

Attestation électronique *eAttest* - Compétence du Sénat - Données relatives à l'utilisation de l'*eAttest* par le personnel médical - Médecins généralistes et dentistes - Avantages et désavantages

Question n° 7-544 posée le 11 mai 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Monsieur le Sénateur VAN GOIDSENHOVEN⁴

La santé étant une compétence attribuée à la fois à l'État fédéral, aux Régions et aux Communautés, cette question, de par sa transversalité, relève dès lors de la compétence du Sénat.

La digitalisation toujours plus croissante de la société permet aujourd'hui de faire de grandes avancées dans le domaine médical ; la mise en place de l'attestation électronique en est un bel exemple.

Depuis le 2 janvier 2018, les bénéficiaires de soins de santé n'ont plus besoin de remettre leur(s) attestation(s) médicale(s) directement à leur mutualité. Aujourd'hui, les médecins généralistes et dentistes peuvent en effet envoyer immédiatement l'attestation via un procédé électronique, plus connu sous le nom d'*eAttest*.

Ne pouvant être utilisée actuellement que par les médecins généralistes et les dentistes, cette nouvelle méthodologie présente de nombreux avantages pour le patient mais également pour le personnel médical visé par ce dispositif. À travers son utilisation, l'*eAttest* permet effectivement de répondre à une logique d'efficience, mais aussi d'améliorer le processus des remboursements qui se font automatiquement.

Outre cela, de tels dispositifs sont également très bénéfiques pour l'environnement et l'écologie.

Considérant ces différents éléments, permettez-moi de vous poser les questions suivantes :

- 1) Disposez-vous de données récentes relatives à l'utilisation de l'*eAttest* par le personnel médical ? À cet égard, est-il possible d'avoir les statistiques spécifiques de cette utilisation à la fois chez les médecins généralistes ainsi que chez les dentistes ?
- 2) Avez-vous eu des retours spécifiques relatifs à l'utilisation de cette attestation électronique de la part du personnel médical, de patients ou encore des mutualités ?
- 3) Au regard de la question précédente, des professionnels de la santé ont-ils remarqué de quelconques désavantages à l'utilisation de ce dispositif d'attestation électronique ? Si tel est le cas, quels sont-ils ?
- 4) Quel bilan tirer de l'*eAttest* ? Quels sont les obstacles rencontrés ? Est-il envisagé de l'étendre rapidement à d'autres professionnels de la santé ?

1. Sénat, session ordinaire 2019-2020, p. 17.

- 5) Aujourd'hui, l'utilisation de l'attestation n'est pas obligatoire. Si l'évaluation qui en est faite est positive, est-il envisageable de la rendre obligatoire à moyen terme ?

Réponse

- 1) Les données les plus récentes relatives à l'utilisation d'*eAttest* sont reprises dans le tableau 1 ci-dessous.

Pour les médecins généralistes, ces données se rapportent au nombre mensuel d'attestations électroniques envoyées par des médecins généralistes entre janvier 2018 et février 2020. Le chiffre maximal d'utilisation atteint était de 1.382.059 attestations électroniques en janvier 2020.

Tableau 1 - Nombre mensuel d'attestations électroniques envoyées par les médecins généralistes

Janvier 2018	Février 2018	Mars 2018	Avril 2018	Mai 2018	Juin 2018
7.772	106.671	328.387	305.878	423.010	480.515
Juillet 2018	Août 2018	Septembre 2018	Octobre 2018	Novembre 2018	Décembre 2018
446.371	484.637	577.024	821.213	903.100	780.826
Janvier 2019	Février 2019	Mars 2019	Avril 2019	Mai 2019	Juin 2019
1.039.939	1.087.096	1.027.649	994.747	1.057.752	922.324
Juillet 2019	Août 2019	Septembre 2019	Octobre 2019	Novembre 2019	Décembre 2019
913.806	871.638	1.064.289	1.237.694	1.245.416	1.171.937
Janvier 2020	Février 2020				
1.382.059	1.255.555				

Pour les dentistes, ces données couvrent les mois de septembre 2019 à février 2020. Le chiffre maximal d'utilisation atteint était de 73.685 attestations électroniques en février 2020.

Tableau 2 - Nombre mensuel d'attestations électroniques envoyées par les dentistes

Septembre 2019	Octobre 2019	Novembre 2019	Décembre 2019	Janvier 2020	Février 2020
58	426	763	1.726	9.935	73.685

- 2) L'évaluation relative à l'utilisation de l'attestation provient des prestataires de soins, des patients et des O.A..

On relève pour les prestataires de soins (et plus spécifiquement pour les médecins généralistes et dentistes), un gain de temps, une simplification administrative et une augmentation de l'efficacité grâce à l'utilisation d'*eAttest*. En effet, les patients ne demandent plus de *duplicata* suite à la perte ou à la destruction de leur attestation de soins donnés. Moins de documents correctifs sont à établir, car moins de fautes et d'erreurs d'interprétations sont possibles. Ceci s'explique d'une part, par la mise en place d'un contrôle interne au logiciel qui permet de rejeter l'attestation électronique si elle comporte une erreur et d'autre part, par le fait qu'aucun problème de lisibilité des codes sur l'attestation papier ne peut survenir. Les dispensateurs de soins notent également l'intérêt de l'échange sécurisé de données que permet l'*eAttest*.

On note, pour les patients, un gain de temps et d'argent permis grâce à l'attestation électronique. Les patients ne doivent en effet plus se déplacer pour déposer leur attestation de soins à la mutualité ou l'envoyer par la poste. Le remboursement est également plus rapide (2 à 3 jours). Le patient ne risque plus de perdre son attestation de soins ni d'oublier de la rendre dans les délais (lui faisant ainsi perdre son droit au remboursement en raison du dépassement du délai de prescription de 2 ans). Un geste supplémentaire pour l'environnement peut également être fait si le patient donne son accord pour que le document "justificatif patient" lui soit transmis via l'*eBox* citoyen. Les résultats d'une enquête intermutualiste de novembre 2018 montrent que 87 % des patients interrogés déclarent avoir été remboursés plus rapidement grâce au service *eAttest* et que 94 % des patients interrogés se déclarent partisans du service *eAttest*.

Les mutualités font état d'une amélioration du délai de remboursement des soins au patient. Elles n'ont plus de demandes de patients souhaitant des informations quant au traitement ou au paiement des attestations de soins. Elles ne sont plus non plus confrontées à des recherches d'attestations de soins perdues ou non reçues. Avec l'utilisation d'*eAttest*, les mutualités ne doivent plus archiver physiquement les attestations de soins papier ou, dans le cas d'un archivage électronique, ne doivent plus scanner les attestations papier pour l'archivage. Elles ne doivent plus non plus scanner des attestations papier pour une tarification (semi) automatique et ne sont plus confrontées à des problèmes de lisibilité des codes de nomenclature (liées à l'écriture du prestataire). Étant donné les avantages qu'elles en retirent, les mutualités et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) consacrent d'importants investissements notamment en termes de développement, d'infrastructure, de maintenance et de monitoring pour offrir le support nécessaire au service *eAttest*, mais aussi dans le but d'étendre ce service à d'autres catégories de prestataires.

3) Dans le cadre de l'utilisation du service *eAttest*, on ne remarque pas vraiment de désavantages mis en avant par les médecins généralistes et les dentistes. Toutefois, il convient de noter que l'adhésion à ce service est, elle, tributaire de la confiance que les prestataires vouent au service *eAttest* et, de manière plus large, aux nouveaux systèmes électroniques. Cette confiance apparaît elle-même comme dépendante d'une disponibilité absolue des services. Un maximum de moyens permettant de tendre vers une disponibilité à 100 % sont mis en œuvre auprès de l'ensemble des intervenants. Pour ce qui concerne *eAttest* de *MyCareNet*, la disponibilité était de 99,98 % en mai 2020.

4) Le bilan à tirer d'*eAttest* est très positif, que ce soit au niveau des prestataires, des mutualités et des patients. Il constitue une avancée majeure en faveur de la simplification et de la digitalisation dans le monde des soins de santé.

Du point de vue des mutualités, les obstacles suivants sont relevés.

Premièrement, l'adhésion à l'utilisation d'*eAttest* par les prestataires disposant d'un logiciel proposant ce service ne tend toujours pas vers 100 % (± 55 % actuellement chez les généralistes) et certains prestataires ne l'utilisent que d'une manière très marginale par rapport à leurs attestations papier. Le passage à la digitalisation entraîne un changement des comportements et des habitudes (surtout chez les médecins plus âgés). L'adhésion à ce changement ne semble pouvoir être garantie que par l'instauration d'une bonne confiance dans la digitalisation.

En second lieu, à défaut d'un déploiement complet d'*eAttest*, les mutualités doivent gérer un double circuit de paiement (papier et électronique), ce qui engendre des coûts et ne permet pas d'amortir les investissements réalisés dans *eAttest*. Les solutions que les mutualités proposent sont de renforcer les incitants à utiliser le service (p. ex. en augmentant le poids de l'adhésion aux services électroniques dans les critères d'obtention des primes pour les prestataires) et, à l'instar de la prescription électronique, de rendre le service obligatoire (en prévoyant un régime d'exception).

Du point de vue des prestataires, les obstacles suivants sont relevés.

Premièrement, certains prestataires ne souhaitent pas changer de logiciel même si celui-ci ne propose pas *eAttest*.

Ensuite, en avril 2018, des craintes avaient été émises de la part des syndicats de médecins généralistes quant à la sécurité juridique d'*eAttest*. Cela avait eu pour conséquence de ralentir le passage à l'utilisation de l'*eAttest* jusqu'à ce que certaines clarifications sur les implications fiscales d'*eAttest* aient été apportées. Ceci souligne l'importance d'adopter une approche à trois cent soixante degrés dès le démarrage du projet, permettant d'aborder les facettes tant *business* qu'IT et juridiques afin d'assurer la plus grande sécurité possible et, en conséquence, la confiance des prestataires.

Les mutualités travaillent déjà à étendre le service *eAttest* aux médecins spécialistes ainsi qu'aux kinésithérapeutes. D'autres catégories de prestataires suivront ultérieurement.

5) Au même titre que pour tous les services eSanté, lorsque le niveau d'utilisation d'un service est suffisant et sur base d'une proposition à la commission de convention compétente, il pourrait être envisagé de mettre les étapes législatives et réglementaires pour rendre le service obligatoire.

III. Citoyens de l'Union européenne

Frais de soins de santé - Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 - Contrôles - Recouvrement

Question n° 371 posée le 4 février 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante VAN PEEL⁵

Les assurés qui relèvent de la législation d'un autre État membre de l'Union européenne, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège et de la Suisse peuvent bénéficier de soins de santé en Belgique selon la législation belge (paquet de prestations, tarifs, éventuelle contribution propre du patient dans le coût des soins de santé, etc.) pour le compte du pays où ils sont assurés pour leurs frais de maladie.

En l'occurrence, la nationalité de l'assuré ne joue aucun rôle sauf dans un nombre restreint de pays (plus particulièrement le Danemark, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse). Dans ces pays, les personnes possédant la nationalité d'un pays tiers ne s'inscrivent pas dans le champ d'application personnel des règlements (CE) 883/2004 et 987/2009.

1. À combien s'est élevé le coût des soins de santé des citoyens de l'Union européenne depuis 2016, ventilé par année et par État membre ?
2. Quel montant a été récupéré ?
3. Quel montant n'a pas (encore) été récupéré ? Quelle en est la raison ?

Réponse

Les assurés qui relèvent de la législation d'un autre État membre de l'UE, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège et de la Suisse, peuvent bénéficier de soins de santé en Belgique selon la législation belge (paquet de prestations, tarifs, contribution personnelle éventuelle du patient dans le coût des soins de santé, etc.) pour le compte du pays dans lequel ils sont assurés pour les soins de santé.

La nationalité de l'assuré ne joue aucun rôle à l'exception d'un nombre restreint de pays (plus particulièrement le Danemark, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse). Dans ces pays, les individus disposant d'une nationalité d'un pays tiers ne s'inscrivent pas dans le cadre du champ d'application personnel des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009. Les documents qui donnent accès à ces personnes - assurées à l'étranger - aux soins de santé en Belgique ne prévoient toutefois pas la possibilité de mentionner la nationalité du titulaire sur ces documents. Il incombe au pays compétent (le pays dans lequel la personne est assurée pour les soins de santé) de mener les contrôles nécessaires en la matière et de vérifier si l'assuré peut faire appel ou non aux dispositions des Règlements précités.

