

1^{re} Partie

Études



Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (2018-2021)

Dans cette chronique, nous vous présentons un aperçu de la jurisprudence du Conseil d'État, chambre francophone (6^e ch.) et chambre néerlandophone (7^e ch.), relative aux litiges opposant les dispensateurs de soins au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Les précédentes chroniques de jurisprudence ont été publiées au Bulletin d'information de l'INAMI¹.

Par Inge MEYERS et Paul-André BRIFFEUIL
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Direction juridique

C.E. (7^e ch.), 29 janvier 2018, n° 240.601, V.²

Principe d'égalité - Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État / juge de cassation - Le remboursement n'est pas une sanction - Obligation de motivation / article 149 de la Constitution - Indépendance et impartialité

Le principe d'égalité s'applique au pouvoir législatif et exécutif. Les décisions du juge en tant que telles ne sont pas concernées. Le juge doit statuer sur les litiges qui lui sont présentés au moyen des règles de droit et des principes de droit généraux existants.

Le Conseil d'État n'est pas compétent pour remettre en cause l'appréciation de la Chambre de recours. Le Conseil d'État contrôle toutefois si la Chambre de recours a fait référence au fondement juridique approprié.

La critique de la force probante des procès-verbaux d'audition des patients est un motif superflu qui ne peut pas conduire à la cassation.

Le remboursement n'est pas une sanction, mais une mesure de réparation.

La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et l'obligation matérielle de motivation en tant que principe de bonne administration ne s'appliquent pas aux décisions des juridictions administratives.

L'obligation imposée au juge par l'article 149 de la Constitution de motiver son jugement, est une règle de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours n'a pas d'autre contenu. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans équivoque les motifs qui, fussent-ils incorrects ou illégitimes, l'ont conduit à prendre cette décision et à rejeter ou à accepter les exceptions et les voies de recours. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés, comme une contradiction des motifs, constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

1. B.I. 2012/1, B.I. 2014/2, B.I. 2015/4 et B.I. 2017/4.

2. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 23.05.2017.

La Chambre de recours se prononce en qualité de collège juridictionnel avec une compétence de pleine juridiction. Elle dispose d'un pouvoir d'appréciation complet, tant à l'égard des faits que du droit. Sa décision vient en lieu et place de la décision de la Chambre de première instance.

La Chambre de recours n'est pas un organe de l'INAMI. Il s'agit d'un organe juridictionnel, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté au sein de la Chambre et ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre n'est pas tenue de justifier auprès de l'INAMI les décisions qu'elle prend.

Seul le président-magistrat de la Chambre de recours a un pouvoir de décision. En raison de la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat, qui a voix délibérative, des membres ayant voix consultative, proposés par les organismes assureurs et les groupes professionnels représentatifs qui siègent en leur nom personnel et peuvent juger librement et à leur guise. La Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.

La seule circonstance que les séances des Chambres se tiennent dans les locaux de l'INAMI ne met pas en cause l'indépendance des Chambres.

La critique concernant la transparence des rétributions, la destination des montants récupérés et des amendes administratives et la désignation des greffiers, présente un caractère opportuniste qui ne peut pas entraîner la cassation de la décision contestée.

(rejet)

C.E. (7^e ch.), 29 mars 2018, n° 241.143, M.³

Action en remboursement/prescription - Articles 2244 et 2262*bis*, § 1^{er}, du Code civil

Au moment des faits, aucune disposition légale ne stipulait quand l'action en remboursement se prescrivait. À défaut d'un délai de prescription spécifique, il faut appliquer le délai de prescription prévu par le droit commun.

Il s'agit d'un paiement indu qui est soumis au délai de prescription de dix ans de l'article 2262*bis*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code civil. Le jour du dernier paiement effectué par l'organisme assureur forme le point de départ du délai de dix ans. Concernant l'interruption du délai de dix ans, les dispositions de droit commun de l'article 2244 du Code civil s'appliquent également. Cet article énumère explicitement les actions pouvant interrompre le délai :

§ 1^{er}. Une citation en justice, un commandement, une sommation de payer visée à l'article 1394/21 du Code judiciaire ou une saisie, signifiés à celui qu'on veut empêcher de prescrire, forment l'interruption civile.

Une citation en justice interrompt la prescription jusqu'au prononcé d'une décision définitive.

Dans ce dossier, il n'y a pas eu d'acte d'interruption valable dans le délai de dix ans et, de ce fait, l'action en remboursement du SECM était prescrite.

(rejet)

C.E. (6^e ch.), 27 juillet 2018, n° 242.155, M.⁴

Désistement d'instance

Le Conseil d'État prononce le désistement d'instance, la partie requérante n'ayant pas introduit de demande de poursuite de la procédure dans le délai imparti.

(désistement d'instance)

C.E. (7^e ch.), 18 octobre 2018, n° 242.690, T.⁵

Indépendance et impartialité - Absence d'opposition du médecin conseil - Article 149 de la Constitution - Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État - Recevabilité du moyen

Un moyen non dirigé contre la décision contestée n'est pas recevable.

La Chambre de recours se prononce avec une compétence de pleine juridiction. La Chambre de recours n'est pas un organe du SECM, mais une juridiction administrative instituée auprès de ce Service. La loi dispose uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM, non qu'elle fait partie du SECM ou de l'INAMI.

Il s'agit d'un organe juridictionnel, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté au sein de la Chambre et ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre n'est pas tenue de justifier auprès de l'INAMI les décisions qu'elle prend.

La seule circonstance que les séances des Chambres se tiennent dans les locaux de l'INAMI (conformément à l'art. 145, § 3, al. 1^{er}, de la loi SSI) ne met pas en cause l'indépendance de la Chambre de recours.

Seul le président-magistrat de la Chambre de recours a un pouvoir de décision. En raison de la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat, qui a voix délibérative, des membres ayant voix consultative, proposés par les organismes assureurs et les groupes professionnels représentatifs. Les membres ayant voix consultative, qui siègent dans la Chambre de recours, n'y siègent pas en qualité de représentants de l'organisme assureur ou du groupe professionnel qui les a proposés, mais en leur nom personnel. Cela signifie qu'ils jugent librement et à leur guise. La Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.

4. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 09.11.2017.

5. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 08.01.2018.

L'article 19, § 5, du Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours stipule que les délibérations se font à huis clos et que le secret des délibérations est garanti. Compte tenu du secret des délibérations, la décision contestée ne peut pas indiquer l'avis des membres de la Chambre de recours donné au cours de ces délibérations.

Des suppositions théoriques ne suffisent pas à remettre en cause l'indépendance et l'impartialité de la Chambre de recours. Le fait que les prestations d'un juge soient rémunérées par les pouvoirs publics à l'égard desquels il doit prendre des décisions, ne compromet pas son indépendance. Une conception différente rendrait la fonction du juge, et en particulier du juge administratif, impossible.

L'article 8, § 7, 3^o, alinéa 3, de la nomenclature de prestations de santé concerne l'intervention due au patient et non au dispensateur de soins. Cette disposition contient une garantie pour le patient, mais elle n'a pas d'impact sur la responsabilité du praticien de l'art infirmier pour l'application des critères d'évaluation.

La circonstance que le médecin-conseil n'a pas formulé d'opposition, ne libère pas le praticien de l'art infirmier de l'obligation de n'attester les honoraires forfaitaires que pour autant qu'il soit satisfait aux conditions de dépendance physique fixées dans la nomenclature et pour autant que les prestations aient été réalisées. L'absence d'opposition de la part du médecin-conseil n'ôte rien au caractère illicite des faits constatés.

L'obligation de motivation prévue à l'article 149 de la Constitution est une règle de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du SECM n'a pas d'autre contenu. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans équivoque les motifs qui, fussent-ils incorrects ou illégitimes, l'ont conduit à prendre cette décision et à rejeter ou à accepter les exceptions et les griefs en appel invoqués. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés, comme une contradiction des motifs, constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

Le Conseil d'État, en tant que juge de cassation, ne se prononce pas sur le fond de l'affaire. La constatation des éléments de fait relève de la compétence exclusive du juge administratif. Un moyen qui conteste l'appréciation des faits par la Chambre de recours est irrecevable.

(rejet)

C.E. (7^e ch.), 21 mars 2019, n^o 243.999, D.⁶

Intérêt / absence d'un mémoire en réplique

Conformément à l'article 21, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, le Conseil d'État constate l'absence de l'intérêt requis si la partie requérante ne respecte pas le délai pour l'envoi du mémoire en réplique.

(rejet)

6. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 10.09.2018.

C.E. (6^e ch.), 7 mai 2019, n° 244.405, A.

Article 77^{sexies} de la loi SSI / Décision du Fonctionnaire-dirigeant - Référé administratif - Conseil d'État / Incompétence

Le dispensateur de soins demandait au Conseil d'État la suspension de l'exécution de la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 15 avril 2019 ordonnant aux organismes assureurs la suspension totale des paiements dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois (art. 77^{sexies} de la loi SSI coordonnée).

L'article 17, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, indique que :

"La section du contentieux administratif est seule compétente pour ordonner par arrêt, les parties entendues ou dûment appelées, la suspension de l'exécution d'un acte ou d'un règlement susceptible d'être annulé en vertu de l'article 14, §§ 1^{er} et 3, et pour ordonner toutes les mesures nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des parties ou des personnes qui ont intérêt à la solution de l'affaire."

L'article 14, § 1^{er}, des lois précitées dispose que *"Si le contentieux n'est pas attribué par la loi à une autre juridiction, la section statue par voie d'arrêts sur les recours en annulation pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité, excès ou détournement de pouvoir, formés contre les actes et règlements (...)"*

Conformément à l'article 77^{sexies}, alinéa 6, de la loi SSI, le dispensateur de soins peut introduire un recours non suspensif contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant devant la Chambre de 1^{re} instance.

Il ressort de la lecture combinée de ces dispositions que le Conseil d'État doit rejeter la demande du dispensateur de soins de suspendre l'exécution de la décision du Fonctionnaire-dirigeant.

La Chambre de 1^{re} instance est par contre bien compétente.

(rejet de la demande de suspension)

C.E. (7^e ch.), 9 mai 2019, n° 244.420, D. W.⁷

C.E. (7^e ch.), 8 juillet 2019, n° 245.104, M.⁸

Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État - Obligation de motivation - Article 149 de la Constitution - Indépendance et impartialité - Recevabilité du moyen

Comme juge de cassation administrative, il n'appartient pas au Conseil d'État d'examiner à son tour si les infractions alléguées sont prouvées.

7. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 10.09.2018.

8. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 10.09.2018.

La critique de la force probante des procès-verbaux d'audition des patients est un motif superflu qui ne peut pas conduire à la cassation.

L'obligation de motivation prévue à l'article 149 de la Constitution est une règle de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du SECM n'a pas d'autre contenu. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans équivoque les motifs qui, fussent-ils incorrects ou illégitimes, l'ont conduit à prendre cette décision et à rejeter ou à accepter les exceptions et les griefs en appel invoqués. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés, comme une contradiction des motifs, constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

Si la motivation d'un moyen dans la décision contestée est fondée sur des faits inexacts, cela ne constitue pas une violation de l'article 149 de la Constitution. Le fait que la décision contestée ne porterait pas sur un assuré visé dans le premier chef d'accusation est un élément étranger à l'obligation de motivation.

La Chambre de recours se prononce en qualité de collège juridictionnel avec une compétence de pleine juridiction. Elle dispose d'un pouvoir d'appréciation complet, tant à l'égard des faits que du droit. Sa décision vient en lieu et place de la décision de la Chambre de première instance.

Un moyen non dirigé contre la décision contestée n'est pas recevable.

La Chambre de recours n'est pas un organe du SECM, mais une juridiction administrative instituée auprès de ce Service. La loi dispose uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM, non qu'elle fait partie du SECM ou de l'INAMI.

Il s'agit d'un organe juridictionnel, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté au sein de la Chambre et il ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre n'est pas tenue de justifier auprès de l'INAMI les décisions qu'elle prend. Seul le président-magistrat de la Chambre de recours a un pouvoir de décision.

La seule circonstance que les séances des Chambres se tiennent dans les locaux de l'INAMI (conformément à l'art. 145, § 3, al. 1^{er}, de la loi SSI) ne met pas en cause l'indépendance de la Chambre de recours.

La circonstance que les prestations d'un juge soient rémunérées par les pouvoirs publics à l'égard desquels il doit prendre des décisions ne compromet pas son indépendance. Une conception différente rendrait la fonction du juge, et en particulier du juge administratif, impossible.

La critique des parties requérantes en ce qui concerne la désignation des greffiers présente un caractère opportuniste qui ne peut pas entraîner la cassation de la décision contestée.

La Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.

(rejet)

C.E. (6^e ch.), 18 juin 2019, n^{os} 244.836 et 244.837, J.

Chambre de recours - Récusation des membres médecins-conseils - Indépendance et impartialité

Ces deux arrêts du Conseil d'État font suite aux questions préjudicielles posées à la Cour constitutionnelle (C.E., n^o 239.864 du 14.11.2017⁹) auxquelles ladite Cour a répondu par son arrêt n^o 15/2019 du 31 janvier 2019.

Tenant compte des réponses apportées par la Cour constitutionnelle, le Conseil d'État examine les cinq éléments de récusation, déclarés recevables, soulevés par le Dr J. :

- les docteurs C. et R. représenteraient, en leur qualité de médecin-conseil, un organisme assureur dans le cadre de leur fonction de membre de la chambre de recours
- certaines décisions de la chambre de recours, notamment prononcées en 2016, continueraient à présenter ces personnes comme des "représentants des organismes assureurs"
- il serait indifférent que ces personnes n'ont qu'une voix consultative au sein de la chambre de recours
- la chambre de recours reconnaîtrait elle-même (voir une décision de 2008) que les membres représentants les organismes assureurs influencent sa décision
- les docteurs C. et R. auraient, avant même le changement d'attitude de la partie adverse, "représenté" un organisme assureur pendant un certain nombre d'années, ce qui laisse penser qu'elles n'ont pas changé d'état d'esprit.

Ces cinq éléments touchent aux liens structurels existant entre les membres de la chambre de recours dont la récusation est demandée et les organismes assureurs.

Selon le Conseil d'État, s'il incombe aux organismes assureurs de présenter des médecins-conseils en vue d'une nomination au sein de la chambre de recours qui, une fois nommés, doivent être considérés comme les "représentants" de ces organismes, cela ne suffit pas en soi pour conclure que le mécanisme ainsi expressément voulu par le législateur serait d'office contraire aux exigences d'impartialité.

La Cour européenne des droits de l'homme a déjà ainsi souligné que l'existence de juridictions spécialisées à composition mixte est une caractéristique qui se retrouve dans de nombreux pays (Cour eur. D.H., arrêt AB Kurt KELLERMANN c./Suède, 26.10.2004, § 60).

Dans son arrêt DEFALQUE c./ Belgique du 20 avril 2006, la même Cour a déjà posé le principe que l'existence d'un collège juridictionnel à composition mixte ne constitue pas en soi une preuve de partialité : en effet, l'impartialité d'un tel collège ne peut être jaugée sur le plan individuel de ses membres. Un tel système repose précisément sur l'équilibre des intérêts représentés, qui résulte de la collégialité des juridictions concernées et de leur composition paritaire.

Dans son arrêt DEPRAETERE c./ Belgique du 18 décembre 2018, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que la composition de la chambre de recours ne violait pas l'article 6.1. de la CEDH.

Dans son arrêt n° 15/2019 du 31 janvier 2019, la Cour constitutionnelle a, par ailleurs, jugé que l'article 145 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, ne violait pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 6 de la CEDH. : *"l'actuelle composition des chambres de recours satisfait aux exigences de l'indépendance et de l'impartialité des juges, garanties par l'article 6, § 1^{er}, de la Convention européenne des droits de l'homme" et "la composition mixte et paritaire de ces chambres, en ce qui concerne les médecins-conseils, garantit que tant les intérêts des organismes assureurs que ceux des dispensateurs de soins de santé sont pris en considération par le magistrat appelé à trancher seul la contestation après avoir consulté les médecins issus des deux catégories professionnelles précitées."*

La Cour constitutionnelle souligne que : *"Les médecins qui siègent auprès de la chambre de recours en tant que "représentants" des organismes assureurs et en tant que "représentants" des organisations professionnelles des dispensateurs de soins de santé ne sont pas des mandataires au sens des articles 1984 à 2010 du Code civil. En effet, lorsqu'ils traitent les dossiers, ces médecins ne peuvent recevoir des instructions des organismes assureurs ou des organisations professionnelles des dispensateurs de soins, mais ils doivent exercer leur voix consultative sur la seule base des éléments du dossier. Le rôle des organismes assureurs et des organisations professionnelles des dispensateurs de soins se borne à "présenter" les candidats médecins sur une liste double à partir de laquelle le Roi nomme les médecins qui siègent au sein de la chambre de recours"*.

Le Dr J. reproche à la Cour constitutionnelle d'avoir donné une interprétation erronée de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 20 avril 2006 (DEFALQUE c./ Belgique) et de ne pas avoir eu égard à l'arrêt du 18 décembre 2018 (DEPRAETERE c./ Belgique) qui a indiqué qu'il fallait tenir compte des modifications intervenues depuis cet arrêt du 20 avril 2006.

Il constate qu'à l'occasion de cet arrêt du 18 décembre 2018, la Cour européenne n'aurait pas tranché la question de la représentativité des médecins-conseils.

Cependant, la Cour européenne s'est bien prononcée, dans son arrêt du 18 décembre 2018, en étant informée de la représentativité des médecins-conseils, de la voix consultative dont ceux-ci disposent et de l'influence qu'ils pourraient, le cas échéant, exercer sur la conviction du magistrat disposant de la seule voix délibérative.

Le Dr J. reproche également à la Cour constitutionnelle de ne pas avoir examiné l'article 145 de la loi SSI au regard du principe général d'indépendance et d'impartialité.

Il ressort, toutefois, de l'arrêt n° 15/2019 du 31 janvier 2019 que la Cour a examiné la conformité du système avec les *"exigences de l'indépendance et de l'impartialité des juges, garanties par l'article 6, paragraphe 1, de la Convention européenne des droits de l'homme"*.

Le Dr J. constate enfin que la Cour constitutionnelle a dit pour droit que les organismes assureurs sont directement intéressés puisqu'ils ont payé les prestations litigieuses : il existerait donc une suspicion légitime à l'égard des médecins-conseils qui sont les représentants des organismes assureurs.

La Cour européenne des droits de l'homme a, dans son arrêt du 18 décembre 2018 (DEPRAETERE c./ Belgique), d'une part, souligné que *"seul le magistrat professionnel dispose d'une voix délibérative"* et, d'autre part, fait sienne l'analyse du Conseil d'État selon laquelle *"les organismes assureurs n'étaient pas impliqués directement dans l'affaire devant la chambre de recours, l'affaire existant entre le prestataire de soins (le requérant) et le SECM. Ainsi, contrairement à ce que faisait valoir le requérant, c'était l'INAMI et non pas les organismes assureurs qui étaient son créancier"* (§ 8 auquel renvoie le § 19 de l'arrêt du 18.12.2018).

Le Conseil d'État considère que les cinq éléments de récusation invoqués ne sont pas fondés.

Le Dr J. soulève une nouvelle cause de récusation au motif que le Dr R. est administrateur d'une association sans but lucratif située dans les locaux de l'INAMI, où siègent des médecins-inspecteurs de l'INAMI et où elle siège comme représentante d'un organisme assureur. Cette nouvelle cause de récusation soulevée dans le dernier mémoire, n'a pas été soumise au magistrat concerné et est, dès lors, irrecevable.

(rejet des requêtes en récusation)

C.E. (6^e ch.), 8 juillet 2019, n^o 245.110, F.¹⁰

C.E. (6^e ch.), 8 juillet 2019, n^o 245.111, V. A.¹¹

Composition Chambre de recours / article 145, § 10 loi SSI

Les requérants invoquent une violation de l'article 145, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi SSI coordonnée en ce que, la décision attaquée a été rendue par trois personnes alors que chaque Chambre de recours est composée de cinq membres et qu'aucune disposition légale n'autorise la Chambre de recours à statuer en composition restreinte, de sorte que, en étant rendue par trois et non cinq membres de la Chambre de recours, la décision attaquée viole la disposition précitée.

Les règles qui organisent la composition d'une juridiction sont d'ordre public. Leur violation peut être soulevée pour la première fois devant le Conseil d'État, statuant comme juge de cassation.

L'article 145, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi SSI doit être lu en combinaison avec celle du paragraphe 10 de ce même article qui organise le remplacement d'un membre de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours, empêché d'assister à une audience de cette chambre. À la lumière des travaux préparatoires de cette loi, il apparaît que le législateur n'a eu – en insérant ce paragraphe 10 – d'autre intention que de pourvoir au bon fonctionnement de la Chambre de première instance ou de recours en prévoyant que, lorsque certaines circonstances l'exigent, cette chambre puisse siéger dans une formation différente de celle qui est normalement la sienne.

Il n'est pas contesté que la composition de la Chambre de recours, lorsque celle-ci a siégé à l'audience du 22 février 2018, n'était pas conforme à ce que prescrit l'article 145, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi SSI coordonnée.

Pour tenter d'établir la régularité de la composition de la Chambre de recours, lorsque celle-ci a siégé le 22 février 2018, la partie adverse invoque l'article 145, § 10, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée. Il ressort toutefois des explications qu'elle a données, qu'il n'a pas été satisfait aux conditions d'application de cette disposition. Ainsi n'est-il notamment pas établi qu'un membre suppléant aurait été invité à remplacer le membre effectif empêché.

(cassation et renvoi)

10. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 08.03.2018.

11. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 08.03.2018.

C.E. (6^e ch.), 9 mars 2020, n^o 247.255, R.¹²

C.E. (6^e ch.), 9 mars 2020, n^o 247.256, N.¹³

C.E. (6^e ch.), 9 mars 2020, n^o 247.257, V.¹⁴

C.E. (6^e ch.), 9 mars 2020, n^o 247.258, P.¹⁵

Dispensateur de soins salarié - Dispensateur de soins assimilé - Responsabilité - Compétence de la Chambre de recours - Remboursement d'indu - Indépendance et impartialité

La première requérante est infirmière et travaillait, à l'époque des faits, comme employée pour la seconde requérante en pratiquant le système du tiers-payant. La première requérante a conclu, avec la partie intervenante, une convention par laquelle cette dernière s'engage à établir les attestations de soins donnés et à tarifer et percevoir les honoraires des soins infirmiers dispensés par la première requérante, à charge pour la partie intervenante de reverser les sommes reçues sur le compte bancaire de la seconde requérante, sous déduction d'une commission.

Les requérantes estiment qu'elles devaient être mises hors de cause dans la mesure où la partie intervenante pourrait être qualifiée de "dispensateur de soins assimilé" au sens de l'article 2, n, de la loi SSI.

Le Conseil d'État souligne que rien n'indique que le législateur aurait eu en vue d'exonérer de manière absolue un dispensateur de soins de sa responsabilité au motif qu'une personne assimilée à un dispensateur de soins pourrait voir sa responsabilité également engagée.

Si un dispensateur de soins accomplit un des actes interdits par l'article 73*bis* de la loi SSI, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, le cas échéant conjointement avec celle d'une personne y assimilée.

Les actes reprochés à la première requérante n'entreraient pas dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail pour que sa responsabilité personnelle soit engagée.

Pour le Conseil d'État, l'objectif poursuivi par le législateur en assimilant aux dispensateurs de soins certaines catégories de personnes, dont celle des employeurs de ces dispensateurs de soins, était de pouvoir sanctionner directement ces personnes, ce que ne permettait pas auparavant la conception stricte du "dispensateur de soins" selon l'article 2, n, de la loi SSI.

Le législateur n'a cependant pas entendu présumer de la qualification des infractions soumises à l'application de l'article 142 de la loi SSI au regard des actes susceptibles d'engager, selon les cas, la responsabilité du travailleur ou celle de l'employeur.

Constitue une "pétition de principe", l'affirmation selon laquelle les infractions soumises à l'article 142 précité ne sauraient être retenues comme constitutives du dol, de la faute lourde ou de la faute habituelle visée à l'article 18 de la loi relative aux contrats de travail.

En vertu de l'article 144, alinéa 1^{er}, de la Constitution, les contestations qui ont pour objet des droits civils relèvent de la compétence exclusive des juridictions judiciaires. Une contestation relative à un remboursement de l'indu relève des droits civils et doit être soumise aux seules juridictions de l'ordre judiciaire.

12. [Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 13.03.2018.](#)

13. [Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 13.03.2018.](#)

14. [Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 13.03.2018.](#)

15. [Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 13.03.2018.](#)

Le Conseil d'État constate que la Chambre de recours a fait application de l'article 142, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi SSI, sans que cette décision soit fondée sur l'article 144, alinéa 2, de la Constitution ou d'autres dispositions, tel l'article 1376 du Code civil.

Ce faisant, la Chambre de recours n'a pas méconnu l'étendue de ses pouvoirs et compétences visés à l'article 144 de la loi SSI, lu en combinaison avec les articles 73*bis* et 142 de cette même loi.

Le pouvoir de statuer sur les infractions visées à l'article 73*bis*, emporte nécessairement celui de décider des mesures qui, conformément à l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, doivent être appliquées à la suite de telles infractions.

Les requérantes dénoncent le fait que la décision attaquée a été rendue par la Chambre de recours composée notamment de deux membres présentés par les organismes assureurs qui, en raison de leur qualité de "représentants" desdits organismes, présenteraient une apparence de partialité objective. Elles rappellent que cinq questions préjudicielles ont été posées, à propos de la même problématique à la Cour constitutionnelle.

Le Conseil d'État souligne que par son arrêt n° 15/2019 du 31 janvier 2019, la Cour constitutionnelle ne s'est pas prononcée en faveur de la thèse soutenue par les requérantes. Les violations dénoncées sur la base des arguments exposés en termes de requête ne sont donc pas établies.

(rejet)

C.E. (6^e ch.), 4 mai 2020, n° 247.487, J.

Chambre de recours - Indépendance et impartialité - Rémunération des membres de la Chambre de recours

Le requérant demandait la récusation du Président de la Chambre de recours au motif que la rémunération des membres de la Chambre de recours est prise en charge par l'INAMI, ce qui empêcherait cette chambre de statuer avec l'indépendance et l'impartialité requises.

L'impartialité et l'indépendance subjectives du Président de la Chambre de recours n'étaient pas mises en cause.

C'est l'arrêté royal du 7 octobre 2009 qui fixe le montant des jetons de présence alloués aux membres des Chambres de recours.

Le paiement de ces jetons de présence est effectivement effectué par le service financier de l'INAMI.

L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 7 octobre 2009 fixe, en des termes précis, le montant, les conditions et les modalités de paiement des jetons de présence. Il ne laisse aucune marge d'appréciation au débiteur de ces jetons de présence.

Le paiement, par une partie au litige des rémunérations dues aux membres de la juridiction saisie, en fonction de critères généraux établis préalablement et indépendamment du contenu de la décision, n'a pas pour effet que cette juridiction serait incapable de statuer en toute impartialité et en toute indépendance et ne suscite pas davantage l'apparence d'un tel état de fait (Cass., 06.01.2000, C.99.0447.N).

(rejet de la requête en récusation)

C.E. (6^e ch.), 4 mai 2020, n^{os} 247.488 et 247.489, J.

Chambre de recours - Indépendance et impartialité - Liens entre médecins-conseils et médecins inspecteurs - Fourniture de nourriture et de boissons - Rémunération des membres de la Chambre de recours

Le requérant invoque une suspicion légitime concernant l'indépendance et l'impartialité du médecin-conseil, le Docteur X, membre de la Chambre de recours, au motif que celui-ci a siégé, en qualité de représentant d'un organisme assureur, dans la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité de la province de Liège et, partant, il défendrait devant la Chambre de recours les intérêts des organismes assureurs.

Le Conseil d'État constate que l'impartialité subjective de ce médecin-conseil n'est pas mise en cause.

Il se réfère par ailleurs à l'arrêt n° 15/2019 du 31 janvier 2019 de la Cour constitutionnelle qui a jugé que l'indépendance et l'impartialité objectives de la Chambre de recours étaient suffisamment garanties. Il souligne que la Cour constitutionnelle a notamment pris appui sur les arrêts DEFALQUE et DEPRAETERE prononcés par la Cour européenne des droits de l'homme respectivement le 20 avril 2006 et le 18 décembre 2018.

Le requérant fait valoir que le Docteur X serait membre de l'ASMA et aurait été "reçu" par l'INAMI. L'ASMA est une asbl organisant des formations pour les médecins-conseils et les médecins-inspecteurs. Le conseil d'administration de cette asbl est composé d'un administrateur représentant l'organisme assureur pour lequel le Docteur X travaille, et de quatre administrateurs représentant l'INAMI, en précisant que ces derniers sont tous des médecins-inspecteurs du SECM.

Le Conseil d'État souligne que l'organisation du service public de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités fait notamment collaborer, à des titres divers, les services de l'INAMI (parmi lesquels le SECM et les médecins-inspecteurs qui y sont affectés), les organismes assureurs (ainsi que leurs médecins-conseils) et les dispensateurs de soins. La probabilité que les médecins-inspecteurs du SECM et les médecins-conseils des organismes assureurs puissent se rencontrer dans l'accomplissement des missions respectives qui leur incombent dans le cadre de ce système est, avant tout, inhérente à celui-ci, et ce indépendamment de toute éventualité de contact dans d'autres sphères, telle celle des activités de l'ASMA. Le requérant ne peut prétendre l'ignorer, au risque de faire preuve d'incohérence au regard de la "*nébuleuse de liens*" dont il fait grand cas.