Par conséquent, étant donné que la nationalité de l'assuré n'importe pas, les coûts que la Belgique récupère auprès des pays qui sont soumis aux dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009, ne sont pas liés à la nationalité de l'assuré mais au pays dans lequel la personne est assurée pour les soins de santé.

1. Bulletin n° 017, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 173.

Le tableau en annexe⁶ donne un aperçu des montants qui ont été récupérés par pays et par exercice (l'année où les dépenses ont été comptabilisées par les O.A. belges), plus particulièrement pour les années 2015 à 2018, selon les procédures appropriées telles que fixées dans les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009. Les dépenses relatives à l'année 2019 seront introduites par les O.A. belges dans le courant de l'année 2020 auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui se chargera de les récupérer auprès des autres États membres.

Les annexes jointes⁷ à la réponse à cette question ont été transmises directement à l'honorable Membre. Étant donné leur caractère de pure documentation, il n'y a pas lieu de les insérer au *Bulletin des Questions et Réponses*, mais elles peuvent être consultées au greffe de la Chambre des représentants (service des Questions parlementaires).

2. Non publié ici.

7. Non publiées ici.

IV. Maladies rares

Nombre - Diagnostic - Traitement - Plan maladies rares - Normes d'agrément - Actions - Budget - Hôpitaux - Régime central - Réseaux européens de référence - Médicaments orphelins - Remboursements

Question n° 476 posée le 6 mars 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Monsieur le Représentant BURTON⁸

La Belgique compte 500.000 personnes atteintes de maladies orphelines. Ces maladies touchent 5 % de la population mondiale. Il y a plusieurs causes sous-jacentes à ces maladies mais 72 % d'entre-elles sont d'origine génétique. Le nombre total de ces maladies est de 6.100 actuellement.

Le problème de ces maladies est évidemment leur rareté et leur diversité. 30 % des enfants atteints décèdent avant l'âge de cinq ans. Or, il faut en moyenne quatre à cinq ans à un malade pour obtenir un diagnostic correct. Enfin, si un traitement existe, il est souvent inabordable car la faible demande et les coûts de recherche et développement le rendent onéreux. Pour cela, la Belgique a lancé il y a six ans un plan maladies rares mais cela n'a rien changé.

Les termes maladies rares ou maladies orphelines regroupent des maladies n'ayant souvent rien en commun si ce n'est leur caractère peu fréquent. Il est d'ailleurs préjudiciable qu'elles ne soient pas toutes reconnues vis-à-vis des traitements et des remboursements de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Comme le montre l'histoire de Pia en 2019, certains médicaments sont excessivement chers et ne sont pas remboursés.

1. Qu'en est-il du plan maladies rares ? Combien de demandes d'aides sont mises en œuvre par an ?
2. Comptez-vous accroître les remboursements pour les traitements liés à ces maladies ?
3. Comment une maladie rare est-elle reconnue ? Quels en sont les critères ?

Réponse

Il convient tout d'abord de souligner que la plupart des actions du Plan maladies rares ont été réalisées :

Dans le cadre de l'accès au diagnostic, les tests génétiques effectués à l'étranger sont financés via une convention entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les centres de génétique.

1. Bulletin n° 027, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 142.

Concernant l'optimisation des soins, des normes d'agrément ont été établies pour les fonctions et les réseaux maladies rares (A.R. du 25.04.2014, publié au M.B. le 08.08.2014) et des centres d'expertise pour l'hémophilie ont été créés. Entre-temps, les entités fédérées ont agréé sept hôpitaux pour la fonction maladies rares et les soins sont organisés en réseaux de groupes de maladies rares, pour permettre l'échange d'expertise et offrir au patient les meilleures possibilités de diagnostic et de traitement. Le gouvernement fédéral a réservé un budget d'un million d'EUR par an aux hôpitaux disposant d'une fonction agréée maladies rares pour poursuivre l'optimisation de la fonction maladies rares.

Dans le cadre de la gestion des informations sur les maladies rares, un Registre central des maladies rares a été établi et se développe progressivement.

Compte tenu du morcellement des connaissances et du nombre limité de patients, la coopération à l'échelle européenne en matière de maladies rares reste cruciale. Les réseaux européens de référence, lancés en 2017 et impliquant plus de 900 équipes d'experts spécialisés, apporteront certainement une nouvelle plus-value. En Belgique, 68 équipes d'experts de 10 hôpitaux participent aux réseaux européens de référence.

Nous avons également conclu une convention avec le Grand-Duché de Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche et l'Irlande sur les médicaments orphelins. En négociant avec l'industrie pharmaceutique d'autres pays, nous pouvons mieux contrôler le prix des médicaments orphelins.

Pour pouvoir offrir les meilleurs soins possibles aux patients atteints d'une maladie rare, il importera de continuer à se concentrer sur l'organisation des soins en fonctions et réseaux au niveau national et sur la coopération dans le cadre des réseaux européens de référence, de même que sur le développement du Registre central des maladies rares et sur la collaboration internationale dans le domaine des médicaments orphelins.

Le remboursement des médicaments pour les maladies rares et les maladies éligibles à ce remboursement font l'objet d'une décision au sein des organes de concertation de l'INAMI, en accord avec les prestataires de soins et les O.A., sur la base des données scientifiques probantes les plus récentes et disponibles. Sous la précédente législature, des médicaments pour 33 nouvelles indications ont été approuvés avec un système de remboursement correspondant.

V. COVID 19

Congé de maternité postnatal - Prolongation - Loi du 12 juin 2020 - Notion de "jours assimilés"

Question n° 628 posée le 12 mai 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante SCHLITZ⁹

Aujourd'hui de nombreuses femmes enceintes sont très inquiètes de la situation sanitaire pour leur bébé. à cela s'ajoute l'incertitude par rapport à leur congé de maternité postnatal. En effet, actuellement une femme enceinte qui est mise en congé de maladie pendant sa grossesse perd une partie de son congé postnatal.

De nombreuses femmes enceintes qui sont mises au chômage temporaire en raison de la crise craignent de perdre des jours de congé postnatal.

Les périodes de chômage temporaire pour force majeure sont-elles assimilées à du travail durant la période prénatale, ou, au contraire, réduisent-elles le congé postnatal ?

Réponse

Le repos postnatal peut être prolongé de la période pendant laquelle la titulaire a continué le travail ou le chômage durant les cinq semaines facultatives du repos prénatal. Certains jours durant les cinq semaines facultatives du repos prénatal sont assimilés à une période pendant laquelle la titulaire enceinte a continué le travail, dont, par exemple, les jours de congés annuels.

La loi du 12 juin 2020 modifiant les périodes survenues durant le repos prénatal et pouvant être prises en compte pour la prolongation du repos postnatal, publiée le 18 juin 2020, étend la notion de "jours assimilés".

Cette loi donne la possibilité de prolonger le repos postnatal avec les jours suivants, se situant durant la période à partir de la sixième semaine (8^e semaine en cas d'une naissance multiple) jusqu'à la deuxième semaine y incluse qui précède la date de l'accouchement :

- les jours de chômage temporaire pour force majeure
- les jours de chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques pour les employés (le report du chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques pour les ouvriers est actuellement déjà possible)
- les jours d'incapacité de travail
- les jours d'écartement complet du travail.

Cette loi est entrée en vigueur au 1^{er} mars 2020.

1. Bulletin n° 023, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 190.

VI. Dossier médical global

Renforcement - Accord médico-mutualiste 2018-2019
- Prolongation sans contact et révision du système de paiement - Objectifs et coût de cette mesure

Question n° 734 posée le 23 juin 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Monsieur le Représentant RIGOT¹

L'accord médico-mutualiste conclu en décembre 2019 présente un volet consacré au renforcement du dossier médical global (DMG).

Une proposition avait déjà été élaborée dans le cadre de la mise en oeuvre de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019, afin de dissocier la prolongation du DMG d'un contact annuel obligatoire avec le médecin généraliste.

Outre la prolongation sans contact, la proposition sur la table vise également à créer de la transparence dans les paiements des DMG et prévoit la disparition de la facturation papier à compter du 1^{er} janvier 2021. La proposition sera mise en œuvre en deux phases.

La première phase concerne les DMG gérés en 2020. Outre la réglementation existante, il sera prévu que les DMG en cours avec un contact en 2019 et sans contact en 2020 seront remboursés aux médecins qui travaillent avec l'eDMG ou qui s'y inscrivent au plus tard le 30 juin 2020.

La deuxième phase concerne une révision complète du système de paiement existant à partir de 2021.

1. Pourriez-vous expliquer l'objectif de cette mesure ?
2. Pour pouvoir garantir des soins de santé optimaux, il est nécessaire que chaque citoyen possède un DMG, détenu par un médecin généraliste ou un cabinet de médecine générale. Cette mesure devrait-elle permettre un plus grand taux de pénétration du DMG au sein de la population ?
3. Il apparaît qu'une relation fixe patient-médecin généraliste constitue la base de la gestion du DMG. Comment une relation thérapeutique pourra perdurer dans le temps et ce pour une durée indéterminée sans qu'un contact régulier n'ait lieu entre le patient et son médecin ?
4. Comment le patient pourra-t-il exprimer son opposition à la prolongation ?
5. Quel est le coût de cette mesure ?

Réponse

Cette mesure a plusieurs objectifs. Son objectif principal est d'inciter le plus grand nombre de citoyens à avoir un médecin généraliste de référence auquel sont confiées les données médicales personnelles.

Les autres objectifs sont :

- créer un système clair et transparent pour les DMG
- créer de la transparence dans les paiements des DMG

1. Bulletin n° 027, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 167.

- rétribuer le médecin généraliste pour la tenue du dossier qu'il continue à mettre à jour même en l'absence de contact avec le patient
- simplifier le système pour les O.A. avec la disparition du circuit papier.

L'objectif principal de cette mesure étant d'inciter le plus grand nombre de citoyens à avoir un médecin généraliste de référence auquel sont confiées les données médicales personnelles, j'espère qu'elle permettra un meilleur taux de pénétration du DMG au sein de la population.

La qualification d'un médecin généraliste comme détenteur du DMG constitue bien entendu une preuve évidente de l'existence d'une relation thérapeutique entre le patient et le médecin en question.

Toutefois, la mesure prévue dans l'Accord national médico-mutualiste ne prévoit pas une prolongation automatique sans contact pour une durée indéterminée mais une prolongation du DMG sans contact pendant un an.

Après, il faut impérativement à nouveau un contact entre le patient et le médecin généraliste détenteur du DMG.

L'Accord national médico-mutualiste 2020 prévoit que, dans le cadre du nouveau système de paiement, le consentement du patient d'ouvrir un DMG doit être enregistré et conservé.

La question de l'opposition à la prolongation du DMG sera discutée dans la mise en place de la mesure.

Le coût de la prolongation automatique sans contact pendant un an est estimée à 22.426 milliers d'EUR.

VII. Conversion du congé de maternité prénatal en congé postnatal

Loi du 12 juin 2020 - Rétroactivité de la mesure au 1^{er} mars 2020 - Circulaires administratives aux mutualités de la part de l'INAMI - Aspects techniques

Question n° 834 posée le 16 juillet 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante VANROBAEYS¹⁰

Le 4 juin 2020 a été approuvée la proposition de loi qui dispose que les périodes de chômage temporaire, d'incapacité de travail et d'écartement préventif durant les six semaines précédant la date (présumée) de la naissance (à l'exception de la dernière semaine) ne sont plus converties en congé prénatal, ce qui permet aux femmes dans cette situation de bénéficier d'un congé postnatal plus long. Ces femmes ont donc également droit à un congé de maternité de 14 semaines après la naissance, qui non seulement répond aux préoccupations de nombreuses travailleuses mais est également reconnu comme étant nécessaire par les experts.