Le Conseil d'État rappelle que la Cour constitutionnelle a jugé que la présence de médecins-conseils au sein de la Chambre de recours n'avait pas d'incidence sur les garanties d'indépendance et d'impartialité que doivent offrir ladite chambre. Ce faisant, la Cour constitutionnelle n'a pas pu perdre de vue la relative proximité des médecins-conseils des organismes assureurs à l'égard de l'INAMI, et plus spécialement du SECM, telle qu'elle résulte tant de leur collaboration au service public de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que des particularités du statut de ces médecins-conseils.

L'incidence, sur les garanties d'indépendance et d'impartialité de la Chambre de recours, de la probabilité "structurelle" de rencontres au niveau de l'ASMA entre les médecins-conseils des organismes assureurs et certains collaborateurs de l'INAMI ne diffère pas (et n'ajoute rien) à celle que pourraient avoir les mêmes rencontres dans le contexte résultant du système de l'organisation du service public de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les appréhensions du requérant quant à l'indépendance et l'impartialité du Docteur X ne sont pas objectivement justifiées.

Le requérant prétend par ailleurs que le Docteur X aurait profité de nourriture et de boissons distribuées aux frais du SECM lors de l'assemblée générale de l'ASMA.

Le Conseil d'État souligne qu'il ressort des articles 828 et suivants du Code judiciaire et d'un système qui repose sur la présomption d'indépendance et d'impartialité du juge, que le récusant doit invoquer des faits susceptibles d'être vérifiés. Ce qui implique que ces faits soient suffisamment précis et plausibles et que le récusant en établisse à tout le moins un commencement de preuve.

En l'espèce, le requérant repose son argumentation sur des faits simplement supposés.

De plus, le fait que l'organisateur d'une réunion assure la fourniture de café, de thé et d'eau, voire de biscuits, aux participants relève des commodités de participation les plus généralement répan- dues en pareille circonstance. Cette fourniture n'étant pas assurée de façon différenciée selon les qualités respectives des participants.

Enfin, le requérant invoque le fait que le Docteur X, en qualité de membre de la Chambre de recours, est rémunéré par la partie adverse.

L'impartialité et l'indépendance subjectives du Docteur X ne sont pas mises en cause.

C'est l'arrêté royal du 7 octobre 2009 qui fixe le montant des jetons de présence alloués aux mem- bres des Chambres de recours.

Le paiement de ces jetons de présence est effectivement effectué par le service financier de l'INAMI.

L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 7 octobre 2009 fixe, en des termes précis, le montant, les conditions et les modalités de paiement des jetons de présence. Il ne laisse aucune marge d'appréciation au débiteur de ces jetons de présence.

Le paiement, par une partie au litige des rémunérations dues aux membres de la juridiction sai- sie, en fonction de critères généraux établis préalablement et indépendamment du contenu de la décision, n'a pas pour effet que cette juridiction serait incapable de statuer en toute impartialité et en toute indépendance et ne suscite pas davantage l'apparence d'un tel état de fait (Cass., C.99.0447.N, 06.01.2000).

(rejet des requêtes en récusation)

C.E. (7^e ch.), 14 janvier 2021, n^o 249.486, C.¹⁶

[Indépendance et impartialité / médecins-conseils - Question préjudicielle - Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État / juge de cassation - Obligation de motivation / article 149 de la Constitution - Article 153 de la loi SSI / autorisation du médecin-conseil / obligation du dispensateur de soins](#)

Les deux médecins-conseils proposés par les organismes assureurs qui siègent à la Chambre de recours sont des représentants des organismes assureurs. Les médecins-conseils ne reçoivent pas d'instructions des organismes assureurs.¹⁷

Les organismes assureurs qui emploient les médecins-conseils ne sont pas parties devant la Chambre de recours et ne sont donc pas directement concernés.

16. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 24.09.2019.

17. Cour constitutionnelle 31.01.2019, n^o 15/2019.

Une question préjudicielle dont l'objet est identique à une question à laquelle il a déjà été répondu, ne doit pas être posée.

En tant que juge de cassation, le Conseil d'État ne peut pas de nouveau apprécier les faits déjà examinés par la Chambre de recours. Par exemple, le Conseil d'État ne peut pas vérifier si le délai raisonnable a été dépassé au moment où la décision, qui lui est soumise, a été prise.

La partie requérante ne peut pas invoquer un moyen pour la première fois devant le juge de cassation si la question ne touche pas à l'ordre public.

L'obligation de motivation prévue à l'article 149 de la Constitution est une règle de forme à portée limitée. Le contenu de l'article 19, § 6, du Règlement de procédure ne diffère pas. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans ambiguïté les raisons de sa décision. Seule une absence de motivation ou des cas y assimilés, comme une contradiction dans les motifs, constituerait une violation de l'article 149 de la Constitution. L'article n'est pas violé si les raisons invoquées par le juge sont erronées ou illicites.

Ces principes de bonne administration s'appliquent à l'autorité administrative mais ne s'appliquent pas aux décisions des juridictions administratives.

L'article 153 de la loi SSI stipule que les décisions des médecins-conseils sont contraignantes pour les organismes assureurs. L'article ne stipule pas que ces décisions sont également contraignantes pour l'INAMI ou le dispensateur de soins. Une demande de remboursement d'un médicament prescrit doit toujours être introduite par le médecin traitant sur la base des critères établis dans le cadre de l'assurance maladie. L'autorisation du médecin-conseil ne dispense pas le médecin traitant de son obligation de prescrire des médicaments pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies.

(rejet)

C.E. (7^e ch.), 8 juillet 2021, n° 251.230, X.¹⁸

Opposition du médecin-conseil - Recevabilité du moyen - Obligation de motivation / Article 149 de la Constitution - Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État / juge de cassation - Indépendance et impartialité

L'article 8, § 7, 3^o, de la nomenclature des prestations de santé prévoit que l'intervention de l'assurance est due sauf si le médecin-conseil ou le Collège national des médecins-conseils s'y oppose. Cette disposition ne permet pas de déduire qu'en l'absence d'une telle opposition, la nomenclature a été correctement appliquée. L'intervention de l'assurance est due au patient et non au dispensateur de soins. Cette disposition contient donc une garantie pour le patient, mais n'enlève rien à la responsabilité du praticien de l'art infirmier de ne facturer les honoraires forfaitaires que si les conditions de dépendance physique prévues par la nomenclature sont remplies et que si les prestations ont été réalisées.

Un moyen est irrecevable quand il ne précise pas clairement les garanties qui auraient été violées.

La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et le devoir matériel de motivation, comme principe de bonne administration, ne s'appliquent pas aux décisions des juridictions administratives.

18. [Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 08.05.2020.](#)

L'obligation de motivation prévue à l'article 149 de la Constitution est une règle de forme à portée limitée. Le contenu de l'article 19, § 6, du Règlement de procédure ne diffère pas. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans ambiguïté les raisons de sa décision. Seule une absence de motivation ou des cas y assimilés, comme une contradiction dans les motifs, constituerait une violation de l'article 149 de la Constitution. Cet article n'est pas violé si les raisons invoquées par le juge sont erronées ou illicites.

Une critique qui n'est pas dirigée contre la décision contestée ne peut pas conduire à la cassation.

L'appréciation sur le fond ou la constatation de faits ne relèvent pas des tâches du Conseil d'État statuant comme juge de cassation.

La Chambre de recours statue comme organe juridictionnel disposant d'une compétence de pleine juridiction. Elle dispose d'un pouvoir d'appréciation complet, tant à l'égard des faits que du droit. Sa décision vient en lieu et place de la décision de la Chambre de première instance.

La Chambre de recours n'est pas un organe du SECM, mais une juridiction administrative instituée auprès de ce Service. La loi dispose uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM, non qu'elle fait partie du SECM ou de l'INAMI.

Le SECM n'est pas représenté au sein de la Chambre et ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre ne doit pas répondre de ses décisions à l'égard de l'INAMI.

Le fait que les séances des Chambres se tiennent dans les locaux de l'INAMI ne met pas en cause l'indépendance de la Chambre de recours.

Pas plus le fait que le juge soit rémunéré par l'État à l'égard duquel il doit prendre des décisions. Toute autre conception rendrait impossible la fonction du juge, et plus particulièrement celle du juge administratif.

La critique, en opportunité, qui concerne la désignation des greffiers ne peut pas conduire à la cassation de la décision contestée.

La Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.

(rejet)

C.E. (7^e ch.), 30 septembre 2021, n^o 251.679, X.¹⁹

Pouvoir d'appréciation Conseil d'État / juge de cassation – Obligation de motivation / article 149 de la Constitution

L'obligation de motivation prévue à l'article 149 de la Constitution est une règle de forme à portée limitée. Le contenu de l'article 19, § 6, du Règlement de procédure ne diffère pas. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans ambiguïté les raisons de sa décision. Seule une absence de motivation ou des cas y assimilés, comme une contradiction dans les motifs, constituerait une violation de l'article 149 de la Constitution. L'article n'est pas violé si les raisons invoquées par le juge sont erronées ou illicites.

La partie requérante doit démontrer que la contradiction ou l'irrégularité alléguée a influencé la tendance de la décision contestée.

19. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 26.11.2020.

L'appréciation sur le fond ou la constatation de faits ne relèvent pas des tâches du Conseil d'État statuant comme juge de cassation.

(rejet)

2^e Partie

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



4^e trimestre 2021

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
12.11.2021 – Édition 1	27.10.2021	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l'affichage des tarifs par les dispensateurs de soins

Résumé des modifications

La loi vise à renforcer l'obligation d'information des dispensateurs de soins en ce qui concerne leur statut conventionnel et les tarifs qu'ils pratiquent. L'obligation existante est élargie à une liste tarifaire des prestations les plus courantes.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2021	12.12.2021	Loi instaurant le "Trajet Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés

Résumé des modifications

La loi apporte notamment des modifications à l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 :

Le "Coordinateur Retour Au Travail" au sein de la mutualité débute, en concertation avec le titulaire reconnu en incapacité de travail et le médecin-conseil, un "Trajet Retour Au Travail" si une réintégration peut être envisagée pour ce titulaire au vu de ses capacités restantes.

Un "Trajet Retour Au Travail" concerne tout trajet qui a pour but de soutenir le plus rapidement possible le titulaire reconnu incapable de travailler en mettant en place un accompagnement adapté en vue de l'exercice d'un emploi correspondant à ses possibilités et ses besoins sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail", après un renvoi par le médecin-conseil sur la base d'une évaluation de ses capacités restantes ou à la demande du titulaire lui-même. Le cas échéant, un plan de réintégration multidisciplinaire est élaboré, après concertation approfondie entre le titulaire, le "Coordinateur Retour Au Travail", le médecin-conseil et tous les autres acteurs concernés durant un trajet de réintégration visant la réinsertion socio-professionnelle dans le cadre d'un tel "Trajet Retour Au Travail". Ce plan fait l'objet d'un suivi régulier.

Moniteur belge	Date	Titre
31.12.2021 – Édition 1	27.12.2021	Loi-programme

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- le plafond du "maximum à facturer" (Mâf) dans les soins de santé, pour les ménages dont les revenus ne dépassent pas 11.120,00 EUR, est réduit à 250 EUR. Ce plafond et le montant relatif aux revenus seront indexés pour la première fois au 1^{er} janvier 2023

- à l'article 191, alinéa 1^{er}, 1^o*ter*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :
 - => la perception des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables est reconduite pour l'année 2022. Le pourcentage appliqué est de 6,73 % ;
 - => la cotisation contributive de 1 % est maintenue ;
 - => la cotisation orpheline est reconduite ;
 - => afin de compenser l'effet du marketing sur l'augmentation des volumes de médicaments remboursables prescrits, la cotisation sur la mise sur le marché, qui est fixée, depuis 2013, à 0,13 % du chiffre d'affaires annuel est maintenue.
- Fixe le montant des frais d'administration des cinq unions nationales et de la Caisse des soins de santé de HR Rail pour 2022.

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.10.2021	19.09.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 janvier 2021 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'annexe jointe à l'arrêté royal du 26 janvier 2021 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19.

Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2021 – Édition 1	22.09.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1 ^{er} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 12 :
 - => les mots "15 juin" sont remplacés par les mots "31 juillet" ;

=> un alinéa est ajouté, rédigé comme suit : “En cas d’abus manifeste ou de violation de l’accord relatif au paiement forfaitaire de certaines prestations de soins de santé, les organismes assureurs peuvent, par courrier recommandé, dénoncer l’accord avec un préavis de trois mois sans attendre les rapports des deux premières années pour autant que la maison médicale ait eu la possibilité d’être préalablement entendue sur les éléments à la base de la dénonciation et que la Commission marque un accord approuvé à la majorité de deux tiers des membres visés à l’article 32, § 1^{er}, 1^o, de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et de la majorité des deux tiers des membres visés à l’article 32, § 1^{er}, 2^o de l’arrêté royal susvisé.”

- à l’article 13 :

=> les mots “1^{er} juillet 2021” sont remplacés par les mots “1^{er} janvier 2022” ;

=> l’article est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit : “§ 3. Tous les accords relatifs au paiement forfaitaire de certaines prestations de soins de santé en cours prennent fin de plein droit le 31 décembre 2021. Les maisons médicales doivent conclure à partir du 1^{er} janvier 2022 un nouvel accord relatif au paiement forfaitaire de certaines prestations de soins de santé visé à l’article 13 de l’arrêté royal du 23 avril 2013 susvisé.”

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2021	07.11.2021	Arrêté royal dérogeant aux dispositions de l’arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l’article 37 <i>vicies</i> /1 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l’octroi du statut de personne atteinte d’une affection chronique en 2021 et 2022 suite à la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

Pour éviter que des bénéficiaires du statut affection chronique ne puissent pas se voir accorder le statut en raison du report ou de la suspension de soins engendrés par la pandémie COVID-19, la condition de dépenses trimestrielles (pour le premier octroi) ou annuelles (pour la prolongation) est censée être remplie en 2020. En d’autres termes, il y a une assimilation juridique de l’année 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
10.12.2021	21.11.2021	Arrêté royal portant modification de 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 et abrogeant l’arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l’article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , et alinéa 4, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les analgésiques

Résumé des modifications

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes 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:

- à l’article 5, § 1, les mots “et dans les mêmes modalités de remboursement que celles en vigueur pour ces spécialités, à l’exception des conditions liées à l’âge.” sont abrogés dans l’alinéa commençant par les mots “Sous-classe 2C”
- un article 15/1 est inséré

- l'annexe a') Modèle de formulaire de demande de remboursement "non-spécifique" est abrogée et remplacée par l'annexe a') Modèle de formulaire de demande de remboursement "non-spécifique" jointe au présent arrêté.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les analgésiques, modifié par l'arrêté royal du 9 avril 2017, est abrogé
- dans l'article 37*sexies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'alinéa 6, inséré par l'arrêté royal du 3 juin 2007 susvisé, est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
15.12.2021	23.11.2021	Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les procédures, délais et conditions concernant les modifications de la liste des produits remboursables. Les modifications peuvent consister en l'inscription et la suppression de produits, ainsi qu'en la modification des modalités de remboursement pour les préparations magistrales, la fourniture de lait maternel, d'aliments diététiques à des fins médicales spéciales et d'alimentation parentérale, la fourniture de dispositifs médicaux et la fourniture de prothèses capillaires.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2021	28.11.2021	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
17.03.2022	28.11.2021	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 37*bis*, § 1^{er}, C, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, par ce qui suit :

"C. 1^o 12 EUR pour les consultations des médecins spécialistes et la majoration visées à l'article 2, B, de ladite annexe sous les numéros de codes :

101275, 101290, 101592, 101614, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102233, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102513, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, 102815, 102830, 102874, 102896, 102911, 102933, 102955, 102970, 102992, 103456, 103471, 103250, 105372, 105394, 105416, 105431, 105453; 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105836, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106455, 106470, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411 et 106433 ;

2° 6 EUR pour la majoration des consultations des médecins spécialistes visée à l'article 2, B, de ladite annexe sous le numéro de code 102491 ;

3° le bénéficiaire ne doit pas payer d'intervention personnelle pour les majorations des consultations des médecins spécialistes visées à l'article 2, B, de ladite annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 sous les numéros d'ordre 106492, 106514 et 106536 ;

4° 40 p.c., avec un maximum de 15,50 EUR par prestation, des honoraires pour les visites des médecins spécialistes visés à l'article 2, C, de ladite annexe sous les numéros de codes 103014, 103051 et 103073 ;”.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2021	05.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1 ^{er} , alinéa 1 ^{er} , 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère dans l'article 11, § 2, de l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les numéros d'ordre “590236 - 590240” entre les numéros d'ordre “589632 - 589643” et les mots “uniquement si elles sont effectuées”.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2021	05.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1 ^{er} , alinéa 1 ^{er} , 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 3, les numéros d'ordre “457973 - 457984” sont insérés entre les mots “désignées par les numéros d'ordre” et les numéros d'ordre “458452 - 458463”
- dans l'article 11, § 2, les mots “de l'article 17, § 1^{er}, 11°, de la nomenclature désignées par les numéros d'ordre 457973 - 457984” sont insérés entre les mots “par les numéros d'ordre 229655 - 229666” et les mots “et de l'article 34, § 1^{er}, a, de la nomenclature”.

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

Moniteur belge	Date	Titre
04.10.2021	19.09.2021	Arrêté royal modifiant l'article 30 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 au A, de l'article 30 :

- au 1., 1^o groupe cible, le libellé des prestations 741016, 741031, 741053, 741075, 741090, 741112, 741134, 741156, 741171, 741193, 741215, 741230, 741252, 741274, 741296, 741311, 741333, 741355, 741370, 741392, 741414, 741436, 741451, 741473, 741495, 741510, 741532, 741554, 741576, 741591 et 741613 est remplacé par "7,75 et plus"
- au 2.2, les a) et b) sont remplacés
- le 2.3 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2021	19.10.2021	Arrêté royal modifiant l'article 22 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 22 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 :

- au I., entre les prestations 558655-558666 et 558935-558946, la prestation 559915-559926 et les règles d'application sont insérées
- le II., b), est complété par la prestation 559930-559941 et les règles d'application.

Moniteur belge	Date	Titre
10.12.2021	23.11.2021	Arrêté royal modifiant l'article 18, § 1 ^{er} , A, 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 des modifications à l'article 18, § 1^{er}, A, A.1, I, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- les mots " , neutrons, protons" sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2021	28.11.2021	Arrêté royal modifiant le chapitre II 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 remplace le chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2021	05.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 ^{er} , 11 ^o , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère la prestation 457973-457984 et la règle d'application après la prestation 459616-459620, à l'article 17, § 1^{er}, 11^o, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2021	05.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1 ^{er} , a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère la prestation 590236-590240 et la règle d'application après la prestation 589190-589201, à l'article 34, § 1^{er}, a), 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.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
28.10.2021	21.10.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} juillet 2021 portant exécution des articles 34 et 37 de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé

Résumé des modifications

Cet arrêté prévoit une procédure pour rembourser les tests PCR et les tests antigéniques rapides pour les personnes qui, pour des raisons médicales, ne peuvent pas - ou pas entièrement - être vaccinées contre le Covid-19 en raison d'un risque très élevé de réactions allergiques graves lors de la vaccination.

Moniteur belge	Date	Titre
05.11.2021	10.10.2021	Arrêté royal fixant le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux en 2019 et 2020

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux est fixé à 14.771.568,66 EUR en 2019 et 15.367.188,30 EUR en 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
05.11.2021	10.10.2021	Arrêté royal fixant le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux en 2021

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux est fixé à 21.549.468 EUR en 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2021	22.09.2021	Arrêté royal portant exécution de l'article 71 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, en ce qui concerne les maisons médicales

Résumé des modifications

L'arrêté fixe les règles suivant lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19, aux maisons médicales visées à l'article 32, § 1^{er}, alinéa 2, 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.

L'intervention financière est destinée à compenser les actes supplémentaires de soins infirmiers faits par les maisons médicales et/ou les actes délégués à des infirmiers externes en raison du COVID-19. Elle consiste en un complément financier par forfait infirmier octroyé conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

Cette intervention ne peut porter que sur la période du 4 mai 2020 au 31 août 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2021	29.10.2021	Arrêté royal visant à déterminer et octroyer le montant d'une prime unique d'encouragement en compensation des efforts supplémentaires consentis lors de la deuxième vague de la pandémie COVID-19 pour les candidats-médecins généralistes en stage dans une pratique de médecine générale

Résumé des modifications

Sous certaines conditions, les médecins généralistes en formation ayant travaillé dans un cabinet du 1^{er} septembre au 30 novembre 2020 ont droit à une prime exceptionnelle d'un montant maximal de 985 EUR brut destinée à les remercier pour le travail accompli pendant la 2^e vague COVID-19.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2021	19.10.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 7, § 5, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations :

- les numéros d'ordre "559930-559941" sont insérés entre le numéro d'ordre "558994" et les mots ", visées à l'article 22, II, b)".

Moniteur belge	Date	Titre
02.12.2021	25.11.2021	Arrêté royal fixant le budget global en 2021 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et l'impact des éléments du budget annuel qui n'ont pas ou pas entièrement produit leurs effets

Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques visées dans l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, b), c) et e), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'élève à 5.163.577 milliers d'EUR pour l'année 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	15.11.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des sages-femmes

Résumé des modifications

Pour les années 2021 à 2024 incluse, une intervention financière est octroyée aux organisations professionnelles représentant les sages-femmes dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

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

- un montant de base par organisation professionnelle représentative. Pour l'année 2021, le montant de base est fixé à 71.139 EUR par organisation professionnelle et pour les années 2022 à 2024 incluse, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée
- un montant complémentaire.

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	15.11.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des pharmaciens

Résumé des modifications

Pour les années 2021 à 2024 incluse, une intervention financière est octroyée aux organisations professionnelles représentant les pharmaciens dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

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

- un montant de base par organisation professionnelle représentative. Pour l'année 2021, le montant de base est fixé à 96.834,90 EUR par organisation professionnelle représentative. Pour les années 2022 à 2024 incluse, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée
- un montant complémentaire.

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	15.11.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes

Résumé des modifications

Pour les années 2021 à 2024 incluse, une intervention financière est octroyée aux organisations professionnelles représentant les logopèdes dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

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

- un montant de base par organisation professionnelle représentative. Pour l'année 2021, le montant de base est fixé à 106.708,50 EUR par organisation professionnelle représentative. Pour les années 2022 à 2024 incluse, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée
- un montant complémentaire.

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	15.11.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes

Résumé des modifications

Pour les années 2021 à 2024 incluse, une intervention financière est octroyée aux organisations professionnelles représentant les kinésithérapeutes dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

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

- un montant de base par organisation professionnelle représentative ; Pour l'année 2021, le montant de base est fixé à 102.300,57 EUR par organisation professionnelle représentative. Pour les années 2022 à 2024 incluse, les montants visés sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée
- un montant complémentaire.

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	15.11.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 janvier 2021 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des bandagistes et orthopédistes

Résumé des modifications

Pour les années 2021 à 2024 incluse, une intervention financière est octroyée pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des bandagistes et orthopédistes.

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

- un montant de base par organisation professionnelle représentative. Pour l'année 2021, le montant de base est fixé à 179.506,76 EUR par organisation professionnelle représentative. Pour les années 2022 à 2024 incluse, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée
- un montant complémentaire.

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	23.11.2021	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2021

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 19,394135 millions d'EUR en 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
16.12.2021	07.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2018 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

Résumé des modifications

Pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, le prix de la journée d'entretien visé au § 1^{er} est fixé à 611,65 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2021	28.11.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations
17.03.2022	28.11.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à l'article 4 :

- l'intervention personnelle du bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, pour les consultations des médecins spécialistes visés à l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée comme suit :
 - => 3 EUR pour les prestations désignées par les numéros d'ordres : 101275, 101290, 101592, 101614, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102233, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, 102815, 102830, 102874, 102896, 102911, 102933, 102955, 102970, 102992, 103456, 103471, 103250, 105372, 105394, 105416, 105431, 105453; 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105836, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106455, 106470, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411 et 106433 ;

- => 2,50 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 102513 ;
- => 1,00 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 102491.

- le bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, ne doit pas payer d'intervention personnelle pour les prestations 106492, 106514 et 106536 visées à l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.”.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2021	05.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 septembre 2020 fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit la prolongation de l'intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19, pour la période du 1^{er} décembre 2020 au 30 juin 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
23.12.2021 – Édition 1	07.12.2021	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs

Résumé des modifications

Le Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs est approuvé.

Moniteur belge	Date	Titre
23.12.2021 – Édition 1	12.12.2021	Arrêté royal suspendant temporairement l'application de l'article 58, § 2 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

L'arrêté royal suspend la “mesure anti-abus” suivante pour chaque période d'incapacité de travail qui débute durant la période du 1^{er} octobre 2021 au 31 décembre 2021 inclus : si la période d'incapacité de travail reconnue débute plus de quatorze jours avant la date de la signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant, le droit aux indemnités d'incapacité de travail ne peut commencer à courir qu'à partir du quatorzième jour précédant cette date de signature.

La “mesure anti-abus” (suspendue pour chaque période d'incapacité de travail débutant durant la période du 01.07.2021 au 31.12.2021 inclus) est bien d'application à chaque période d'incapacité de travail qui débute au plus tôt à partir du 1^{er} janvier 2022. Le droit aux indemnités commence toutefois à courir dès la date de début de la période d'incapacité de travail reconnue si le médecin-conseil estime qu'il s'agit d'une situation de force majeure.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2021	14.10.2021	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 aux annexes I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
19.11.2021 – Édition 1	16.11.2021	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
10.01.2022 - Édition 1	16.11.2021	Arrêté ministériel 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. - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications aux annexes I et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2021	03.12.2021	Arrêté ministériel 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2021	13.12.2021	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
17.01.2022	13.12.2021	Arrêté ministériel 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. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2021	17.12.2021	Arrêté ministériel 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2021	12.10.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel ajoute les prestations "181915-181926 Un ou plusieurs implants pour l'occlusion de l'auricule gauche par chirurgie ouverte en cas de fibrillation auriculaire, y compris le système de placement" au point "F.1.9. Fermeture du canal artériel, du foramen oval, du defect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales", à la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
19.11.2021 – Édition 1	16.11.2021	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 supprime des produits radio-pharmaceutiques au § 10003 du chapitre I de l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2021	13.12.2021	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
14.01.2022 – Édition 1	13.12.2021	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. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

6. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

22.11.2021

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 40

Question :

Qu'entend-on par équipe de rééducation fonctionnelle telle que décrite au § 13, B2 ?

Réponse :

L'équipe de rééducation fonctionnelle visée au § 13, B2 désigne le médecin spécialiste, le kinésithérapeute et/ou l'ergothérapeute qui font partie d'une équipe de rééducation fonctionnelle dans un centre agréé de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique, qui a conclu une convention 9.50 ou 7.71 ou 9.51 avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. La batterie de tests doit être réalisée par cette équipe avec le prothésiste.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} février 2021.

Moniteur belge

26.11.2021

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 24 de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 07

Question :

Selon la règle diagnostique 155, la détermination de la 25-hydroxy vitamine D ne peut être attestée qu'une seule fois. Peut-on porter en compte, dans des situations exceptionnelles d'insuffisance rénale chronique de stade IIIb, de dialyse rénale, de malabsorption documentée (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, maladie coeliaque, après chirurgie bariatrique, mucoviscidose) le dosage de la 25-hydroxy vitamine D trois fois par an via la prestation 434490-434501 et trois fois via la prestation 559311-559322 ?

Réponse :

Non, les prestations 434490-434501 et 559311-559322 peuvent être portées en compte ensemble au maximum trois fois par année civile dans des situations exceptionnelles d'insuffisance rénale chronique de stade IIIb, de dialyse rénale, de malabsorption documentée (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, maladie coeliaque, après chirurgie bariatrique, mucoviscidose).

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2021.

Moniteur belge

30.11.2021 – Édition 2

Règle interprétative relative au remboursement de bevacizumab en association avec TecentriqR (atezolizumab) 1200 mg dans le traitement des bénéficiaires adultes atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ou non résecable n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur :

La règle interprétative est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le 1^{er} décembre 2021.

Moniteur belge

21.12.2021

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant l'azacitidine comme principe actif.

Question :

À partir du 1^{er} janvier 2022, dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant l'azacitidine comme principe actif peut-elle être remboursée pour le traitement de première intention des adultes atteints de leucémie aiguë myéloïde en association avec la spécialité VenclyxtoR (vénétoclax) ?

Réponse :

Si un bénéficiaire adulte bénéficie du remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de vénétoclax pour le traitement de première intention de la leucémie aiguë myéloïde, le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'azacitidine selon le § 8690000 est également autorisé, car elle doit nécessairement être administrée en association avec la spécialité à base de vénétoclax (selon le nouveau § 11120000 du VenclyxtoR (vénétoclax)).

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} janvier 2022.

3^e Partie

Jurisprudence



Tribunal du travail d'Anvers, section Anvers, 27 janvier 2022

“Seul l'expert désigné par le tribunal lui-même a droit aux honoraires personnels d'expert tel que prévu par l'arrêté royal du 14 novembre 2003.

Si l'expert désigné par le tribunal souhaite faire procéder à un examen par une autre personne que lui-même, il est chargé de procéder à un examen complémentaire. Ces tarifs sont estimés conformément à l'article 1, alinéa 1^{er}, d), de l'arrêté royal du 14 novembre 2003. Le fait qu'il n'y ait pas d'avis détaillé distinct, mais qu'il soit directement intégré dans le rapport de l'expert lui-même, n'empêche pas de facturer des avis complémentaires.”