La loi s'applique rétroactivement à partir du 1^{er} mars 2020. De nombreuses mères se trouvent à présent dans la situation précitée et doivent, selon l'ancienne législation, reprendre le travail tandis que, selon la nouvelle législation, elles peuvent convertir leur congé prénatal en congé postnatal.

1. Les mutualités recevront-elles des directives de la part de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ? Dans l'affirmative, quand ces directives seront-elles prêtes ?
2. De quelle manière la rétroactivité de cette mesure sera-t-elle appliquée ?

Réponse

La loi du 12 juin 2020 modifiant les périodes survenues durant le repos prénatal, et pouvant être prises en compte pour la prolongation du repos postnatal, a profondément modifié, de manière positive, le régime du repos de maternité pour les travailleuses, permettant ainsi la prise en compte de nouvelles journées pouvant dorénavant être assimilées à des journées de travail lorsqu'elles surviennent durant les six semaines qui précèdent la date présumée de l'accouchement.

En application de cette nouvelle loi, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a adapté les circulaires administratives à l'attention des O.A. des mutualités pour ce qui concerne le "repos de maternité" et l'"écartement du travail des travailleuses enceintes". Ces circulaires administratives transposent ainsi les nouvelles dispositions légales qui résultent de la loi du 12 juin 2020.

En outre, l'INAMI a rédigé diverses notes techniques venant en soutien aux différents O.A. des mutualités en vue de la mise en oeuvre concrète de ces nouvelles dispositions légales (tels que, p. ex., l'impact d'une naissance qui est antérieure ou postérieure à la date d'accouchement prévue et où la travailleuse concernée est, avant la prise de cours du repos de maternité, en incapacité de travail).

10. Bulletin n° 027, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 204.

Dans le cadre de ces nouvelles dispositions légales, l'INAMI a également organisé, au cours de ces dernières semaines, plusieurs réunions techniques avec le Collège intermutualiste national (CIN) pour pouvoir discuter d'un certain nombre d'aspects techniques relatifs à l'implémentation de ces nouvelles mesures. En préparation de ces réunions, l'INAMI a également contacté le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour assurer une application uniforme de ces nouvelles réglementations, tant en droit du travail qu'en matière de sécurité sociale.

Enfin, dans le cadre de l'entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} mars 2020 de ces nouvelles mesures, une grande attention a également été portée à l'élaboration d'instructions claires en vue de permettre la régularisation des différents dossiers concernés, tenant compte également des divers aspects liés au droit du travail, tels que le droit à un éventuel salaire garanti et/ou paiement des jours fériés.

VIII. Malades de longue durée

Reprise d'activité - Indemnité de maladie - Régime transitoire
- Système de tranches remplacé depuis le 1^{er} avril 2018 -
Optimisation du système de financement du travail pendant
la maladie - Hausse du nombre de personnes entrant dans
le système de l'activité autorisée

Question n° 846 posée le 27 juillet 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante SAMYN¹¹

Les malades de longue durée qui reprennent partiellement le travail conservent une partie de leur indemnité de maladie, dont le montant est versé par la mutualité. Avant le 1^{er} avril 2018, ce montant était calculé en fonction du revenu complémentaire de la personne concernée.

Depuis le 1^{er} avril 2018, le montant de l'indemnité est adapté en fonction du nombre d'heures de travail effectuées par la personne qui reprend son activité. Dès lors que cette mesure lésait les personnes qui reprenaient quasi complètement leur activité - dans certains cas, leur allocation mensuelle diminuait de 200 EUR - un régime transitoire a été instauré, afin de permettre aux personnes percevant déjà une allocation à temps partiel, de continuer à bénéficier de l'ancien régime.

Toutefois, si en raison d'une maladie (p. ex. la grippe), le nombre d'heures nécessaire n'est pas atteint au cours d'un mois déterminé - le régime de garantie étant applicable - les nouvelles dispositions seraient plus avantageuses pour le mois en question. Mais qu'advient-il ensuite ?

1. Est-il possible de revenir au régime en vigueur avant le 1^{er} avril 2018 après avoir opté pour les nouvelles dispositions ou le choix est-il irréversible ? La réglementation laisse-t-elle, en outre, une marge d'interprétation ?
2. Lorsque le régime transitoire est d'application et si le régime actuel s'avère plus avantageux, est-il possible d'obtenir une compensation en cas de nouvelle maladie de courte durée ?
3. À l'époque, le régime de garantie était assorti d'un mécanisme de suppression progressive. À quelle date ce régime prendra-t-il fin ?
4. Une évaluation du régime transitoire était prévue deux ans après son entrée en vigueur. Cette évaluation a-t-elle déjà été réalisée ou est-elle déjà en cours ?

Réponse

Lors de la précédente législature, nous avons déployé des efforts considérables afin de permettre à des personnes malades de reprendre le travail à leur propre rythme. Ainsi, un système plus simple et plus avantageux pour la reprise du travail pendant la maladie a été instauré.

11. Bulletin n° 025, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 313.

Par le passé, lorsqu'une personne en incapacité de travail avait reçu une autorisation de reprise du travail à temps partiel, les indemnités de maladie étaient diminuées en fonction du montant du salaire issu de l'activité autorisée. Ce système de tranches a été remplacé depuis le 1^{er} avril 2018. Désormais, la mutualité recalcule les indemnités sur la base du nombre d'heures de reprise du travail par le titulaire.

Une mesure de garantie a été prévue pour les assurés en incapacité de travail qui exerçaient déjà une activité autorisée par le médecin-conseil avant le 1^{er} avril 2018. Cette mesure prévoit que, tant que la nouvelle règle de cumul ne se révèle pas au moins aussi avantageuse que l'ancienne règle de cumul, c'est cette dernière qui reste d'application. En outre, la mesure de garantie n'est applicable que si l'activité reste inchangée.

Dès l'instant où la nouvelle règle de cumul est appliquée, il n'est plus possible de revenir à l'ancienne règle de cumul.

Lors de l'élaboration de la réforme de la règle de cumul, ce principe avait été explicitement pris comme point de départ afin d'éviter une application alternée des deux règles dans le cadre d'une activité autorisée.

Ce principe de base permet d'éviter des situations complexes aux assurés et leur garantit un traitement administratif efficace par les mutualités.

Comme déjà mentionné, la mesure de garantie reste d'application tant que la nouvelle règle de cumul ne se révèle pas au moins aussi avantageuse que l'ancienne règle de cumul et que l'activité reste inchangée.

La motivation précise de l'application de la nouvelle règle de cumul ne joue pas de rôle à cet égard. La réglementation ne prévoit pas de compensation particulière si, après un certain temps, la nouvelle règle de cumul appliquée se révèle moins avantageuse que l'ancienne règle de cumul.

Aucune limite générale n'a été fixée pour la durée de la mesure de garantie. La date de fin précise dépend donc de la situation individuelle concrète.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité a procédé à une première analyse de la réforme. Cette analyse a été présentée l'année dernière, en septembre, au Comité de gestion de l'assurance indemnités et elle m'est également parvenue.

L'analyse a révélé depuis l'instauration de la réforme une tendance à la hausse du nombre de personnes entrant dans le système de l'activité autorisée. Depuis avril 2017 jusqu'à mars 2018 inclus, 44.309 nouvelles autorisations ont été accordées au total dans le cadre du système de l'activité autorisée.

Depuis avril 2018 (entrée en vigueur de la mesure relative à l'optimisation du système de financement du travail pendant la maladie) jusqu'à mars 2019 inclus, 52.745 nouvelles autorisations ont été accordées.

Cette nouvelle mesure, ajoutée à la réforme des trajets de réinsertion, permet à davantage de personnes de bénéficier de la possibilité d'une reprise du travail à temps partiel, à savoir plus de 19,04 %, soit 8.436 autorisations supplémentaires.

La réforme et les trajets de réinsertion ont, en outre, été évalués par les partenaires sociaux au sein du Conseil national du travail (CNT). C'est là aussi que sont présentées des propositions d'amélioration. D'éventuelles adaptations à la réglementation suite à l'analyse effectuée par le CNT ne pourront être envisagées que par le prochain gouvernement doté de pleins pouvoirs.

IX. COVID 19

INAMI - Instructions aux contrôleurs/inspecteurs sociaux
du SECM - Auditions - Contrôles - Répression de la fraude
sociale

Question n° 919 posée le 3 août 2020 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Monsieur le Représentant ANSEEUW¹²

Le 20 mars 2020, toute une série de mesures de soutien ont été instaurées au bénéfice aussi bien des indépendants que des employeurs et des travailleurs, afin de limiter autant que possible le dommage socioéconomique consécutif à la crise du coronavirus.

Différentes mesures ont également été prises au sein du secteur des soins de santé. Ainsi, un soutien financier supplémentaire a été prévu pour les hôpitaux et les centres de triage, il est devenu possible d'utiliser des appareils hybrides avec CT en dehors des examens de médecine nucléaire, et de nouvelles mesures ont également été prises en matière de soins dans trois services hospitaliers particulièrement concernés par la crise : les sections des urgences et des soins intensifs et les sections spécifiques COVID-19.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dispose de deux services d'inspection : le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et le Service du contrôle administratif.

1. Les inspecteurs et contrôleurs sociaux du SECM de l'INAMI ont-ils reçu l'instruction de travailler obligatoirement ou préférentiellement à domicile ?
2. Quelles autres instructions les inspecteurs et contrôleurs sociaux du SECM ont-ils reçues, en période de coronavirus, en vue d'une détection et d'une répression plus performantes de la fraude sociale ?
3. Dans quelle mesure la crise du coronavirus et les mesures y afférentes (télétravail, application des règles de distanciation sociale, etc.) rendent-elles plus complexe la réalisation des objectifs spécifiques du service d'inspection prévus dans le plan d'action annuel du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) ? Quelles mesures ont été prises afin de permettre malgré tout la réalisation de ces objectifs ?
4. Quels efforts supplémentaires sont fournis par le service d'inspection afin de détecter et de contrôler de manière optimale la fraude spécifique liée aux mesures prises dans le cadre de la crise du coronavirus. De quelle manière les plans d'affectation du personnel et des moyens sont-ils modifiés à cet effet ?

12. Bulletin n° 027, Chambre, session ordinaire 2019-2020, p. 235.

Réponse

1. À la suite des mesures particulières prises par le gouvernement et le Conseil national de sécurité, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) n'a plus effectué, entre le 12 mars 2020 et le 8 juin 2020, de contrôles physiques tels que les auditions des dispensateurs de soins, les auditions des assurés, les visites sur le terrain ou les examens cliniques, que ce soit dans les locaux de l'INAMI ou chez les intéressés eux-mêmes. Pour ne pas surcharger davantage les dispensateurs de soins, toutes les auditions de dispensateurs de soins et d'assurés et tous les examens cliniques chez les assurés ont été provisoirement reportés.

2. En ce qui concerne les activités du SECM, les contrôles indispensables et urgents sur place dans le cadre de la lutte contre l'importante fraude sociale organisée et la traite des êtres humains ont été maintenus, et ce à la demande expresse des auditeurs du travail et avec le soutien des services de police. De même, la continuité des actions en cours a été et est encore garantie, dans le respect des mesures d'hygiène recommandées et, si possible, au moyen d'informations pouvant être recueillies à distance

Les analyses de données, les évaluations et le traitement des enquêtes de terrain clôturées se poursuivent normalement.