N° de rôle : 2017/AA/291

...

1. Feiten en voorgaanden

Hiervoor verwijst het arbeidshof naar de arresten van 26 juni 2018, 10 maart 2021 en 29 september 2021.

Met arrest van 26 juni 2018 werd het hoger beroep ontvankelijk verklaard en werd, alvorens verder te oordelen, de aanstelling van een deskundige bevolen. ... arts te ... werd als deskundige aangesteld en gelast met de volgende opdracht:

“Na kennis te hebben genomen van de stukken die partijen en/of hun raadslieden hem aanbrengen:

- *betrokkene te onderzoeken*
- *en na te gaan of het geneesmiddel Sovaldi dat aan de heer ... werd voorgeschreven en afgeleverd in de periode van 19 maart 2014 en 8 juli 2014 in aanmerking komt voor een tussenkomst in de kosten vanwege het Bijzonder Solidariteitsfonds en derhalve voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld door artikel 25 en volgende van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.*

Machtigt de geneesheer-deskundige om zich zo nodig te laten bijstaan door andere artsen-specialisten (...).”

De beslissing betreffende de kosten werd aangehouden.

Op 20 mei 2018 werd er per aangetekende zending een definitief verslag van de deskundige ontvangen ter griffie van dit arbeidshof.

Hierbij werd een ereloonnota gevoegd (gedateerd op 08.03.2019) ten bedrage van 766,29 EUR die begroot werd door de voorzitter van de 4de kamer op dit bedrag en er werd een bevel tot tenuitvoerlegging gegeven tegen het RIZIV¹. Een voor eensluidend verklaard afschrift van de begroting van de ereloonstaat werd aan het RIZIV en prof. ... ter kennis gebracht op 21 juni 2021².

1. Stuk 25 rechtsplegingsdossier arbeidshof.
2. Stuk 27 rechtsplegingsdossier arbeidshof.

Het arbeidshof oordeelde met arrest van 10 maart 2021:

“Met dit antwoord blijft het arbeidshof wat op haar honger zitten want de deskundige gaat niet op afdoende gemotiveerde wijze in op het al dan niet voorhanden zijn van het zeldzaam karakter van de indicatie en/of aandoening in de zin van artikel 25bis en 25ter van de Gecoördineerde Ziektewet.

Vervolgens schrijft de deskundige nog wat beschouwingen neer die handelen over de geleverde inspanningen om de partijen te verzoenen, maar deze houden geen inhoudelijk medisch antwoord in op de door de RIZIV-arts en -raadsman gemaakte opmerkingen.

Nochtans is het noodzakelijk dat de deskundige deze diepgaander bespreekt en al dan niet weerlegt op medisch-technisch gemotiveerde wijze én tevens uitklaart of de heer ... al dan niet in aanmerking kwam voor het medical need programma van de ..., te meer dat (mede) het voorwerp uitmaakt van de weigeringsbeslissing van het RIZIV (art. 25, 3^{de} lid van de Gec. Ziektewet).

Echter is over dat laatste punt niets terug te vinden in het verslag, zelfs geen verwijzing naar de bevindingen van dr. ... op dat vlak.

*In die gegeven omstandigheden is het aangewezen dat, alvorens recht te doen, de deskundige zijn opdracht, zoals omschreven in het arrest van 26 juni 2018 herneemt, minstens vervolledigt en verduidelijkt, **eventueel na inwinnen van advies bij zijn collega's specialist-artsen**, en waarbij ondermeer de nodige aandacht moet geschonken worden aan de vereiste van zeldzame indicatie en/of aandoening in de zin van de artikelen 25bis of 25ter van de Gecoördineerde Ziektewet en het al dan niet vervullen door de heer ... van de voorwaarden voor deelname aan het medical need programma bij de ... in de betwiste periode.”*

(onderlijning door het arbeidshof)

Het arbeidshof beval in toepassing van artikel 984 van het Gerechtelijk Wetboek een vervollediging van het onderzoek door de deskundige:

“(...) Verzoekt de deskundige, die zijn vervolledigende opdracht dient uit te voeren overeenkomstig de artikelen 962 tot en met 991bis van het Gerechtelijk Wetboek, na eerst kennis te hebben genomen van alle informatie en van alle stukken die de partijen en/of hun raadslieden hem aanbrengen, na kennis te hebben genomen van de overwegingen vermeld in dit arrest en na de heer ... desgevallend aanvullend te hebben onderzocht, na te gaan of het geneesmiddel Sovaldi dat aan de heer ... werd voorgeschreven en afgeleverd in de periode van 19 maart 2014 tot 8 juli 2014 in aanmerking komt voor een tussenkomst in de kosten vanwege het Bijzonder Solidariteitsfonds en derhalve voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld door artikel 25 en volgende van de Gecoördineerde Ziektewet van 14 juli 1994.

Alle dienstige vragen van de partijen te beantwoorden.

Machtigt de deskundige om zich zo nodig te laten bijstaan door andere artsen-specialisten.

De uiterste datum voor het neerleggen van het eindverslag van de deskundige wordt bepaald op: 1 augustus 2021.

Bij de begroting van zijn kosten en het ereloon dient de deskundige zich te houden aan de bedragen en tarieven (jaarlijks indexeerbaar) voorgeschreven door het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en kosten voor deskundigen aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken inzake onder andere de geschillen betreffende de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 28.11.2003).

De staat van de kosten en het ereloon van de deskundige vermeldt een detail overeenkomstig dit koninklijk besluit.

(...)” (onderlijning door het arbeidshof)

Met een beschikking in toepassing van artikel 974, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek werd op 3 augustus 2021 de termijn voor het neerleggen van het eindverslag verlengd tot 18 januari 2022.

Op 17 augustus 2021 ontving de griffie van dit arbeidshof een brief, ondertekend door prof. dr. ...

Hierbij waren twee kostenstaten gevoegd: één van ...

Met brief, op 6 september 2021 ontvangen ter griffie van dit arbeidshof, betwistte het RIZIV (o.a.) de kostenstaat van prof. dr. ...

De partijen en de deskundige werden behoorlijk opgeroepen, in toepassing van artikel 991 van het Gerechtelijk Wetboek, voor de zitting in de raadkamer van 23 september 2021.

Met arrest van 29 september 2021 besliste het arbeidshof dat de begroting van het bedrag van de kosten en het ereloon van de deskundige voorbarig was daar er nog geen eindverslag was neergelegd.

2. Betwisting van de kostenstaat van de deskundige

Met een bericht van 26 november 2021 maakte de deskundige zijn antwoord op de opmerkingen vanwege het RIZIV naar aanleiding van zijn "2^{de} voorlopig verslag" over aan het arbeidshof. Hij voegde daarbij twee kostenstaten toe: één van hemzelf (gedateerd op 08.03.2019) ten bedrage van 766,29 EUR en één van ... (gedateerd op 02.08.2021) ten bedrage van 416,54 EUR, waarbij de deskundige poneerde dat hij het ereloon van ... reeds zelf betaalde aan ...

Naar aanleiding van voormeld bericht werd op 20 december 2021 ter griffie van dit arbeidshof een bericht van het RIZIV ontvangen, waarbij deze de kostenstaat betwist.

De partijen en de deskundige werden behoorlijk opgeroepen, in toepassing van artikel 973, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek, voor de zitting in raadkamer van 20 januari 2022.

De griffie van het arbeidshof ontving een bericht van ... op 14 januari 2022.

3. Beoordeling van de betwisting

1.

Het RIZIV verwijst naar het arrest van 10 maart 2021, waarin het arbeidshof de deskundige ... heeft opgedragen zijn onderzoek te vervolledigen. Het lijkt het RIZIV dat dit verzoek niet een aanvullende opdracht betekent, doch slechts dat het oorspronkelijke verslag tekorten vertoonde en diende te worden aangevuld. Het RIZIV is van oordeel dat voor het herstellen van tekorten geen kosten mogen worden aangerekend.

Het arbeidshof stelt vast dat de ereloon- en kostenstaat (gedateerd op 20.03.2019) ten bedrage van 766,29 EUR met betrekking tot het deskundigenverslag dat werd neergelegd op 20 mei 2019 (vóór het tussenarrest van 10.03.2021) door partijen niet betwist werd binnen de 30 dagen en reeds begroot werd.

Het arbeidshof stelt vast dat de deskundige na het tussenarrest van 10 maart 2021 de kostenstaat van 8 maart 2019 heeft bijgevoegd zodat hieruit kan afgeleid worden dat het niet de bedoeling van de deskundige is om voor zichzelf bijkomend ereloon en kosten aan te rekenen voor de opdracht bevolen in het arrest van 10 maart 2021. In de brief van 20 september 2021 stelt de deskundige immers dat hij geen extra kosten ingebracht heeft.

2.

De deskundige heeft voor de opdracht bevolen in het arrest van 10 maart 2021 wel een ereloonstaat toegevoegd voor ...³

In een schrijven van 25 mei 2021 heeft de deskundige aan partijen en raadslieden laten weten dat hij een beroep zou doen op ... Uit niets blijkt dat het RIZIV hierop een opmerking gemaakt heeft.

In het tussenarrest van 10 maart 2021 werd de deskundige trouwens gemachtigd om zich te laten bijstaan door artsen-specialisten (zie hierboven onderlijning door het arbeidshof). De deskundige kon dan ook een beroep doen op het bijkomend advies van ...

3.

Het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en de kosten voor de deskundigen aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken inzake de geschillen betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, de gezinsbijslag voor werknemers en zelfstandigen, de werkloosheidsverzekering en de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bepaalt de bedragen waaraan de deskundige zich moet houden bij de begroting van de kosten van het ereloon.

... werd door het arbeidshof niet aangesteld als deskundige zodat aan hem geen 'persoonlijk ereloon van de deskundige' kan toegekend worden⁴.

Daarentegen worden bijkomende onderzoeken vergoed volgens het tarief (jaarlijks te indexeren) bepaald in artikel 1, eerste lid, 3^o van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 november 2003:

"a) (medische onderzoeken andere dan die vermeld onder b): de kosten worden bepaald volgens de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

b) onderzoeken uitgevoerd door een psychiater of een neuropsychiater: 175,00 EUR;

c) onderzoeken uitgevoerd door een psycholoog, met volledige reeks testen, of door een ergoloog: 121,35 EUR;

d) elk ander onderzoek of advies, niet bedoeld in a, b of c: 60,67 EUR."

Onder bijkomende onderzoeken wordt verstaan, onderzoeken uitgevoerd door andere personen dan de deskundige, op verzoek van deze laatste, evenals de onderzoeken uitgevoerd ingevolge een aanvullend onderzoek, bevolen door de rechter⁵.

Uit de brieven van de deskundige van 25 mei 2021 en 16 juli 2021 blijkt dat ... die door het arbeidshof werd aangesteld als deskundige beroep gedaan heeft op ... voor bijkomend advies.

Het feit dat er geen detailadvies van ... gevoegd werd doch het advies van ... verwerkt is in het antwoord van de deskundige op 16 juli 2021 dat ... mee ondertekend heeft, doet geen afbreuk aan het feit dat er sprake is van bijkomend advies waarvoor een ereloon kan begroot worden.

Overeenkomstig artikel 1, eerste lid, d) van het koninklijk besluit van 14 november 2003 dient het ereloon voor dit bijkomend advies begroot te worden op 84,66 EUR (zoals geïndexeerd op 01.01.2021⁶).

3. Stuk 40 rechtsplegingsdossier arbeidshof.

4. Art. 1, eerste lid, 1^o van het K.B. van 14.11.2003.

5. Art. 1, tweede lid van het K.B. van 14.11.2003.

6. B.S. van 04.12.2020.

BESLISSING

Het arbeidshof,

Begroot het bedrag van het ereloon en de kosten van de deskundige op 84,66 EUR en dit voor het bijkomend advies verleend door ...

Verklaart dit arrest uitvoerbaar tegen het RIZIV.

Verwijst de zaak naar de bijzondere rol van de vierde kamer en houdt de uitspraak over de gerechtskosten aan.

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Budget et plans concernant les malades de longue durée

Économie sur ce poste budgétaire plus que doublé - Personnes reprenant progressivement avec une indemnité de maladie - Personnes qui ont les compétences - Retour sur investissement - Estimation prudente pourcentage d'occupation de 25 % - Responsabilisation de toutes les parties prenantes - Coordinateurs "Retour au travail" - Trajets en 2022, 2023 et 2024

Question n° 1082 posée le 20 octobre 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante MERCKX¹

Sur la base des tableaux budgétaires que nous avons reçus au Parlement, il s'avère que l'attention portée à la question des malades de longue durée se justifie également par des considérations budgétaires.

Alors que l'année passée un chiffre de 200 millions d'EUR nous a été présenté (pour l'année 2024), il semble que l'économie sur ce poste budgétaire a plus que doublé cette année. En effet, l'économie cumulée s'élève à 481 millions d'EUR pour l'année en question.

1. Ces chiffres sont composés de six postes de dépense différents. Pouvez-vous, un à un, brièvement les expliquer sur le plan du contenu et du budget ?
2. Comment calculez-vous les économies résultant de la responsabilisation des mutualités ? Quels sont vos points de vue ?
3. Comment calculez-vous les revenus liés à la responsabilisation des employeurs ? Comment arrivez-vous à ces chiffres ? Quel est le nombre d'infractions constatées dont vous tenez compte pour les années 2022, 2023 et 2024 ?
4. Comment calculez-vous les revenus liés aux sanctions appliquées aux malades de longue durée ? À votre avis, combien de personnes au total recevront une telle sanction (éventuellement année par année) ?
5. Vous comptez sur 15.000 trajets de réintégration par an. Quel est le nombre de malades supplémentaires que vous envisagez selon ce calcul ? Qu'advient-il de vos projections si l'afflux grandit ?

1. Bulletin n° 076, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 154.

6. Aujourd'hui, environ 60.000 personnes reprennent progressivement le travail. Combien d'entre elles sont bénéficiaires d'une indemnité de maladie ? Quelle est la contribution d'une telle trajectoire au-delà d'un trajet de réintégration ? Avez-vous tenu compte de ce cas de figure dans vos calculs ?

Réponse :

Des personnes souffrant d'affections chroniques et qui ne peuvent, de ce fait, être actives sur le marché de l'emploi, il y en a dans tous les statuts (salariés, indépendants, fonctionnaires, etc.). De plus, les actions liées aux démarches vers l'emploi peuvent soit se concentrer sur un retour dans le contexte existant (même employeur), soit voir plus large et rechercher également des opportunités auprès d'autres employeurs ou dans d'autres emplois. Tous ces éléments font en sorte que les actions et les budgets sont répartis sur plusieurs domaines politiques. J'espère que vous comprendrez que je ne m'attarde que sur la traduction budgétaire de la politique qui relève de ma compétence.