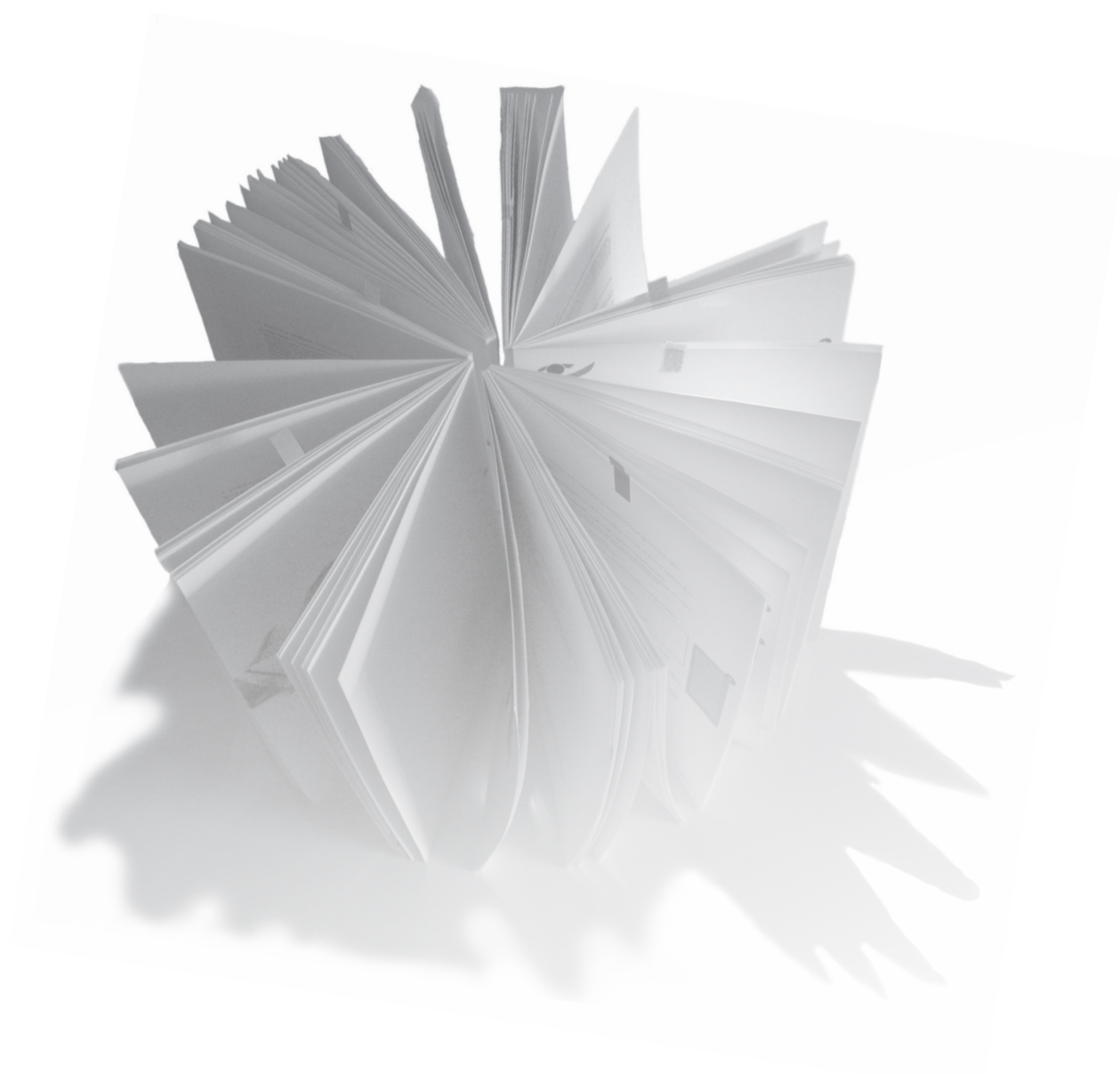
Une analyse des données relatives aux soins planifiés et dispensés pendant la pandémie de COVID-19, réclamée à tous les hôpitaux belges à la suite des directives décrétées par le *Risk Management Group*, a été effectuée. Les résultats ont déjà été présentés à la cellule départementale de crise, au *Risk Management Group* et au *Surge Capacity Group*.

L'impact des mesures COVID-19 spécifiques prises par l'INAMI sera analysé en première instance via une étude sur PC dès que les données de facturation seront disponibles. Si cette première analyse devait souligner la nécessité de mener d'autres actions, celles-ci seront implémentées dans le plan opérationnel.

Chaque signalement spécifique en matière de mesures COVID-19 est traité au sein du SECM suivant la même procédure que celle appliquée pour les signalements ordinaires.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Assurabilité administrative et financière : mesures exceptionnelles durant la pandémie COVID 19

En vigueur à partir du 13 mars 2020

La présente circulaire a pour objet de préciser, en ce qui concerne les règles d'assurabilité et d'accessibilité financière, les dispositions particulières d'application *pour la période durant laquelle les mesures de confinement prises par le Conseil national de sécurité le 12 mars 2020 sont en vigueur, et ce à partir du 13 mars 2020.*

Cette circulaire sera mise à jour pour prévoir des dispositions particulières pour la période suivant la période de confinement, afin d'éviter notamment que des délais qui ont été suspendus durant la période de confinement n'arrivent à leur terme juste après cette période.

La présente circulaire reste en vigueur jusqu'à la publication de la mise à jour.

1. Dispositions générales

Les lignes directrices suivantes s'appliquent dans le cadre des matières visées dans la présente circulaire :

- a. Les délais prévus dans la réglementation sont suspendus durant la période de confinement. Cela signifie que les délais cessent de courir le 13 mars 2020.

Ainsi, la prescription du paiement des prestations de santé (art. 174, 3° et 4°, de la loi SSI¹) est suspendue :

L'action relative au paiement d'une prestation de santé délivrée en mars 2018 est en principe prescrite le 1^{er} avril 2020 : le délai étant suspendu durant la période de confinement, la prescription a cessé de courir le 13 mars 2020 et la prestation peut encore être remboursée.

Il en va de même pour l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé (art. 174, 6°) et de l'action en remboursement des cotisations personnelles (art. 174, 9°).

- b. La transmission des documents peut exceptionnellement se faire de manière digitale, même dans les cas où ce n'est pas prévu réglementairement.

Les demandes, déclarations et pièces justificatives peuvent être transmises par les assurés par courrier ordinaire ou en les déposant dans une boîte aux lettres sécurisée et régulièrement contrôlée, ou encore via le guichet électronique de la mutualité. La transmission par e-mail ne doit être envisagée que si les autres moyens ne sont pas possibles et la mutualité communique dans ce cas le message suivant à l'assuré :

"Nous attirons votre attention sur le caractère non totalement sécurisé d'une transmission par mail et sur la nécessité d'être attentif à utiliser un logiciel à jour et un mot de passe sûr."

1. Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

Un échange par e-mail signifie que les documents peuvent être numérisés (stockés, traités et communiqués au moyen d'une technique optique et photographique²)³ par les assurés.

Les O.A. ne sont pas tenus, après la période de confinement, de demander les versions papier des pièces justificatives et des déclarations introduites numériquement.

Les pièces justificatives numériques doivent être conservées dans les dossiers et, en cas de mutation éventuelle, transmises au nouvel O.A.

2. Assurabilité

a. Indépendants starters

Des mesures particulières ont été adoptées en faveur des indépendants. Les conditions pour bénéficier d'une série des mesures ont été assouplies. Ces mesures permettent de maintenir l'assurabilité, ce qui se manifeste dans un premier temps pour les indépendants starters, auxquels s'applique l'article 252, alinéa 8, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI. Cependant, ce n'est pas le cas pour le starter qui bénéficie de la mesure de crise temporaire "droit passerelle"⁴ : contrairement au droit passerelle classique, le volet "maintien de droits sociaux" (sous lequel tombe le droit aux soins de santé) n'est pas d'application dans le cadre de la mesure de crise temporaire droit passerelle, mais seulement le volet "indemnités"⁵. En fonction de leur situation financière, ces indépendants auront le choix entre payer leurs cotisations, demander un report de paiement ou demander une dispense de cotisations.

- Le starter obtient un report de paiement (pour les 1^{er} et 2^e trimestres 2020) :

Si le travailleur indépendant obtient un report de paiement, il devra payer la cotisation due pour le 1^{er} trimestre 2020 au plus tard le 31 mars 2021 et la cotisation due pour le 2^e trimestre au plus tard le 30 juin 2021. Le bon de cotisation et le flux L 410 mentionneront le code qui aurait été mentionné si la cotisation avait été effectivement payée (p. ex., le code 01 pour le travailleur indépendant à titre principal) pour les trimestres concernés. S'il s'agit de la 1^{re} cotisation due, les droits sont donc ouverts en tant que travailleur indépendant. La situation sera éventuellement régularisée par la suite si la cotisation n'est pas payée à l'issue du délai octroyé (c.-à-d., si un bon de cotisation n'est pas délivré en 2021, il faudra revoir le droit ouvert en 2020.).

- Le starter obtient une dispense de cotisations

Conformément à l'article 252, alinéa 8, s'il s'agit de la 1^{re} cotisation due, les droits sont ouverts en tant que travailleurs indépendant. Le bon de cotisation et le flux L 410 mentionneront le code 13 (ou le code 15 s'il s'agit d'un conjoint aidant).

2. Voir art. 10 et 11 de l'A.R. du 07.12.2016 relatif à la force probante des données traitées par les institutions de sécurité sociale.

3. Cf. liste en annexe (non publiée ici).

4. Loi du 23.03.2020 modifiant la loi du 22.12.2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant les mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants.

5. Cela a pour conséquence que les indépendants (starters) bénéficiant de la mesure de crise temporaire droit passerelle n'ont pas la qualité de titulaires de l'art. 32, 6^{ter} de la loi SSI ; un code 16 ne sera donc jamais mentionné dans le flux L410 pour les starters.

b. Personne à charge qui doit s'inscrire comme titulaire

b.1. Une personne à charge peut perdre cette qualité car elle acquiert une qualité de titulaire qui lui permet de prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle (p. ex. salarié, pensionné, chômeur...) ⁶. Le maintien de droit visé à l'article 127 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne s'applique pas dans ce cas-là.

Durant la période de confinement, il est possible que les démarches pour s'inscrire comme titulaire soient retardées. En conséquence, les droits sont provisoirement maintenus durant la période de confinement en tant que personne à charge, tant que l'assuré n'a pas procédé à son inscription. Quand l'inscription aura eu lieu, elle sera rétroactive au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire a été acquise, selon les règles habituelles ⁷. S'il ne s'agit pas d'une première inscription mais d'un changement de qualité, les règles habituelles s'appliquent (le changement est pris en compte le jour même).

Il en va de même pour la personne à charge qui perd cette qualité en raison de la cessation de la cohabitation - lorsque la cohabitation est une condition pour être personne à charge - et qui doit utiliser une qualité de titulaire qu'elle possédait déjà potentiellement avant (p. ex., le pensionné bénéficiant d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète qui doit devenir titulaire pensionné car il se sépare du titulaire).

b.2. Une personne à charge doit s'inscrire comme titulaire car elle ne répond plus à la condition de revenus pour rester personne à charge.

Durant la période de confinement, il est possible que les démarches pour s'inscrire comme titulaire soient retardées. En conséquence, les droits sont provisoirement maintenus durant la période de confinement en tant que personne à charge, tant que l'assuré n'a pas procédé à son inscription. Quand l'inscription aura eu lieu, elle sera rétroactive au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la qualité de personne à charge a été perdue.

b.3. Lorsque le maintien de droit visé à l'article 127 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 s'applique ⁸, aucune disposition particulière n'est prise, le maintien de droit s'appliquant jusqu'à la fin 2020 s'il a pris cours en 2019, jusqu'à la fin 2021 s'il a pris cours en 2020.

Cela concerne par exemple l'enfant à charge qui atteint l'âge de 25 ans - sans avoir d'autre qualité que celle d'étudiant, personne handicapée ou résident - , ou la personne à charge qui cesse de cohabiter avec le titulaire - quand la cohabitation est une condition pour être personne à charge.

c. Changement de titulaire en vue de l'obtention du droit passerelle ?

Il n'est pas dérogé à la règle selon laquelle une demande de changement de titulaire sort ses effets au 1^{er} janvier de l'année suivante ⁹.

6. Art. 124, § 1^{er} 2° de l'A.R. du 03.07.1996.

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

8. Pour rappel, le maintien de droit visé à l'art. 127 ne s'applique que pour autant qu'il ne puisse pas exister de droit aux prestations au titre de titulaire au sens de l'art. 32, al. 1^{er}, 1° à 12°, 16°, 20° et 21°, de la loi SSL ou à titre de personne à charge.

9. Art. 126 de la loi SSL.

d. Titulaires résidents et autres qualités pour lesquelles l'inscription sort ses effets au début du trimestre de la demande¹⁰

d.1. Inscription et cotisation de validation

En principe, l'inscription en tant que titulaire résident¹¹ sort ses effets au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription est faite. Il faut prendre en compte la date de la signature de la demande d'inscription.

Durant la période de confinement, il est toutefois possible que les démarches pour s'inscrire comme titulaire soient retardées. La mutualité *peut*, à la demande de l'intéressé, accepter d'office une demande d'inscription rétroactive au 1^{er} janvier 2020 pour toute demande d'inscription en tant que résident¹² faite durant la période de confinement, pour autant que les conditions pour être inscrit en tant que résident étaient réunies au cours du 1^{er} trimestre 2020. La cotisation est fixée dans ce cas en fonction des revenus du 1^{er} trimestre 2020 et est payée pour le 1^{er} trimestre 2020 également.

Conformément à l'article 252, alinéa 7, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'inscription du titulaire n'est valable que si le montant d'une cotisation trimestrielle est payé, au plus tard, le dernier jour du trimestre suivant le trimestre *au cours duquel l'inscription a été demandée*.

 Exemple : un assuré demande son inscription en tant que titulaire résident le 6 avril 2020. S'il remplissait les conditions au cours du 1^{er} trimestre 2020 pour être inscrit comme résident, la mutualité peut l'inscrire rétroactivement au 1^{er} janvier 2020 si l'assuré le demande. La 1^{re} cotisation, fixée sur la base des revenus du 1^{er} trimestre, validant l'inscription, devra, en application des règles existantes, être payée au plus tard le 30 septembre 2020.¹³ Si l'assuré ne demande pas une inscription rétroactive au 1^{er} janvier 2020, les règles habituelles s'appliquent : l'inscription sort ses effets le 1^{er} avril 2020, la cotisation est fixée selon les revenus du 2^e trimestre, et devra être payée au plus tard le 30 septembre 2020.

Aucune demande d'inscription rétroactive n'est requise auprès du Service du contrôle administratif pour les inscriptions rétroagissant au plus tôt au 1^{er} janvier 2020, traitées pendant la période de confinement.

Les demandes d'inscriptions rétroactives sont requises auprès du Service du contrôle administratif pour les inscriptions rétroagissant avant le 1^{er} janvier 2020, qu'elles soient traitées pendant la période de confinement ou en dehors de celle-ci.

Ces cas ne nécessitent pas de rapport social s'ils sont soumis au Service du contrôle administratif pendant la période de confinement. Pendant cette période, les pièces justificatives concernant les revenus et dépenses de l'intéressé suffisent et doivent être jointes à la demande (p. ex. : une copie de la fiche de paie, un extrait de compte, une capture d'écran avec le montant de l'indemnité de maladie, une copie du contrat de bail, des copies de factures de gaz, eau et électricité, une copie du prêt).

Les demandes d'inscriptions rétroactives seront également requises auprès du Service du contrôle administratif pour les inscriptions rétroagissant au plus tôt au 1^{er} janvier 2020, qui seront demandées après la période de confinement (y compris la période tampon qui sera prévue).

10. Art. 252, al. 6, de l'A.R. du 03.07.1996.

11. Et autres qualités visées à l'art. 252, al. 6, de l'A.R. du 03.07.1996.

12. Idem.

13. Sous réserve de mesures plus favorables qui seraient prises pour la période suivant le confinement.

d.2. Vérification systématique des revenus des résidents

La vérification de la réduction ou de l'exonération de la cotisation de résident telle qu'élaborée dans la circulaire O.A. n° 2018/129 du 17 avril 2018 est pour l'instant reportée. La vérification qui sera organisée en 2020 sera précisée dans une circulaire séparée.

3. Intervention majorée

a. Une demande d'intervention majorée a déjà été introduite, mais n'a pas été finalisée

En principe, les documents de preuve doivent être remis à la mutualité dans les deux mois de la demande d'inscription d'intervention majorée¹⁴. Le délai étant suspendu durant la période de confinement, ce délai de 2 mois cesse de courir le 13 mars 2020.



Exemple : un assuré a introduit une demande d'intervention majorée le 2 février 2020 : il a jusqu'au 1^{er} avril 2020 pour rentrer les documents : le délai ayant cessé de courir au 13 mars 2020, les documents remis après le 1^{er} avril 2020 sont acceptés, la demande reste valable et la procédure d'examen est donc poursuivie.

b. Le droit à l'intervention majorée a été retiré et une nouvelle déclaration sur l'honneur ne peut pas être remise dans les délais réglementairement prévus pour assurer la continuité du droit

b.1. Perte du droit suite au contrôle systématique

En principe, l'assuré a jusqu'au 31 mars 2020 pour introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur lorsque le droit à l'intervention majorée a été retiré le 1^{er} janvier 2020¹⁵. Le délai étant suspendu depuis le 13 mars 2020, les déclarations sur l'honneur remises après le 31 mars 2020 peuvent être acceptées et considérées comme remises avant le 31 mars 2020, à la demande de l'assuré. Dans ce cas, les revenus du mois de février 2020 sont pris en compte. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur¹⁶ se fait dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. Si les conditions sont réunies, le droit est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2020.

Dans ce cas, le ménage ne sera pas repris dans le contrôle systématique de 2020.

Si une demande a déjà été introduite avant la période de confinement et n'a pas encore été finalisée, on conserve la période de revenus prise en compte initialement. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur se fait toutefois dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020.

Une demande introduite pendant la période de confinement est traitée comme une nouvelle demande (voir pt. c ci-dessous) dans les autres cas.

14. Art. 29 de l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

15. Art. 38 de l'A.R. du 15.01.2014.

16. Art. 32 de l'A.R. du 15.01.2014.

b.2. Perte du droit octroyé automatiquement

En principe, l'assuré à qui le droit ne peut plus être octroyé automatiquement au 1^{er} janvier 2020 a jusqu'au 31 mars 2020 pour introduire une déclaration sur l'honneur¹⁷. Le délai étant suspendu depuis le 13 mars 2020, les déclarations sur l'honneur remises après le 31 mars 2020 peuvent être acceptées et considérées comme remises avant le 31 mars 2020, à la demande de l'assuré. Dans ce cas, les revenus de février 2020 sont pris en compte. Si les conditions sont réunies, le droit est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2020.

Dans ce cas, le ménage ne sera pas repris dans le contrôle systématique de 2020.

Si une demande a déjà été introduite avant la période de confinement et n'a pas encore été finalisée, on conserve la période de revenus prise en compte initialement.

Une demande introduite pendant la période de confinement est traitée comme une nouvelle demande (voir pt. c ci-dessous) dans les autres cas.

b.3. Perte du droit suite à une modification de la composition du ménage

En cas de modification de la composition du ménage, il est mis fin au droit à l'intervention majorée, au plus tard au dernier jour du trimestre suivant celui au cours duquel cette modification est intervenue¹⁸.

Si une nouvelle demande est introduite durant la période de confinement, et que, selon les règles habituelles d'ouverture du droit, celui-ci s'ouvrirait à une date postérieure au 1^{er} avril 2020, le droit est octroyé au 1^{er} avril 2020.

 Exemple : un ménage est composé d'un titulaire et d'un enfant à charge. L'enfant a commencé une activité salariée le 5 octobre 2019. La situation est détectée le 6 avril 2020. Le droit à l'intervention majorée est retiré le 31 mars 2020. Le titulaire introduit une demande pendant la période de confinement : elle prend effet au plus tard au 1^{er} avril 2020.

Si l'enfant a commencé son activité salariée le 5 septembre 2019, l'intervention majorée a été retirée le 31 décembre 2019. Le titulaire introduit une demande durant la période de confinement : celle-ci est traitée comme une nouvelle demande (voir pt. c).

Lorsque la mutualité constate l'arrivée dans le ménage d'un cohabitant potentiel, elle contacte l'assuré qui dispose d'un délai de trois mois pour lui répondre. À défaut de réponse dans les trois mois, cette situation est considérée comme une modification de la composition du ménage¹⁹. Le délai ayant cessé de courir le 13 mars 2020, les réponses ultérieures sont prises en compte. Tant qu'il n'y a pas de réponse, le droit est maintenu.

 Exemple : la mutualité a contacté l'assuré le 14 décembre 2019. Il pouvait répondre jusqu'au 13 mars 2020. Le délai ayant cessé de courir, une réponse après cette date est acceptée. En l'absence de réponse durant la période de suspension des délais, la situation n'est pas considérée comme une modification de la composition du ménage et le droit est donc maintenu.

 Exemple : la mutualité constate le 6 avril 2020 qu'un cohabitant potentiel fait partie du ménage depuis le 2 avril 2020. La période de confinement n'empêche pas la mutualité d'interroger le ménage. Tant qu'il n'y a pas de réponse, le droit est maintenu.

17. Art. 15 de l'A.R. du 15.01.2014.

18. Art. 35, al. 1^{er}, de l'A.R. du 15.01.2014.

19. Art. 35, al. 2, de l'A.R. du 15.01.2014.

C. Introduction d'une nouvelle demande

DEMANDE AVEC APPLICATION D'UNE PÉRIODE DE RÉFÉRENCE D'UN AN

En principe, le droit s'ouvre au 1^{er} jour du trimestre d'introduction de la demande²⁰.

Exceptionnellement, les demandes introduites durant la période de confinement sont considérées comme introduites le 13 mars 2020, et le droit est donc octroyé à partir du 1^{er} janvier 2020.

 Exemple : une demande avec application d'une période de référence d'un an (revenus de 2019) est introduite le 6 avril 2020. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur se fait dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. Le droit est octroyé le 1^{er} janvier 2020, et non le 1^{er} avril 2020.

DEMANDE AVEC INDICATEUR

En principe, le droit s'ouvre au 1^{er} jour du mois qui précède celui de l'introduction de la demande²¹.

 Exemple : l'assuré a l'indicateur famille monoparentale depuis décembre 2019. Il introduit sa demande le 6 avril 2020. On tient compte des revenus de mars 2020. La mutualité peut accepter de considérer que la demande a été introduite en mars 2020 et tenir compte des revenus de février 2020. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur²² se fait dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. On ouvre alors le droit au 1^{er} février 2020.

Si la demande est introduite durant le mois au cours duquel l'indicateur est né, le droit s'ouvre au 1^{er} jour de ce mois. Si la demande est introduite dans les trois mois de cette acquisition d'un indicateur, le droit s'ouvre le 1^{er} jour du mois de la naissance de l'indicateur.

 Exemple :

- l'assuré est pensionné le 1^{er} mars 2020. Il introduit sa demande le 6 avril 2020. On tient compte des revenus de mars 2020. On ouvre le droit au 1^{er} mars 2020
- l'assuré est pensionné le 1^{er} janvier 2020. Il introduit sa demande le 6 avril 2020. La mutualité peut accepter de considérer que la demande a été introduite en mars 2020, en tenant compte des revenus de février 2020. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur²³ se fait dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. On ouvre alors le droit au 1^{er} janvier 2020.

20. Art. 34 de l'A.R. du 15.01.2014.

21. Idem.

22. Art. 32 de l'A.R. du 15.01.2014.

23. Art. 32 de l'A.R. du 15.01.2014.

d. Introduction d'une déclaration sur l'honneur "cohabitant" en vue de l'octroi du droit automatique à celui-ci

En principe²⁴, le droit est octroyé au cohabitant au plus tôt à partir du jour de la remise à la mutualité de cette déclaration.

- si la cohabitation est postérieure à l'ouverture du droit à l'intervention majorée pour le bénéficiaire principal, le droit est toutefois octroyé au cohabitant rétroactivement au plus tôt à la date de la cohabitation si la déclaration sur l'honneur est remise à la mutualité dans les trois mois de cette date.

Ce délai de 3 mois est suspendu durant la période de confinement.

 Exemple : A bénéficie du droit automatique depuis le 1^{er} novembre 2019. Il cohabite avec C à partir du 14 décembre 2019 : C bénéficie également de l'IM à partir du 14 décembre 2019 si la déclaration est remise à la mutualité avant le 14 mars 2020.

Le délai étant suspendu depuis le 13 mars 2020, une déclaration remise pendant la période de confinement sera prise en compte et le droit sera octroyé rétroactivement au 14 décembre 2019.