Les bénéficiaires des actions destinées à faire intégrer plus rapidement et de manière plus ciblée un trajet d'insertion professionnelle aux personnes souffrant de problèmes de santé qui en ont la capacité et la volonté s'expriment à plusieurs niveaux. Votre question porte exclusivement sur l'impact financier. Et je vais vous répondre, mais non sans souligner encore une fois qu'il est surtout de notre responsabilité sociétale conjointe de ne pas simplement mettre ces personnes à l'écart.

En ce qui concerne notre domaine, il s'agit principalement d'un retour sur investissement que nous générons en aidant des personnes qui ont des compétences et qui peuvent le faire à reprendre le travail. Concrètement, nous parlons de 66 millions d'EUR en 2022, de 161 millions d'EUR en 2023 et de 243 millions d'EUR en 2024. Ce retour sur investissement englobe les allocations que nous n'avons plus à payer, les cotisations payées sur les salaires et les revenus fiscaux liés à ces salaires. Dans nos calculs, nous sommes partis du principe qu'il est ici question de personnes souffrant d'un problème de santé et qui ne peuvent peut-être pas toutes travailler à temps plein et durant toute l'année. Nous tablons sur un pourcentage d'occupation de 25 % par personne et par an. Il s'agit d'une estimation prudente, nous en sommes conscients. Mais nous souhaitons avant tout démontrer ainsi que nous tenons véritablement compte de la situation de ce groupe de personnes et que nous ne tirons pas de plans sur la comète.

Ces chiffres sont supérieurs aux chiffres initialement inscrits dans le budget pluriannuel, à savoir 50, 150 et 200. Mais nous sommes convaincus (malgré la prudence susmentionnée) que cet objectif est réaliste, à condition que nous puissions tous viser un même objectif gagnant-gagnant. Pour soutenir cette démarche, nous demandons en effet un peu d'effort et de responsabilisation de toutes les parties prenantes. C'est pourquoi nous n'avons pas fixé d'objectifs budgétaires distincts pour chacune des "mesures de responsabilisation". Parce qu'elles ont pour but de sensibiliser et de contribuer ainsi à la réalisation de l'objectif général : un travail adéquat pour ceux qui en sont capables et qui le souhaitent.

Nous considérons donc la responsabilisation à la lumière du plan global, dans lequel nous nous concentrons avant tout sur le soutien. Grâce aux coordinateurs "Retour au travail", à l'outil de calcul qui permet aux gens de calculer eux-mêmes la valeur ajoutée du travail et au renforcement des services dans les régions.

En outre, le nouveau régime de l'emploi dégressif à développer empêchera ces personnes d'abandonner complètement. La combinaison de toutes ces mesures et le fait que chacun soit prêt à s'engager, voilà ce qui nous aidera à avancer.

Nous estimons que l'accompagnement des coordinateurs "Retour au travail" sera nécessaire dans 18.000 trajets en 2022 et 24.000 trajets en 2023 et 2024. Ces trajets peuvent aboutir à une reprise partielle ou complète du travail, réalisée avec ou sans le soutien supplémentaire d'un prestataire de services. Le premier objectif est de réduire au maximum le groupe de personnes qui entrent en incapacité de longue durée. Le groupe sur lequel nous nous concentrons est un groupe de personnes qui ont encore des chances et l'envie, mais qui ont besoin de ce soutien supplémentaire d'au moins un entretien avec le coordinateur Retour au travail pour entamer un trajet de réintégration. À ce stade, nous n'avons aucune visibilité sur le rapport entre le nombre de reprises partielles du travail et les trajets de réintégration existants. Mais ce sera bien le cas dans le nouveau système, grâce aux enregistrements effectués par le coordinateur Retour au travail.

II. Remboursement des séances de logopédie

Pandémie du coronavirus - Retard d'apprentissage - Thérapie logopédique limitée - Durée du traitement remboursable limitée à 2 ans maximum - Prolongation exceptionnelles sur la période COVID-19 - 2 prolongations exceptionnelles de 6 mois - Décalage de la période de traitement sur un total de 4 ans

Question n° 1151 posée le 24 novembre 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante SAMYN¹

En raison de la pandémie du coronavirus et des fermetures parfois longues des écoles à la suite des mesures corona imposées, de nombreux enfants ont malheureusement accusé un retard d'apprentissage.

Les enfants qui suivaient déjà une thérapie logopédique se retrouvent souvent dans une situation encore plus vulnérable à cause de la fermeture des écoles. Toutefois, le remboursement des séances de logopédie est limité et est accordé sur la base du rapport médical établi par le spécialiste, du test effectué par le logopède et du rapport final du médecin-conseil de la mutuelle.

La période corona exceptionnelle a affecté le développement de nombreux enfants en âge scolaire et ceux-ci auraient bien besoin de séances de logopédie supplémentaires. Toutefois, la limite actuelle du remboursement (généralement un ou deux ans) y fait barrage.

En raison de la pandémie du coronavirus, prévoit-on une exception aux limites actuelles et un remboursement supplémentaire des séances de logopédie pour les enfants qui ont besoin d'un soutien supplémentaire ?

Réponse :

Depuis le début de la période COVID-19 (plus précisément depuis le 01.03.2020), des mesures exceptionnelles ont été introduites dans le domaine de l'assurance maladie (et sont toujours applicables).

Dans le cas spécifique de la logopédie, la durée du traitement remboursable en temps "normal" (en dehors de la période COVID-19) est en fait limitée (pour la plupart des "troubles" mentionnés dans la nomenclature) à une période ininterrompue de deux ans maximum, sous la forme suivante : une première année, puis une deuxième année après présentation d'un "bilan d'évolution" démontrant la nécessité de poursuivre le traitement pendant cette deuxième année.

1. Bulletin n° 076, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 205.

Cependant, au cours de la période COVID-19, dans le cadre des mesures exceptionnelles introduites dans la plupart des secteurs de la santé, la plupart des délais administratifs liés aux traitements médicaux et paramédicaux ont été prolongés. Dans le cas de la logopédie, les patients peuvent obtenir des prolongations exceptionnelles de six mois chacune pour les traitements qui n'étaient pas encore terminés au moment de l'introduction des mesures (mars 2020) mais également pour les traitements commencés après cette date (c.-à-d. pour les traitements toujours en cours).

Ainsi, la première année de traitement prévue dans la nomenclature en temps normal peut être prolongée d'une première période exceptionnelle de six mois, éventuellement suivie d'une seconde période exceptionnelle de six mois ; ces périodes de prolongation sont destinées à compenser le temps perdu en raison des difficultés de la crise COVID-19 (confinement, fermeture des écoles, etc.).

Aucune justification médicale ou autre n'est requise pour obtenir ces prolongations exceptionnelles, étant donné qu'il ne s'agit pas de la prolongation "normale" d'une deuxième année de traitement telle que stipulée dans la nomenclature (nécessitant donc un "bilan d'évolution").

Des prolongations exceptionnelles de six mois chacune peuvent également être obtenues à la fin de la deuxième année "normale" de traitement.

Toutes ces prolongations "peuvent" être obtenues, mais ne sont évidemment pas obligatoires, si le prestataire (logopède) estime que le temps restant lui permet d'épuiser les séances disponibles au rythme qu'il détermine librement en fonction des besoins thérapeutiques et des intérêts du patient.

Il est donc pratiquement possible dans la période COVID-19, dans des cas extrêmes et si nécessaire, d'étaler le traitement (normalement de deux ans) sur une première année "normale" + six mois exceptionnels + six mois exceptionnels + une deuxième année "normale" + six mois exceptionnels + six mois exceptionnels, soit un total de quatre ans.

S'il est décidé de mettre fin aux mesures exceptionnelles dans le cadre de la période COVID-19 (dans le domaine des soins de santé) par la publication d'un arrêté royal, les traitements déjà en cours resteront éligibles aux mesures d'exception.

III. Interventions de l'assurance pour incapacité de travail

Travailleurs, salariés ou indépendants qui ne sont plus aptes à travailler en raison d'une maladie ou d'un accident de la vie privée - Payée par la mutualité, CAAMI, Caisse des soins de santé de HR-Rail - Nombre de jours indemnisés pour la période 2018-2020

Question n° 1156 posée le 29 novembre 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEPRAETERE¹

Les salariés, les chômeurs, les indépendants et les mineurs qui ne sont plus aptes à travailler en raison d'une maladie ou d'un accident (qui n'est pas une maladie professionnelle ou un accident du travail) peuvent prétendre à une allocation d'incapacité de travail.

1. Combien de dossiers d'incapacité de travail ou d'invalidité les compagnies d'assurances ont-elles traités en 2018, 2019, 2020 et 2021 respectivement ?
2. Combien de dossiers d'indemnisation d'incidents médicaux les compagnies d'assurances ont-elles traités en 2018, 2019, 2020 et 2021 respectivement ?
3. Combien de ces dossiers ont-ils été réglés à l'amiable entre les deux assureurs (avec un médecin d'assurance) ? Combien de dossiers ont-ils été transmis au tribunal en vue d'une expertise judiciaire ?
4. Quelle est la durée de traitement moyenne de ces dossiers d'assurance ?
5. Comment les médecins d'assurance sont-ils contrôlés ? Après de quelle instance peut-on contester une décision jugée erronée ?
6. Combien de plaintes relatives à des dossiers d'invalidité l'Ombudsman des Assurances a-t-il reçues en 2018, 2019, 2020 et 2021 ? Merci de bien vouloir fournir un aperçu mentionnant l'objet de la plainte.

Réponse :

Les travailleurs, salariés (et assimilés) ou indépendants, qui ne sont plus aptes à travailler en raison d'une maladie ou d'un accident de la vie privée peuvent effectivement prétendre à une indemnité d'incapacité de travail à charge de la sécurité sociale (assurance indemnités). Toutefois, celle-ci est payée, non pas par une compagnie d'assurance, mais par l'organisme assureur de l'intéressé (mutualité, CAAMI, caisse des soins de santé de HR-Rail selon les cas).

1. Bulletin n° 076, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 176.

Tenant compte de ce qui précède, vous trouverez ci-dessous le nombre de cas et le nombre de jours indemnisés par les organismes assureurs en incapacité primaire et en invalidité pour la période 2018-2020. Les données pour l'année 2021 ne sont pas encore disponibles.

Ces données n'incluent pas les données relatives à l'allocation pour l'aide de tierce personne, la prime de bien-être, la prime de rattrapage et au supplément COVID-19.

Une période d'incapacité primaire peut varier de quelques jours à un an. Un titulaire peut donc avoir plusieurs périodes d'incapacité primaire sur la même année. Si l'intervalle entre deux périodes d'incapacité primaire est supérieure ou égale à 14 jours, on les considère comme deux périodes distinctes. Si cet intervalle est inférieur à 14 jours, on parle alors de rechute et on suppose que la période d'incapacité primaire de travail n'a pas été interrompue. Il est donc possible qu'une personne ayant droit soit comptée plusieurs fois au cours d'une même année.

Seuls les cas qui sont à charge de l'assurance indemnités sont repris. Les cas pour lesquels la durée de la maladie ne dépasse pas la période de salaire garanti ou la période de carence ne sont pas à charge de l'assurance indemnités et ne sont donc pas repris dans ces statistiques.

Les données relatives à l'invalidité concernent la période d'incapacité de travail supérieure à un an.

Les fonctionnaires statutaires ne sont pas repris dans ces données (incapacité primaire et invalidité), car ils ne sont pas à charge de l'assurance indemnités.

Veuillez trouver, dans le tableau 1, respectivement le nombre de cas et le nombre de jours indemnisés en incapacité primaire, pour le régime des salariés et pour le régime des indépendants pour les années 2018 à 2020.

Tableau 1 : Nombre de cas et de jours indemnisés en incapacité primaire dans le régime des salariés et des indépendants

Salariés			Indépendants		
	Cas	Jours		Cas	Jours
2018	550.449	36.957.448	2018	25.191	2.499.362
2019	565.445	38.820.221	2019	29.744	2.857.273
2020	567.271	37.673.026	2020	32.932	2.970.521

Veuillez trouver, dans le tableau 2, respectivement le nombre de cas et le nombre de jours indemnisés en invalidité, pour le régime des salariés et pour le régime des indépendants pour les années 2018 à 2020.

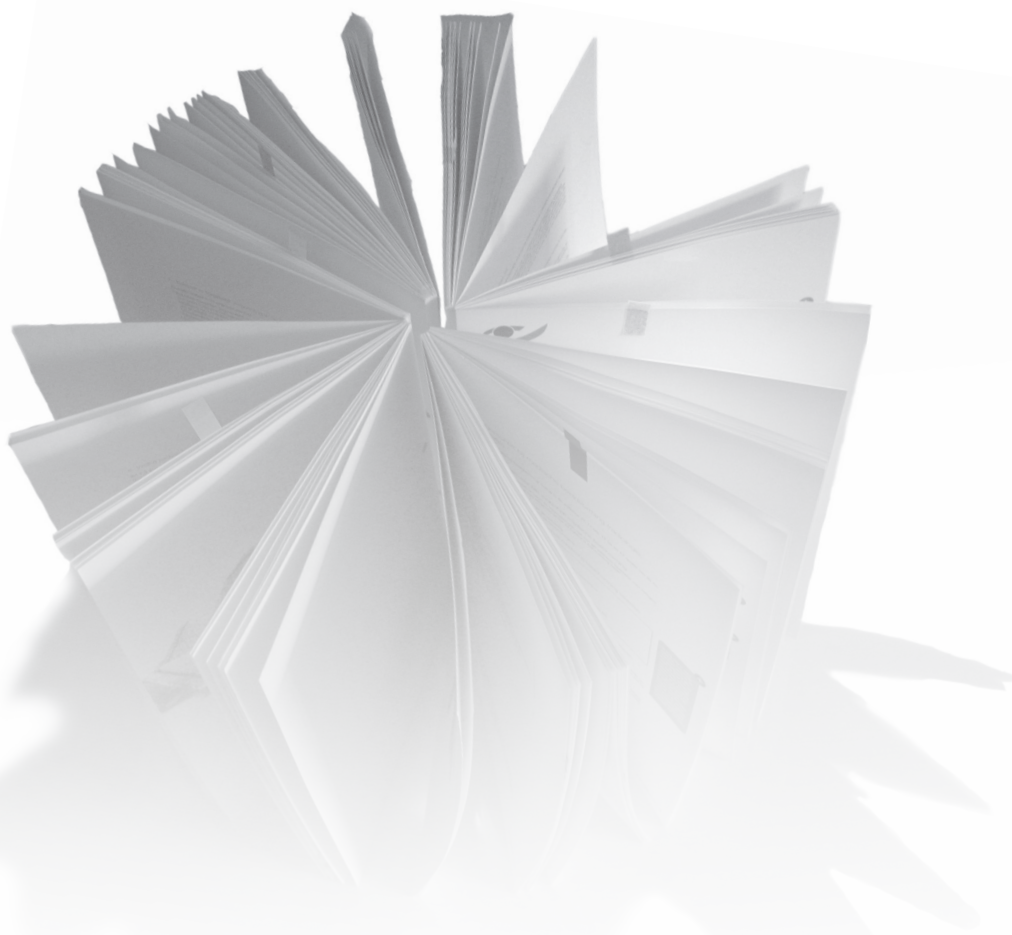
Tableau 2 : Nombre de cas et de jours indemnisés en invalidité dans le régime des salariés et des indépendants

Salariés			Indépendants		
	Cas	Jours		Cas	Jours
2018	437.887	119.736.195	2018	28.815	7.797.685
2019	457.880	125.253.085	2019	30.224	8.119.329
2020	482.577	132.251.827	2020	31.859	8.626.705

Les points 2 à 6 de votre question portent sur les assurances privées. Ceci ne relève pas de mes compétences, mais bien de celles de mon collègue Pierre-Yves Dermagne, le ministre de l'Économie.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Déclaration tardive de l'incapacité de travail - Procédure de levée de sanction

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

L'article 9 du règlement des indemnités du 16 avril 1997 relatif aux travailleurs salariés ainsi que l'article 58^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 relatif aux travailleurs indépendants prévoient une procédure de levée de sanction qui est applicable en cas d'une déclaration tardive de l'incapacité de travail.