- si la cohabitation est antérieure à l'ouverture du droit à l'intervention majorée pour le bénéficiaire principal, le droit est toutefois octroyé au cohabitant rétroactivement au plus tôt à la date de l'ouverture du droit pour le bénéficiaire principal, si la déclaration sur l'honneur est remise à la mutualité dans les trois mois de l'ouverture du droit.

Ce délai de 3 mois est suspendu durant la période de confinement.

 Exemple : A bénéficie du droit automatique depuis le 1^{er} janvier 2020. Il cohabite avec C depuis le 15 avril 2019 : C bénéficie également de l'IM à partir du 1^{er} janvier 2020 si la déclaration est remise à la mutualité avant le 1^{er} avril 2020.

Le délai étant suspendu depuis le 13 mars 2020, une déclaration remise pendant la période de confinement sera prise en compte et le droit sera octroyé rétroactivement au 1^{er} janvier 2020.

 Circulaire O.A. n° 2020/106 - 220/26 - 2299/9 et 3991/319 du 15 avril 2020.

24. Cf. circ. O.A. 2019/302, p. 14.

II. Convention pour les projets de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide (Protocole 3) : mesures Covid et prolongation

En vigueur à partir du 14 mars 2020

Le Comité de l'assurance a approuvé les mesures temporaires prises dans le contexte de la crise du COVID-19 pour assurer la continuité des soins. Ces mesures sont intégrées dans la convention via un avenant qui prend ses effets à partir du 14 mars 2020. Elles s'appliquent jusqu'au 30 juin 2020. Cette période pourra être prolongée en fonction de l'évolution de la pandémie de Covid-19 par décision du Comité de l'assurance, sur proposition des Commissions de conventions infirmiers – organismes assureurs et MRS/MRPA – organismes assureurs.

Le Comité de l'assurance a également approuvé la prolongation de 6 mois de la convention pour mettre en place l'évaluation de la phase 3 (jusqu'au 30.06.2021), qui sera intégrée dans les avenants susmentionnés.

En quoi consistent les mesures temporaires liées à la crise du COVID-19 ?

1. Prestations à distance

Pour les patients déjà pris en charge, la poursuite du traitement peut être réalisée à distance, par le biais d'appels téléphoniques, de communications vidéo à distance ou d'appels vidéos pour les prestations suivantes :

- séance de case management
- séance de suivi psychologique (individuel)
- séance d'ergothérapie.

Les séances d'ergothérapie à distance sont limitées à deux séances d'une heure chacune, deux jours différents, et aux patients ayant déjà bénéficié d'une séance individuelle en présence de l'ergothérapeute.

Les pseudocodes relatifs à ces prestations effectuées à distance sont inchangés.

2. Prolongation des périodes de prise en charge

Pour les patients déjà pris en charge, dont la poursuite du traitement ne peut pas être (entièrement) réalisée à distance, les périodes de prise en charge sont prolongées de 6 mois. Il s'agit des prestations suivantes :

- ergothérapie
- éducation aux soins
- sessions de groupe aidants proches
- suivi psychologique en groupe (uniquement pour les projets proposant cette prestation).

Chaque période initiée avant le 14 mars 2020 et se terminant entre le 1^{er} mars et le 30 septembre 2020 durera donc au maximum 12 mois au lieu des 6 mois prévus par la convention (et max. 18 mois au lieu de 12 mois pour l'éducation aux soins). Chaque période, quelle que soit sa durée, se terminera au plus tard le 31 décembre 2020.

3. Initiation d'une deuxième période avant la fin de la première période

Pour les prestations dont la période est prolongée de 6 mois (voir ci-dessus), l'initiation d'une deuxième période peut se faire avant la fin de cette prolongation de 6 mois, pour autant que :

- le patient ait bénéficié d'une première période d'une durée de 6 mois, initiée avant le 14 mars 2020 et devant se terminer entre le 1^{er} mars et le 30 septembre 2020
- le patient se trouve, entre le 1^{er} mars et le 30 septembre 2020, dans les conditions prévues à l'article 9 de la convention pour bénéficier d'une 2^e période
- le nombre moyen maximum d'unités de facturation prévu à l'article 10, § 2 (tableau 2) de la convention ait déjà été facturé pour ce patient lors de cette première période.

Exemple : Suivi psychologique (groupe)

Période initiée le 1^{er} novembre 2019

Fin prévue : 30 avril 2020

Fin effective : 31 octobre 2020, suite à la prolongation de 6 mois.

Exception : Si le patient avait déjà reçu 40 unités de facturation avant le 14 mars 2020, que les 11 unités de facturation restantes sont finalement toutes utilisées au 30 juin 2020, et que le patient se trouve dans les conditions pour une 2^e période, cette 2^e période peut être initiée dès le 1^{er} juillet 2020.

Quels projets sont concernés ?

Mesure	Projets (n° INAMI)
Prolongation de 6 mois	Tous
Prestations à distance	Tous
Ergothérapie : prolongation de 6 mois de la période de prise en charge + initiation précoce d'une 2 ^e période	Tous
Éducation aux soins pour le bénéficiaire: prolongation de 6 mois de la période de prise en charge + initiation précoce d'une 2 ^e période	75903686
	75910715
	75910814
Sessions de groupe aidants proches : prolongation de 6 mois de la période de prise en charge + initiation précoce d'une 2 ^e période	75903884
	75910022
	75940112
Suivi psychologique (en groupe) : prolongation de 6 mois de la période de prise en charge + initiation précoce d'une 2 ^e période	75903092
	75903686
	75903884
	75910616
	75910715
	75910814



Circulaire O.A. n° 2020/152 - 1740/251 - 1741/489 - 1743/69 - 191/21 - 3033/19 du 28 mai 2020.

III. L'octroi de la prime de rattrapage dans le cadre du régime des travailleurs salariés

I. Contexte réglementaire

L'article 98, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, inséré par l'article 38 de la loi du 30 décembre 2009 portant des dispositions diverses (publiée au M.B. du 31.12.2009, éd. 3), prévoit une revalorisation des indemnités en faveur de certains invalides, sous forme d'une prime de rattrapage.

Il s'agit d'une mesure de revalorisation prise dans le cadre de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations et inscrite dans l'accord interprofessionnel 2009-2010. La mesure est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2010.

La disposition légale précitée confère au Roi la compétence de déterminer, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de la prime ainsi que les catégories d'invalides qui peuvent y prétendre en fonction de la date de début de l'incapacité de travail.

L'arrêté royal du 2 mai 2019 modifiant l'article 237^{quinquies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (publié au M.B. du 02.05.2019), détermine la réglementation en vigueur en ce qui concerne l'octroi d'une prime de rattrapage annuelle.

Plus particulièrement, cette prime de rattrapage est allouée au titulaire invalide qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, *est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an* et est encore reconnu invalide au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour civil. Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.

À partir de l'année 2020, le montant de la prime de rattrapage allouée au titulaire invalide est égal à :

- 304,9085 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) pour ceux qui étaient considérés comme travailleur avec personne à charge à la date du 31 décembre précitée (indexé : 435,47 EUR)
- 262,0575 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) pour ceux qui n'étaient pas considérés comme travailleur avec personne à charge à la date du 31 décembre précitée (indexé : 374,27 EUR).

Toutefois, si le titulaire *est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum de deux ans* au 31 décembre de l'année précédant l'année de l'octroi et est encore reconnu invalide au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour civil, il peut prétendre à une prime de rattrapage d'un montant plus élevé.

À partir de l'année 2020, le montant de la prime de rattrapage allouée au titulaire invalide est égal à :

- 511,4671 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) pour ceux qui étaient considérés comme travailleur avec personne à charge à la date du 31 décembre précitée (indexé : 730,48 EUR)
- 450,5186 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) pour ceux qui n'étaient pas considérés comme travailleur avec personne à charge à la date du 31 décembre précitée (indexé : 643,43 EUR).

Afin de déterminer si un titulaire invalide peut être considéré comme travailleur avec personne à charge au 31 décembre de l'année précédant l'année de l'octroi de la prime de rattrapage, les règles de l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont d'application.

II. Questions spécifiques concernant l'octroi de la prime de rattrapage annuelle

• Le montant de la prime de rattrapage est-il un montant brut ou un montant net ?

Le montant de la prime de rattrapage est un montant forfaitaire annuel qui est payé avec les indemnités dues pour le mois de mai aux titulaires invalides qui, à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum d'un an.

Il s'agit d'un *montant brut* sur lequel aucun précompte professionnel ne doit être retenu. Ce montant n'est pas non plus concerné par la retenue de 3,5 % prélevée sur les indemnités d'invalidité destinée au secteur des pensions.

Le montant de la prime de rattrapage sera imposé ultérieurement comme revenu de remplacement.

• La prime de rattrapage est-elle soumise aux règles de saisissabilité ?

Par analogie avec l'indemnité d'invalidité, la prime de rattrapage est soumise aux règles en matière de saisissabilité (cf. art. 1410, § 1^{er}, 4^o, du C. jud.). En d'autres termes, une retenue intégrale ou partielle peut être opérée sur le montant de la prime de rattrapage à des fins de remboursement des créanciers.

• La prime de rattrapage doit-elle être assimilée à un revenu dans le cadre de l'application des articles 225 et 226bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (examen de la situation en matière de revenus d'une/de personne(s) cohabitant avec un titulaire invalide) ?

Étant donné que l'octroi de la prime de rattrapage annuelle est une mesure de revalorisation prise dans le cadre de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, cette prime doit être neutralisée comme revenu pour l'application des articles 225 et 226bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (cf. art. 225, § 7, et art. 226bis, § 1^{er}, al. 2, et § 2, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

- **Faut-il prendre en compte le montant de la prime de rattrapage pour l'application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et pour l'application de l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ?**

Il ne faut pas prendre en compte le montant de la prime de rattrapage pour l'application de la disposition relative au cumul mentionnée dans l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (règle de la différence) et dans l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (réduction éventuelle de l'indemnité d'incapacité de travail en fonction de la fraction de l'occupation).

- **Faut-il prendre en compte le montant de la prime de rattrapage dans le calcul des indemnités au *pro rata* dans le cadre du Règlement européen ?**

Le montant de la prime de rattrapage ne doit pas être pris en compte pour le calcul en question.

- **Une renonciation aux indemnités implique-t-elle également une renonciation à la prime de rattrapage ? Une renonciation séparée à la prime de rattrapage est-elle possible ?**

Un titulaire invalide renoncera en principe aux indemnités parce qu'il ne souhaite pas perdre l'avantage auquel il peut prétendre dans le cadre d'une autre réglementation (p. ex. : réglementation relative aux pensions) à la suite de l'application d'une interdiction de cumul de l'avantage existant et des indemnités d'invalidité.

La possibilité de renonciation aux indemnités est prévue dans l'article 236*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cet article ne prévoit néanmoins pas de possibilité de renonciation à la prime de rattrapage.

Cela signifie qu'un assuré qui renonce aux indemnités peut cependant prétendre à la prime de rattrapage, pour autant qu'à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement, il ait été reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an. Comme condition d'octroi de la prime de rattrapage, il n'est nulle part stipulé que le titulaire invalide doit également percevoir réellement des indemnités.

Cela signifie aussi qu'une renonciation distincte à la prime de rattrapage n'est pas possible.

- **La prime de rattrapage doit-elle être payée à un titulaire invalide qui est reconnu incapable depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement, même si il/elle n'est plus invalide au mois de mai de l'année du paiement ?**

La prime de rattrapage peut uniquement être payée à un titulaire invalide qui est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement **et** qui est toujours invalide au mois de mai de l'année du paiement. Peu importe si l'assuré est demeuré invalide tout le mois de mai ou seulement une partie du mois de mai (p. ex. en raison d'une reprise du travail ou s'il est décédé au cours de ce mois). Dès qu'il est reconnu invalide pendant au moins un jour en mai, la prime annuelle de rattrapage devra être versée.

- **Un titulaire invalide qui est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et qui est reconnu invalide jusqu'au 30 avril inclus de l'année du paiement, peut-il en cas de rechute dans les trois mois, par exemple à la date du 1^{er} juillet de la même année, prétendre à la prime de rattrapage ?**

Puisque cet assuré n'est plus reconnu invalide au mois de mai de l'année du paiement, il/elle ne peut par conséquent pas prétendre à la prime de rattrapage.

- **Quelle est l'incidence d'une rechute à condition que, au 31 décembre de l'année précédant l'année d'octroi, le titulaire ait été reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un ou de deux ans, pour pouvoir prétendre à la prime de rattrapage ?**

Dans l'assurance indemnités, pendant la première année d'incapacité de travail (l'"incapacité primaire"), le principe est que si l'état d'incapacité de travail n'a pas été reconnu pendant moins de 14 jours civils, cette période n'interrompt pas la période d'incapacité primaire (art. 87, al. 4, de la loi coordonnée du 14.07.1994). Il s'agit alors d'une rechute en incapacité primaire. Pendant la période d'invalidité, il a été prévu que si le titulaire ne se trouve plus dans un état d'invalidité pendant une période inférieure à trois mois, cette période pendant laquelle aucune indemnité n'est payée "n'interrompt pas le cours de la période d'invalidité" (art. 93, al. 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

> Exemple :

- un assuré A a été reconnu incapable de travailler à partir du 31 décembre 2018. Il reprend le travail le 1^{er} mars 2019 mais il est de nouveau reconnu incapable de travailler à partir du 9 mars 2019. En mai 2020, il est toujours reconnu incapable de travailler.
Dans cette situation, il a droit à la prime de rattrapage au mois de mai 2020 parce qu'il a été reconnu incapable de travailler pendant au moins un an au 31 décembre de l'année civile précédente (la période de reprise du travail à partir du 01.03.2019 au 08.03.2019 inclus (< 14 jours ; rechute en incapacité primaire) n'interrompt en effet pas la période d'incapacité primaire) et qu'il a été reconnu incapable de travailler pendant au moins un jour au mois de mai de l'année civile en cours
- un assuré B a été reconnu incapable de travailler à partir du 31 décembre 2018. Il reprend le travail le 1^{er} mars 2019, mais il est de nouveau reconnu incapable de travailler à partir du 21 mars 2019. En mai 2020, il est toujours reconnu incapable de travailler.
Dans cette situation, il n'a pas le droit à la prime de rattrapage au mois de mai 2020 parce qu'il n'a pas été reconnu incapable de travailler pendant au moins un an au 31 décembre de l'année civile précédente (la période de reprise du travail à partir du 01.03.2019 au 20.03.2019 inclus (≥ 14 jours ; pas de rechute en incapacité primaire) interrompt la période d'incapacité primaire). Le fait qu'il ait été reconnu invalide au moins un jour au mois de mai 2020 ne joue aucun rôle dans cette situation.
- **Un titulaire invalide dont l'incapacité de travail est suivie par une reprise du travail de moins de trois mois aux environs du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement de la prime et qui par la suite, reste reconnu incapable de travailler en raison d'une rechute en invalidité peut-il prétendre à la prime de rattrapage ?**

La prime peut être allouée à ce titulaire invalide pour autant que l'invalidité (suite à la rechute) soit reconnue au moins jusqu'au mois de mai de l'année du paiement.

L'article 93, alinéa 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose en effet que "si le titulaire ne se trouve plus en état d'incapacité de travail comme prévu à l'article 100, pendant une période comptant moins de trois mois, cette période non indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'invalidité".

L'intéressé peut donc, dans le cas susvisé, être considéré comme se trouvant toujours en état d'invalidité ou comme étant incapable de travailler depuis au moins un an, au 31 décembre de l'année précédant l'année du paiement de la prime.

- La prime de rattrapage doit-elle être payée à un titulaire qui est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et dont l'incapacité de travail est également prolongée par après, mais qui au mois de mai de l'année du paiement :
- à la suite d'une sanction, n'a plus droit qu'à 90 % de son indemnité (p. ex. en raison d'une déclaration tardive d'une rechute en invalidité)
- à la suite d'un internement, n'a plus droit qu'à 50 % de son indemnité (art. 233 de l'A.R. du 03.07.1996)
- à la suite d'une saisie, n'a plus droit qu'à une partie de son indemnité
- à la suite de l'application d'une règle de cumul (art. 136, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994), ne perçoit pas d'indemnités
- à la suite d'une suspension (en application de l'art. 134, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994), ne perçoit pas d'indemnités
- à la suite d'une sanction administrative, ne perçoit pas d'indemnités ?

Comme déjà dit précédemment, la condition d'octroi de la prime de rattrapage est que le titulaire ait été reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement. Il n'est pas requis que le titulaire invalide perçoive aussi effectivement des indemnités.

Dans toutes les situations précitées, l'intéressé peut dès lors prétendre à la prime de rattrapage.

- **À quelle prime de rattrapage a droit le titulaire invalide qui pouvait prétendre à l'indemnité d'invalidité comme travailleur avec personne à charge au 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi de cette prime de rattrapage sur base de la mesure de garantie visée à l'article 215bis, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ?**

L'intéressé a droit à la prime de rattrapage (plus élevée) pour un titulaire avec charge de famille.

- **Les périodes de protection de la maternité visées aux articles 114 et 114bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 peuvent-elles être prises en compte pour déterminer si la condition d'"incapacité de travail d'au moins un an reconnue au 31 décembre de l'année précédant l'année de paiement" est remplie ?**

Une période de repos de maternité ou une période d'écartement du travail (avant ou après l'accouchement) ne peut pas être prise en compte pour déterminer si le titulaire remplit les conditions d'octroi de la prime de rattrapage. D'ailleurs, l'article 87, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que les périodes de protection de la maternité visées aux articles 114 et 114bis qui se situent dans une période d'incapacité primaire suspendent le cours de ladite période. Un des objectifs était d'éviter qu'une assurée reconnue incapable de travailler ne tombe prématurément en invalidité à la suite d'une période de protection de la maternité.



Illustrons cela par un exemple :

Une travailleuse est reconnue incapable de travailler à partir du 20 décembre 2018. En principe, elle entre en invalidité le 20 décembre 2019 et remplit donc la condition pour pouvoir prétendre à la prime de rattrapage (reconnue incapable de travailler pendant au moins un an au 31.12.2019) dans l'hypothèse où elle est encore reconnue invalide durant au moins un jour civil au mois de mai 2020.

Toutefois, si cette travailleuse a été en repos de maternité au cours de l'année 2019, la période d'incapacité de travail sera (en principe) suspendue pendant 15 semaines et l'intéressée n'entrera en invalidité qu'au cours de l'année 2020. Elle ne peut alors pas être considérée comme "reconnue incapable de travailler pendant au moins un an au 31 décembre 2019" et ne pourra donc pas prétendre à la prime de rattrapage au mois de mai 2020, même pas si elle a été reconnue invalide à ce moment-là.

- **Les périodes de protection de la maternité visées aux articles 114 et 114bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 se situant dans la période d'invalidité peuvent-elles être prises en compte pour déterminer si la condition d'"incapacité de travail d'au moins deux ans reconnue au 31 décembre de l'année précédant l'année de paiement" est remplie ?**

Une période de repos de maternité ou une période d'écartement du travail (avant ou après l'accouchement) ne peut pas être prise en compte pour déterminer si le titulaire remplit les conditions d'octroi de la prime de rattrapage. D'ailleurs, l'article 93, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que les périodes de protection de la maternité visées aux articles 114 et 114bis qui se situent dans une période d'invalidité suspendent le cours de ladite période.

- > Illustrons cela par un exemple :

Une travailleuse est reconnue incapable de travailler à partir du 20 décembre 2017. En principe, elle est reconnue en incapacité de travail depuis deux ans le 20 décembre 2019 et remplit donc la condition pour pouvoir prétendre à la prime de rattrapage plus élevée (reconnue incapable de travailler pendant au moins deux ans au 31.12.2019) dans l'hypothèse où elle est encore reconnue invalide durant au moins un jour civil au mois de mai 2020.

Toutefois, si cette travailleuse a été en repos de maternité au cours de l'année 2019, la période d'invalidité sera (en principe) suspendue pendant 15 semaines et l'intéressée ne sera reconnue en incapacité de travail depuis deux ans qu'au cours de l'année 2020. Elle ne peut alors pas être considérée comme "reconnue incapable de travailler pendant au moins deux ans au 31 décembre 2019" et ne pourra donc pas prétendre à la prime de rattrapage au mois de mai 2020, même pas si elle a été reconnue d'au moins deux ans à ce moment-là.

- **Une titulaire qui est reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et dont l'incapacité de travail demeure également reconnue par après peut-elle prétendre à la prime de rattrapage si, au mois de mai de l'année du paiement, elle se trouve en repos de maternité et perçoit donc des indemnités de maternité ?**

Même si l'intéressée ne peut prétendre à des indemnités d'invalidité au mois de mai (la période de repos de maternité suspend la période d'invalidité), la prime de rattrapage peut dans pareil cas malgré tout être payée, vu la mesure de garantie prévue dans l'article 113, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en vertu de laquelle le montant de l'indemnité de maternité ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'invalidité à laquelle l'intéressée aurait pu prétendre si elle n'avait pas été en repos de maternité.

- **Une titulaire qui est reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an l'année qui précède l'année du paiement et dont l'incapacité de travail demeure également reconnue par après peut-elle prétendre à la prime de rattrapage au mois de mai de l'année du paiement si, dans la période autour du 31 décembre de l'année précédente, elle est en repos de maternité et perçoit donc des indemnités de maternité (l'intéressée est déjà reconnue incapable de travailler depuis au moins un an au début du repos de maternité) ?**

Étant donné que l'intéressée a été reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum de un an pendant l'année qui précède celle du paiement, et même si la période d'invalidité a été temporairement suspendue vers la fin de cette année en raison du repos de maternité, la mutualité peut lui payer la prime de rattrapage au mois de mai de l'année suivante.

- **Un titulaire reconnu invalide tant dans le régime des travailleurs salariés que dans le régime des travailleurs indépendants peut-il prétendre à deux fois le montant de la prime de rattrapage annuelle ?**

Un titulaire invalide qui remplit les conditions d'octroi ne peut prétendre qu'une seule fois au montant de la prime de rattrapage annuelle, même s'il est simultanément incapable de travailler dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés et dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.

III. Entrée en vigueur de la présente circulaire

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} mai 2020 et remplace la circulaire O.A. n° 2011/325 du 9 août 2011.



Circulaire O.A. n° 2020/117 - 17/14 - 422/20 du 27 avril 2020.

IV. L'octroi d'une prime de rattrapage dans le cadre du régime des travailleurs indépendants

I. Contexte réglementaire

Conformément à l'article 12*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, une prime de rattrapage annuelle est allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum d'un an et sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier. Cette prime s'élève à un montant forfaitaire de 196,8411 EUR à partir de 2020 (montant indexé : 281,13 EUR).

La prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.

II. Questions spécifiques concernant l'octroi de la prime de rattrapage annuelle

- **Le montant de la prime de rattrapage est-il un montant brut ou un montant net ?**

Le montant de la prime de rattrapage est un montant forfaitaire annuel qui est payé avec les indemnités dues pour le mois de mai aux titulaires invalides qui, à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de un an.

Il s'agit d'un *montant brut* sur lequel aucun précompte professionnel ne doit être retenu.

Le montant de la prime de rattrapage sera cependant imposé ultérieurement comme revenu de remplacement.

- **La prime de rattrapage est-elle soumise aux règles de saisissabilité ?**

Par analogie avec l'indemnité d'invalidité, la prime de rattrapage est soumise aux règles en matière de saisissabilité (cf. art. 1410, § 1^{er}, 4^o, du C. jud.). En d'autres termes, une retenue intégrale ou partielle peut être opérée sur le montant de la prime de rattrapage à des fins de remboursement des créanciers.