Un assuré qui a fait une déclaration d'incapacité de travail en dehors du délai réglementaire prévu à l'article 2 du règlement des indemnités du 16 avril 1997 et aux articles 53, 54 et 55 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 est sanctionné par une réduction de 10 % du montant journalier de son indemnité d'incapacité de travail jusqu'au jour de sa déclaration d'incapacité. Cet assuré peut dans les "**cas dignes d'intérêt**" solliciter une demande de levée de la sanction dont il a fait l'objet.

Cette sanction peut être levée par l'organisme assureur sur avis conforme du fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités de l'Institut ou du fonctionnaire délégué par lui, pour autant que le montant de la sanction s'élève à un montant minimum de 25 EUR.

Par "cas dignes d'intérêt", il y a lieu d'entendre :

- 1) les cas dans lesquels **la situation sociale et financière du ménage du titulaire peut être considérée comme difficile.**

Dans cette situation, le caractère digne d'intérêt est établi sur base des revenus du ménage de l'assuré social. On tient compte des revenus du ménage au cours des douze mois précédant le mois de la date du début de l'incapacité de travail. Si les revenus du ménage sont inférieurs au montant annuel donnant droit à l'intervention majorée pour les soins de santé (montant du seuil de base majoré d'un montant par personne à charge), une levée de sanction peut être accordée.

Si l'assuré social souhaite obtenir une levée de sanction pour des raisons sociales ou financières, il doit justifier les revenus de son ménage (voie pt IV dans la fiche de synthèse, jointe en annexe¹).

La levée de sanction ne peut toutefois pas être accordée une seconde fois, sur base de la situation sociale et financière du ménage du titulaire, pendant la période de trois ans suivant la fin de l'incapacité de travail pour laquelle une première levée de sanction a déjà été accordée.

- 2) les cas dans lesquels le titulaire s'est trouvé, suite à la **force majeure**, dans l'impossibilité de déclarer son incapacité de travail.

Le cas échéant, l'assuré doit expliquer la situation de force majeure et justifier son explication écrite par des éléments probants (voie pt V dans la fiche de synthèse, jointe en annexe²).

1. Non publiée ici.

2. Non publiée ici.

Afin d'éviter l'envoi de dossiers qui devront d'office être refusés, il nous semble utile de préciser que les cas suivants ne peuvent *pas* être considérés comme des cas de force majeure justifiant une levée de sanction :

- la méconnaissance du droit social belge de la part de l'assuré social
- la bonne foi de l'assuré social
- une erreur d'information communiquée à l'assuré social par son employeur, son médecin traitant, l'hôpital, un membre de sa famille etc...
- la perte d'un courrier envoyé par la poste (excepté si cas de grève de la poste dûment établie).

Toutefois, si l'assuré prouve, pièces à l'appui, que sa déclaration tardive a été causée par une information erronée délivrée par sa mutualité ou par une erreur de gestion de sa mutualité (par ex. : perte du certificat d'incapacité de travail par la mutualité suite à sa réception, ...), un dossier de demande de levée de sanction pourra le cas échéant être introduit et chaque cas de force majeure invoqué sera dûment analysé au cas par cas.

1. Introduction des dossiers auprès du service des indemnités

Les dossiers de demande de levée de sanction sur base de l'article 9 du règlement des indemnités du 16 avril 1997 ou l'article 58^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 sont introduits au moyen d'une fiche de synthèse jointe en annexe à la présente circulaire.

Le dossier administratif doit comporter les données suivantes :

- I. Identification du titulaire
 - II. Données concernant l'incapacité de travail
 - III. Données concernant la sanction
 - IV. Appréciation du caractère digne d'intérêt en raison de la situation sociale et financière du titulaire
- ou
- V. Appréciation du caractère digne d'intérêt en raison de l'existence d'un cas de force majeure dans le chef du titulaire.

La mutualité complète, dans la fiche de synthèse, toutes les données dont elle dispose (*pt I à III*). Elle demande à l'assuré social les données manquantes (*pt IV ou V*).

Ensuite, la mutualité transmet le dossier administratif et toutes les pièces justificatives à l'Union nationale, qui doit vérifier si les données sont exactes et complètes, en vue d'un éventuel contrôle par le Service du Contrôle administratif de l'INAMI.

Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données requises ainsi que les pièces justificatives, indiquées dans le formulaire de demande, la demande de levée de sanction ne peut pas être présentée au Service des indemnités de l'INAMI et sera renvoyée à la mutualité pour être complétée.

Lorsque l'Union nationale est en possession d'un dossier complet, elle introduit le dossier administratif auprès du Service des indemnités de l'INAMI. Le Service des indemnités analyse le dossier et prépare une proposition d'avis qui sera soumise pour approbation au Fonctionnaire dirigeant du Service.

2. Application de la présente circulaire

La présente circulaire abroge les circulaires O.A. suivantes :

- la circulaire O.A. n° 2014/315 du 1^{er} août 2014³
- la circulaire O.A. n° 2020/45 du 27 février 2020⁴.

Cette circulaire et son annexe (formulaire de demande) produisent leurs effets le **1^{er} janvier 2022** et s'appliquent à chaque déclaration tardive, y compris de prolongation et de rechute, pour une période d'incapacité de travail qui débute, au plus tôt, le 1^{er} janvier 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/19 – 400/49 du 14 janvier 2022.

3. Non publiée.

4. Publiée dans le B.I. 2020/2.

II. Déclaration d'incapacité de travail - Déclaration tardive d'incapacité de travail - Régime des travailleurs salariés

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

Abroge la circulaire O.A. n° 2022/20¹ du 18 janvier 2022.

Le règlement du 15 septembre 2021 modifiant, en ce qui concerne la déclaration de l'incapacité de travail, le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 a été publié au Moniteur belge du 14 janvier 2022.

Ce règlement :

- modifie le délai pour déclarer l'incapacité de travail au médecin-conseil
- stipule que le délai de déclaration est suspendu en cas de période d'hospitalisation
- introduit sous certaines conditions une mesure d'avertissement en cas de déclaration tardive d'incapacité de travail.

I. Délai pour déclarer l'incapacité de travail

1.1. Délai de base

Au plus tard le septième jour civil qui suit le début de l'incapacité de travail, le titulaire doit envoyer par la poste, le cachet postal faisant foi, au médecin-conseil de sa mutualité, ou lui remettre contre accusé de réception, un certificat médical rempli, daté et signé, motivant son incapacité (**première déclaration d'incapacité de travail**).

En cas de **prolongation de l'incapacité de travail** après la date de fin de la période de l'incapacité de travail reconnue précédente, le titulaire dispose d'un délai de sept jours civils prenant cours le lendemain du premier jour de la prolongation de la période d'incapacité de travail déjà reconnue.

En cas de **rechute en incapacité de travail**, le titulaire dispose également d'un délai de sept jours civils prenant cours le lendemain du premier jour où l'incapacité de travail est à nouveau intervenue.

1.2. Délai plus long : titulaire lié par un contrat de travail d'ouvrier ou d'employé

Le titulaire qui, lors de la survenance de son incapacité de travail, est engagé dans les liens d'un contrat de travail d'ouvrier ou d'employé dispose d'un délai de respectivement quatorze ou vingt-huit jours civils, à dater du début de l'incapacité de travail pour déclarer son incapacité de travail.

Dans le cadre de ce délai de déclaration prolongé, il n'est pas nécessaire que le titulaire reçoive effectivement la rémunération garantie légale de quatorze jours pour les ouvriers (*cf.* art. 52, § 1^{er}, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail) ou la rémunération mensuelle garantie pour les employés (*cf.* art. 70 de la loi susmentionnée du 03.07.1978) pour que le délai plus long soit d'application.

L'employé lié par un contrat de travail à durée déterminée de moins de trois mois ou pour un travail nettement défini dont l'exécution requiert normalement une occupation de moins de trois mois (*cf.* art. 71 de la loi susvisée du 03.07.1978 en ce qui concerne le droit à la rémunération garantie pendant 14 jours) dispose d'un délai de déclaration de vingt-huit jours étant donné que l'intéressé est lié par un contrat de travail d'employé au début de son incapacité de travail.

Un enseignant temporaire dispose aussi d'un délai de déclaration de vingt-huit jours.



Exemples :

- un ouvrier est incapable de travailler depuis le lundi 3 janvier 2022 jusqu'au dimanche 6 mars 2022 inclus. L'entreprise applique un chômage temporaire chaque jeudi et vendredi de la semaine. Pour ces jours, l'employeur ne paie pas la rémunération garantie, en application de l'article 56 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail (l'intéressé a en effet uniquement droit à la rémunération garantie pour les jours où il aurait pu prétendre à une rémunération s'il n'avait pas été en incapacité de travail). L'employeur paie donc une rémunération garantie pour la période courant du lundi 3 janvier 2022 au dimanche 16 janvier 2022 inclus, à l'exception des jeudis et vendredis de cette période.

L'intéressé a déclaré son incapacité de travail le vendredi 14 janvier 2022. Cette déclaration est introduite à temps (dans le délai de 14 jours à dater du début de l'incapacité de travail). La mutualité peut payer des indemnités pour les jeudi 6 et vendredi 7 janvier 2022, les jeudi 13 et vendredi 14 janvier 2022 et pour la période qui débute le lundi 17 janvier 2022

- un intérimaire travaille comme ouvrier et a un contrat de travail pour la période courant du lundi 3 janvier 2022 au dimanche 9 janvier 2022 inclus. Il est reconnu incapable de travailler à partir du jeudi 6 janvier 2022 jusqu'au dimanche 30 janvier 2022 inclus. L'employeur paie la rémunération garantie légale pour la période comprise entre le 6 et le 9 janvier 2022 inclus (l'intéressé démontre le mois d'ancienneté de service requis au moyen de contrats de travail antérieurs).

L'intéressé a déclaré son incapacité de travail le vendredi 14 janvier 2022. Cette déclaration est introduite à temps (dans le délai de 14 jours à dater du début de l'incapacité de travail). La mutualité peut octroyer des indemnités pour la période à partir du lundi 10 janvier 2022

- un employé entre en service le mardi 1^{er} mars 2022 et a un contrat de travail à durée déterminée de deux mois. Il entre en incapacité de travail le lundi 4 avril 2022 et est ensuite reconnu incapable de travailler jusqu'au mardi 31 mai 2022 inclus. L'employeur a payé la rémunération garantie légale pour la période comprise entre le lundi 4 avril 2022 et le dimanche 17 avril 2022 inclus.

L'intéressé a déclaré son incapacité de travail le jeudi 21 avril 2022. Cette déclaration est introduite à temps (dans le délai de 28 jours à dater du début de l'incapacité). La mutualité peut payer les indemnités pour la période comprise entre le lundi 18 avril 2022 et le mardi 31 mai 2022 inclus.

1.3. Solde du délai de déclaration plus long en cas de prolongation ou de rechute

En cas de prolongation ou de rechute, le délai principal de sept jours civils est prolongé à concurrence d'un solde éventuel de respectivement quatorze ou vingt-huit jours civils s'il s'agit d'un assuré lié par un contrat de travail d'ouvrier ou d'employé.

> Exemple :

Un employé lié par un contrat de travail à durée indéterminée est en incapacité de travail du lundi 7 février 2022 au jeudi 24 février 2022 inclus (18 jours civils). Cette période d'incapacité de travail est entièrement couverte par la rémunération garantie. Le lundi 7 mars 2022, il retombe en incapacité de travail en raison de la même affection. L'employeur a payé la rémunération garantie pour la période comprise entre le lundi 7 mars 2022 et le vendredi 18 mars 2022 inclus (12 jours civils). La mutualité a payé des indemnités à partir du lundi 21 mars 2022.

- 1) L'intéressé a déclaré sa rechute le lundi 14 mars 2022. La déclaration a été introduite à temps, c'est-à-dire dans le délai de 10 jours (solde du délai de déclaration de 28 jours civils) à dater du 7 mars 2022 (le délai arrive donc à échéance le mercredi 16.03.2022). Les indemnités peuvent être intégralement octroyées pour la période prenant cours le lundi 21 mars 2022.
- 2) L'intéressé a déclaré sa rechute le lundi 28 mars 2022. Il s'agit d'une déclaration tardive (déclaration après le mercredi 16.03.2022). Pour la période courant du lundi 21 mars 2022 au lundi 28 mars 2022 inclus, le montant des indemnités devrait en principe être réduit de 10 % (cf. toutefois aussi le pt II. - application d'une mesure d'avertissement).

1.4. Impact d'une période d'hospitalisation ou d'un congé de prophylaxie sur le délai de déclaration

Le délai de déclaration est suspendu pendant les périodes suivantes au cours desquelles une présomption légale d'incapacité de travail s'applique :

- une période d'hospitalisation
- une période de congé prophylactique, plus précisément la période au cours de laquelle il est interdit pour l'ayant-droit de se rendre au travail parce qu'il a été en contact avec une personne touchée par une maladie contagieuse visée à l'article 239, § 1^{er}, 1^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (par ex. la fièvre typhoïde, la variole...).

En aucun cas, ce délai de déclaration ne peut en outre expirer avant le deuxième jour suivant le dernier jour de la période concernée.

> Exemple :

Un chômeur est en incapacité de travail du lundi 4 janvier 2022 au lundi 31 janvier 2022 inclus. Il a été hospitalisé le mardi 11 janvier 2022 (hospitalisation d'une journée). Compte tenu de la suspension de la période de déclaration en raison de l'hospitalisation d'un jour, cette période se termine en principe le mercredi 12 janvier 2022.

Toutefois, le délai de déclaration ne pouvant en aucun cas expirer avant le deuxième jour suivant le dernier jour de la période d'hospitalisation, le jeudi 13 janvier 2022 est le dernier jour du délai de déclaration (prolongation d'un jour).