- **La prime de rattrapage doit-elle être assimilée à un revenu dans le cadre de l'application des articles 225 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (examen de la situation en matière de revenus d'une/de personne(s) cohabitant avec un titulaire invalide) ?**

Étant donné que l'octroi de la prime de rattrapage annuelle est une mesure de revalorisation prise dans le cadre de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, cette prime doit être neutralisée comme revenu pour l'application des articles 225 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (cf. art. 225, § 7, et art. 226*bis*, § 1^{er}, al. 2, et § 2, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

◦ **Faut-il prendre en compte le montant de la prime de rattrapage pour l'application des articles 28, 28*bis* et 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ?**

Il ne faut pas prendre en compte le montant de la prime de rattrapage pour l'application de la règle de réduction des prestations mentionnée :

- dans l'article 28 (réduction des indemnités des trois quarts du revenu professionnel acquis pendant une période de réadaptation professionnelle ou pendant une période d'emploi dans un atelier protégé à partir du moment où ces périodes précitées ont atteint une durée de 6 mois)
- dans l'article 28*bis* (réduction des indemnités de 10 % à partir du moment où la période d'activité autorisée telle que visée dans les articles 23 et 23*bis* atteint une durée de 6 mois et application de la règle de cumul en fonction des revenus professionnels perçus à partir de la 4^e année civile complète qui suit l'année au cours de laquelle l'activité professionnelle autorisée a débuté)
- dans l'article 29 (réduction des indemnités du montant des indemnités de maladie accordées dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, du montant d'une indemnité accordée en cas d'accident du travail ou d'une rente accordée pour cause de maladie professionnelle, du montant d'une indemnisation accordée en vertu du droit commun,...).

◦ **Faut-il prendre en compte le montant de la prime de rattrapage dans le calcul des indemnités au *pro rata* dans le cadre du Règlement européen ?**

Le montant de la prime de rattrapage ne doit pas être pris en compte pour le calcul en question.

◦ **Une renonciation aux indemnités implique-t-elle également une renonciation à la prime de rattrapage ? Une renonciation séparée à la prime de rattrapage est-elle possible ?**

Un titulaire invalide renoncera en principe aux indemnités parce qu'il ne souhaite pas perdre l'avantage auquel il peut prétendre dans le cadre d'une autre réglementation (p. ex. : réglementation relative aux pensions) à la suite de l'application d'une interdiction de cumul de l'avantage existant et des indemnités d'invalidité.

La possibilité de renonciation aux indemnités est prévue dans l'article 236*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 qui, en vertu de l'article 82 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, est également applicable dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.

Cet article ne prévoit néanmoins pas de possibilité de renonciation à la prime de rattrapage.

Cela signifie qu'un assuré qui renonce aux indemnités peut cependant prétendre à la prime de rattrapage, pour autant qu'à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement, il ait été reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an.

Comme condition d'octroi de la prime de rattrapage il n'est nulle part stipulé que le titulaire invalide doive également percevoir réellement des indemnités.

Cela signifie aussi qu'une renonciation distincte à la prime de rattrapage n'est pas possible.

- **La prime de rattrapage doit-elle être payée à un titulaire invalide qui est reconnu incapable depuis une durée minimum de un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement, même si il/elle n'est plus invalide au mois de mai de l'année du paiement ?**

La prime de rattrapage peut uniquement être payée à un titulaire invalide qui est reconnu incapable de travailler depuis une durée de minimum un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et qui est toujours invalide au mois de mai de l'année du paiement. Peu importe que l'assuré soit demeuré invalide tout le mois de mai ou seulement une partie du mois de mai (p. ex. en raison d'une reprise du travail ou s'il est décédé au cours de ce mois). Dès que l'assuré peut, au cours du mois de mai, en principe prétendre à une ou plusieurs indemnités d'invalidité, la prime de rattrapage annuelle devra être payée.

- **Un titulaire invalide qui est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum de un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et qui est reconnu invalide jusqu'au 30 avril inclus de l'année du paiement, peut-il en cas de rechute dans les trois mois, par exemple à la date du 1^{er} juillet de la même année, prétendre à la prime de rattrapage ?**

Puisque cet assuré n'est plus reconnu invalide au mois de mai de l'année du paiement, il/elle ne peut par conséquent pas prétendre à la prime de rattrapage

- **Quelle est l'incidence d'une rechute à condition que, au 31 décembre de l'année précédant l'année d'octroi, le titulaire ait été reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un ou de deux ans, pour pouvoir prétendre à la prime de rattrapage ?**

Dans l'assurance indemnités, pendant la première année d'incapacité de travail (l'"incapacité primaire"), le principe est que si l'état d'incapacité de travail n'a pas été reconnu pendant moins de 14 jours civils, cette période n'interrompt pas la période d'incapacité primaire (art. 8, al. 1^{er} et art. 9, § 2 de l'A.R. du 20.07.1971). Il s'agit alors d'une rechute en incapacité primaire. Pendant la période d'invalidité, il a été prévu "qu'une interruption dans l'état d'invalidité de moins de trois mois n'est pas censée avoir interrompu une période d'invalidité" (art. 10, § 3 de l'A.R. du 20.07.1971).

Exemple :

- un assuré A a été reconnu incapable de travailler à partir du 31 décembre 2018. Il reprend le travail le 1^{er} mars 2019 mais il est de nouveau reconnu incapable de travailler à partir du 9 mars 2019. En mai 2020, il est toujours reconnu incapable de travailler.
Dans cette situation, il a droit à la prime de rattrapage au mois de mai 2020 parce qu'il a été reconnu incapable de travailler pendant au moins un an au 31 décembre de l'année civile précédente (la période de reprise du travail à partir du 01.03.2019 au 08.03.2019 inclus (< 14 jours ; rechute en incapacité primaire) n'interrompt en effet pas la période d'incapacité primaire) et qu'il a été reconnu incapable de travailler pendant au moins un jour au mois de mai de l'année civile en cours
- un assuré B a été reconnu incapable de travailler à partir du 31 décembre 2018. Il reprend le travail le 1^{er} mars 2019, mais il est de nouveau reconnu incapable de travailler à partir du 21 mars 2019. En mai 2020, il est toujours reconnu incapable de travailler.
Dans cette situation, il n'a pas le droit à la prime de rattrapage au mois de mai 2020 parce qu'il n'a pas été reconnu incapable de travailler pendant au moins un an au 31 décembre de l'année civile précédente (la période de reprise du travail à partir du 01.03.2019 au 20.03.2019 inclus (≥ 14 jours ; pas de rechute en incapacité primaire) interrompt la période d'incapacité primaire). Le fait qu'il ait été reconnu invalide au moins un jour au mois de mai 2020 ne joue aucun rôle dans cette situation.

- **Un titulaire invalide dont l'incapacité de travail est suivie par une reprise du travail de moins de trois mois aux environs du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement de la prime et qui par la suite, reste reconnu incapable de travailler en raison d'une rechute en invalidité peut-il prétendre à la prime de rattrapage ?**

La prime peut être allouée à ce titulaire invalide pour autant que l'invalidité (suite à la rechute) soit reconnue au moins jusqu'au mois de mai de l'année du paiement.

L'article 10, § 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 dispose en effet "qu'une interruption dans l'état d'invalidité de moins de trois mois n'est pas censée avoir interrompu une période d'invalidité".

L'intéressé peut donc, dans le cas susvisé, être considéré comme se trouvant toujours en état d'invalidité ou comme étant incapable de travailler depuis au moins un an, au 31 décembre de l'année précédant l'année du paiement de la prime.

- **La prime de rattrapage doit-elle être payée à un titulaire qui est reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et dont l'incapacité de travail est également prolongée par après, mais qui au mois de mai de l'année du paiement :**
 - **à la suite d'une sanction, n'a plus droit qu'à 90 % de son indemnité (p. ex. en raison d'une déclaration tardive d'une rechute en invalidité)**
 - **à la suite d'un internement, n'a plus droit qu'à 50 % de son indemnité (art. 32 de l'A.R. du 03.07.1996)**
 - **à la suite d'une saisie, n'a plus droit qu'à une partie de son indemnité**
 - **à la suite de l'application d'une règle de réduction des prestations (art. 29 de l'A.R. du 20.07.1971), ne perçoit pas d'indemnités**
 - **à la suite d'une suspension (en application de l'art. 24 de l'A.R. du 20.07.1971), ne perçoit pas d'indemnité**
 - **à la suite d'une sanction administrative, ne perçoit pas d'indemnités ?**

Comme déjà dit précédemment, la condition d'octroi de la prime de rattrapage est que le titulaire ait été reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement. Il n'est pas requis que le titulaire invalide perçoive aussi effectivement des indemnités.

Dans toutes les situations précitées, l'intéressé peut dès lors prétendre à la prime de rattrapage.

- **Des périodes de protection de la maternité telles que visées dans l'article 93 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 peuvent-elles être prises en compte pour déterminer s'il a été satisfait à la condition stipulant qu'il faut, à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi de l'indemnité, être reconnu incapable de travailler depuis une durée minimum de un an ?**

Il ne peut être tenu compte d'une période de repos de maternité pour déterminer si la titulaire remplit les conditions d'octroi du droit à la prime de rattrapage. L'article 8, alinéa 2, et l'article 9, § 3, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 stipulent d'ailleurs que les périodes de protection de maternité visées dans l'article 93 précité qui se situent dans une période d'incapacité de travail primaire suspendent la dernière période citée. Le but était notamment d'éviter qu'une assurée reconnue incapable de travailler n'entre prématurément en invalidité en raison d'une période de repos de maternité.



Illustrons cela par un exemple concret.

Une titulaire travailleuse indépendante est reconnue incapable de travailler le 20 décembre 2018. En principe, elle entrera en invalidité le 20 décembre 2019 et remplit donc la condition pour pouvoir prétendre à la prime de rattrapage (reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum de un an à la date du 31.12.2019) en supposant qu'elle soit encore reconnue invalide au mois de mai 2020.

Si cette travailleuse indépendante a néanmoins été en repos de maternité au cours de l'année 2019, la période d'incapacité de travail est alors de ce fait suspendue pendant au moins trois semaines et l'intéressée n'entrera en invalidité qu'au cours de l'année 2020. Elle ne peut dès lors pas être considérée comme étant "reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum de un an à la date du 31 décembre 2019" et elle ne pourra par conséquent pas prétendre, en mai 2020, à la prime de rattrapage, même pas si elle est reconnue comme étant invalide à ce moment-là.

- Une titulaire qui est reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an à la date du 31 décembre de l'année qui précède l'année du paiement et dont l'incapacité de travail demeure également reconnue par après peut-elle prétendre à la prime de rattrapage si, au mois de mai de l'année du paiement, elle se trouve en repos de maternité et perçoit donc des indemnités de maternité ?**

Même si l'intéressée ne peut prétendre à des indemnités d'invalidité au mois de mai (la période de repos de maternité suspend la période d'invalidité), la prime de rattrapage peut, dans pareil cas, malgré tout être payée (cf. art. 10, § 4, de l'A.R. du 20.07.1971).

- Une titulaire qui est reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an l'année qui précède l'année du paiement et dont l'incapacité de travail demeure également reconnue par après peut-elle prétendre à la prime de rattrapage au mois de mai de l'année du paiement si, dans la période autour du 31 décembre de l'année précédente, elle est en repos de maternité et perçoit donc des indemnités de maternité (l'intéressée est déjà reconnue incapable de travailler depuis au moins un an au début du repos de maternité)?**

Étant donné que l'intéressée a été reconnue incapable de travailler depuis une durée minimum d'un an pendant l'année qui précède celle du paiement, et même si la période d'invalidité a été temporairement suspendue vers la fin de cette année en raison du repos de maternité, la mutualité peut lui payer la prime de rattrapage au mois de mai de l'année suivante.

- Un titulaire reconnu invalide tant dans le régime des travailleurs indépendants que dans le régime des travailleurs salariés peut-il prétendre à deux fois le montant de la prime de rattrapage annuelle ?**

Un titulaire invalide qui remplit les conditions d'octroi ne peut prétendre qu'une seule fois au montant de la prime de rattrapage annuelle, même s'il est simultanément incapable de travailler dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés.

III. Entrée en vigueur de la présente circulaire

La présente circulaire est applicable à partir du 1^{er} mai 2020 et remplace la Circulaire O.A. n° 2011/326 du 9 août 2011.



Circulaire O.A. n° 2020/121 - 482/152 du 29 avril 2020.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus
Mme Marleen Stevens
Mme Céline Faufeder
Mme Jolanda Gashi
Mme Charlotte Lefebre
Mme Natalia Golovneva
Mme Delphine Demaret
M. Nuray Özdemir
M. Frank Nassen

/

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726