1.5. Prolongation du délai de déclaration si le dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal

Lorsque le dernier jour du délai de déclaration applicable est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, ce délai est prolongé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

1.6. Déclaration de l'incapacité de travail par l'envoi du certificat par la poste : application d'une fiction juridique

Compte tenu du modèle de distribution spécifique de bpost (délai plus long pour les envois postaux *non prior*) et du fait qu'il est souhaitable de laisser à l'assuré le choix de son mode d'expédition, on a introduit, pour la vérification du délai de déclaration, une **fiction juridique** pour les envois postaux du certificat d'incapacité de travail destiné à informer le médecin-conseil de la mutualité de l'incapacité de travail.

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



Remarques :

- cette fiction juridique ne s'applique pas aux documents de déclaration qui sont remis contre accusé de réception ou par voie électronique
- si le cachet de la poste fait défaut ou s'il n'est pas suffisamment lisible (situation de force majeure), le document de déclaration est envoyé dans les délais si la date de réception par la mutualité est au plus tard le cinquième jour ouvrable après l'échéance du délai de déclaration applicable.

II. Sanctions pour déclaration tardive de l'incapacité de travail - Article 9 du règlement du 16 avril 1997

Si l'intéressé a fait une déclaration tardive d'incapacité de travail, des indemnités peuvent lui être payées pour la période de retard avec une réduction de 10 % appliquée sur le montant journalier des indemnités.

La réduction est appliquée au montant journalier des indemnités auxquelles l'assuré peut réellement prétendre.

Si le montant des indemnités doit être limité en raison d'une disposition de cumul, la réduction de 10 % est appliquée sur le montant "limité" des indemnités qui doivent être octroyées pour la période en question.



Exemples :

- la période de sanction est de sept semaines. L'intéressé a droit à un montant journalier de 66,5500 EUR.
Si la déclaration n'avait pas été faite tardivement, l'intéressé aurait reçu des indemnités pour un montant total de **2.795,10 EUR** (66,5500 EUR x 42).
En raison de la déclaration tardive, l'intéressé perçoit des indemnités pour un montant de **2.515,59 EUR** [(66,5500 EUR x 90 %) x 42].
- la même situation que celle décrite ci-dessus, mais l'intéressé reçoit une rente journalière pour maladie professionnelle de 20,25 EUR, qui doit être déduite de l'indemnité en application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'intéressé peut donc en principe prétendre à une indemnité journalière de **46,30 EUR** (66,5500 EUR - 20,25 EUR).

Application de la sanction pour déclaration tardive (46,30 EUR x 90 %) = 41,67 EUR.

En raison de la déclaration tardive, l'intéressé perçoit des indemnités pour un montant de **1.750,14 EUR** (41,67 EUR x 42).

Pour quelle période la sanction doit-elle être appliquée ?

Si le certificat d'incapacité de travail **a été envoyé par la poste**, le titulaire ne peut prétendre à l'intégralité de ses indemnités qu'à partir du quatrième jour ouvrable précédant la date de l'envoi (le cachet de la poste faisant foi), ou à partir du jour suivant de la date de la signature du document en question si cette date est ultérieure au quatrième jour précédant le jour de l'envoi.

La sanction (réduction des prestations de 10 %) s'applique donc à la période précédant, selon le cas, ces quatre jours ouvrables ou le jour suivant la date de la signature.

Si le certificat d'incapacité de travail a été remis au médecin-conseil **contre accusé de réception**, le bénéficiaire peut prétendre à l'intégralité des indemnités à compter du premier jour ouvrable suivant celui où il a remis le certificat d'incapacité de travail au médecin-conseil.

La sanction (réduction des prestations de 10 %) s'applique donc dès le début de la période d'incapacité de travail concernée et jusqu'à la date de remise du certificat d'incapacité de travail.



Exception :

Une **mesure d'avertissement** s'applique sous certaines conditions, et permet de ne pas réduire les indemnités de 10 % en cas de retard de la déclaration.

Cette mesure d'avertissement ne peut être appliquée :

(i) qu'une fois par période d'incapacité de travail (y compris en cas de prolongation de l'incapacité de travail ou de rechute en incapacité de travail)
et

(ii) à condition que le retard n'excède pas un mois.

Le calcul de ce mois se fait de date à date.

À titre d'illustration : si le dernier jour du délai de déclaration est le 3 février :

- la mesure d'avertissement peut être appliquée au plus tard si le 3 mars est retenu comme date de déclaration
- la mesure d'avertissement ne peut pas être appliquée si le 4 mars est retenu comme date de déclaration (le retard est supérieur à un mois).



Remarque : si le dernier jour du mois de retard est un samedi, un dimanche ou un jour férié, ce délai d'un mois pour la mesure d'avertissement est prolongé jusqu'au jour ouvrable suivant.

> Exemples :

Dernier jour du délai de déclaration	Détermination du mois de retard	Application de la sanction à partir du
vendredi 28 janvier 2022	du samedi 29 janvier 2022 au lundi 28 février 2022 inclus	mardi 1 ^{er} mars 2022
mardi 1 ^{er} février 2022	du mercredi 2 février 2022 au mardi 1 ^{er} mars 2022 inclus	mercredi 2 mars 2022
lundi 28 février 2022	du mardi 1 ^{er} mars 2022 au jeudi 31 mars 2022 inclus	vendredi 1 ^{er} avril 2022
jeudi 3 mars 2022	du vendredi 4 mars 2022 au dimanche 3 avril 2022 inclus => prolongation jusqu'au lundi 4 avril 2022	mardi 5 avril 2022
mercredi 31 août 2022	du jeudi 1 ^{er} septembre 2022 au vendredi 30 septembre 2022 inclus	samedi 1 ^{er} octobre 2022
lundi 29 janvier 2024	du mardi 30 janvier 2024 au jeudi 29 février 2024 inclus	vendredi 1 ^{er} mars 2024
jeudi 29 février 2024	du vendredi 1 ^{er} mars 2024 au dimanche 31 mars 2024 inclus => prolongation jusqu'au lundi 1 ^{er} avril 2024	mardi 2 avril 2024

Si la mutualité émet un avertissement, elle doit informer par écrit l'assuré social que la déclaration était tardive et qu'aucune sanction ne sera infligée pour cette seule déclaration tardive.

Application concrète pour définir le mois de retard

délai de déclaration	mois de retard (de date à date)	toujours une application de la sanction
----------------------	---------------------------------	---

Envoi par la poste : tenir compte du cinquième jour ouvrable précédant l'envoi du certificat d'incapacité de travail ou de la date de signature de ce certificat si celle-ci est postérieure au cinquième jour ouvrable visé ci-dessus, le cachet de la poste faisant foi.

Remise contre accusé de réception : tenir compte de la date de remise du certificat d'incapacité de travail.

- Un assuré (*chômeur*) est incapable de travailler à partir du mardi 4 janvier 2022 et se rend chez son médecin traitant le mardi 4 janvier 2022. Compte tenu du délai de déclaration de sept jours civils à compter du lendemain du début de l'incapacité de travail, il doit faire la déclaration d'incapacité de travail au plus tard le mardi 11 janvier 2022 (en cas d'envoi par la poste, le cachet postal devrait être apposé au plus tard le lundi 17.01.2022 compte tenu de l'application de la "fiction juridique")
- Le cachet de la poste est apposé le jeudi 13 janvier 2022 => la déclaration est introduite **dans les délais** (application de la fiction juridique : le certificat d'incapacité de travail, signé au plus tard le dernier jour du délai applicable, est réputé avoir été envoyé à temps au médecin-conseil par la poste si le cachet de la poste est apposé au plus tard le cinquième jour ouvrable suivant l'expiration du délai applicable)
- Le cachet de la poste est apposé le mardi 18 janvier 2022 => la déclaration est introduire **hors délais**.
Bien que la déclaration soit tardive, *aucune sanction n'est appliquée* (première fois au cours d'une même période d'incapacité de travail + durée de retard < 1 mois (5^e jour ouvrable avant l'envoi du certificat d'incapacité de travail : mercredi 12.01.2022)).

La mutualité informe l'assuré que la déclaration était tardive et qu'aucune sanction n'est appliquée pour cette seule déclaration tardive.

- Un assuré (*employé*) est incapable de travailler à partir du mercredi 5 janvier 2022 et se rend chez son médecin traitant le lundi 10 janvier 2022. Compte tenu du délai de déclaration de vingt-huit jours civils (à compter de la date de début de l'incapacité de travail), il doit introduire la déclaration d'incapacité de travail au plus tard le mardi 1^{er} février 2022 (en cas d'envoi par la poste, le cachet postal devrait être apposé au plus tard le lundi 7 février 2022 compte tenu de l'application de la "fiction légale").
- Le cachet de la poste est apposé le jeudi 3 mars 2022 => la déclaration a été introduite **hors délais**.
Bien que la déclaration soit tardive, *aucune sanction n'est appliquée* (1^{re} fois au cours d'une même période d'incapacité de travail + durée de retard \leq 1 mois (5^e jour ouvrable avant l'envoi du certificat d'incapacité de travail : vendredi 25.02.2022)).
La mutualité informe l'assuré que la déclaration était tardive et qu'aucune sanction n'est appliquée pour cette seule déclaration tardive.
- Le cachet de la poste est apposé le vendredi 11 mars 2022 => la déclaration a été introduite **hors délais**.
La déclaration est tardive et *la sanction est appliquée* (durée de retard $>$ 1 mois (5^e jour ouvrable avant l'envoi du certificat d'incapacité de travail : samedi 05.03.2022)). Le fait qu'il s'agisse d'une première déclaration tardive au cours d'une même période d'incapacité de travail ne joue aucun rôle étant donné que la durée du retard dépasse un mois.

Situations particulières :

- a) À la suite d'une première déclaration tardive (déclaration A), la mutualité a appliqué la mesure d'avertissement. Toutefois, après une nouvelle déclaration (déclaration B), il apparaît que cette déclaration A est une prolongation et que le deuxième certificat doit être considéré comme une première déclaration.

Pour l'application de la mesure d'avertissement, il y a lieu de retenir un critère chronologique en fonction de la date de déclaration. Cette mesure d'avertissement doit s'appliquer à la première déclaration tardive, et la durée du retard ne peut pas excéder un mois. Vu que la mesure d'avertissement a déjà été appliquée pour la déclaration A, la déclaration B ne peut pas faire l'objet d'une mesure d'avertissement (même si cette déclaration concerne une période d'incapacité de travail antérieure dans le temps).

- b) La mutualité reçoit l'enveloppe contenant deux déclarations (1 déclaration initiale et 1 prolongation) pour un même risque. Ces deux déclarations sont tardives et, pour les deux déclarations, le retard n'excède pas un mois.

Dans cette situation, la mesure d'avertissement ne peut s'appliquer qu'à une des deux déclarations, à savoir la déclaration qui doit être considérée comme la déclaration initiale.

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le 1^{er} janvier 2022 et s'applique à chaque déclaration, y compris de prolongation et de rechute, pour une période d'incapacité de travail qui débute, au plus tôt, le 1^{er} janvier 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/31 – 400/51 du 24 janvier 2022.

III. Application de l'article 219^{ter}, § 5 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

En vigueur à partir du 1^{er} avril 2022.
Abroge la circulaire O.A. n° 2022/46 du 1^{er} février 2022¹.

I. Principe : incompatibilité entre l'octroi des indemnités de maternité suite à une mesure d'écartement du travail et l'exercice d'une activité non soumise à la loi sur le travail du 16 mars 1971

Les titulaires enceintes, accouchées ou allaitantes qui bénéficient d'une mesure d'écartement visée aux articles 42, §1^{er}, 43, 43^{bis} de la loi du 16 mars 1971 sur le travail peuvent bénéficier, sous certaines conditions, des indemnités de maternité.

Les indemnités de maternité en cas d'écartement du travail ne sont néanmoins pas dues aux titulaires enceintes, accouchées ou allaitantes *qui entreprennent ou poursuivent une activité qui n'est pas soumise aux dispositions de la loi du 16 mars 1971 sur le travail*.



Remarques :

- l'exercice du **travail volontaire** au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires est en principe possible à la condition que l'existence d'un *lien de subordination* dans l'exécution du travail volontaire soit établi – application de la loi du 16 mars 1971 sur le travail (ce lien d'autorité indispensable entre le volontaire et l'organisation concernée peut par exemple être déduit de l'obligation d'exécuter le travail volontaire à des jours et des heures fixes, l'obligation d'exécuter le travail volontaire dans un local prédéfini incluant l'utilisation d'outils spécifiques mis à disposition par l'organisation concernée, ...)
- le suivi d'une **formation sans composante pratique** (sans stage) ne constitue pas une activité et peut donc être suivie pendant la période d'écartement du travail. En effet, une telle formation ne constitue pas une activité à caractère productif exercée dans le cadre de relations sociales.

Toutefois, si la **formation a une composante pratique** (avec stage) et peut donc être qualifiée d'activité à caractère productif exercée dans le cadre de relations sociales, il convient de vérifier si, dans le cadre de l'exécution de cette formation, il existe une soumission à la loi du 16 mars 1971 sur le travail. Si tel est le cas, l'assurée peut encore prétendre à des indemnités de maternité suite à l'écartement du travail pendant le suivi de cette formation. Toutefois, si tel n'est pas le cas, l'indemnité de maternité doit être refusée pour la période pendant laquelle elle suit cette formation. Il s'agit donc d'une analyse factuelle.

À noter que les **activités exercées dans le cadre de l'économie collaborative** (où il n'y a pas d'assujettissement au statut social des indépendants parce que les revenus perçus visés à l'art. 90, al. 1^{er}, 1^o*bis*, CIR 1992 ne dépassent pas le montant visé à l'art. 37^{bis}, § 2, CIR 1992) ne sont pas soumises aux dispositions de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.

1. Non publiée.

II. Exception : la poursuite d'une activité comme indépendant durant une mesure d'écartement

2.1. Principes

Le titulaire qui poursuit son activité indépendante pendant la période de protection de la maternité peut, sous certaines conditions, conserver, le bénéfice des indemnités de maternité attachées à son statut de travailleuse salariée. Ces indemnités sont toutefois réduites de 10 %.

Le médecin-conseil de la mutualité doit, à cet effet, autoriser la titulaire à poursuivre, pendant la période de protection de maternité, l'activité indépendante qu'elle exerçait *immédiatement* avant cette période.

Dans ce cadre, la notion "*immédiatement*" signifie que l'assurée doit avoir effectivement déjà exercé cette activité avant le début de la période d'écartement du travail. En cas d'activité "saisonnière", il est en outre nécessaire que l'intéressée soit restée assujettie au statut social des travailleurs indépendants (de manière continue).

L'intéressée ne peut toutefois pas exercer d'activité indépendante pendant les jours ou les heures durant lesquels elle aurait travaillé en tant que salariée, si une mesure de protection n'avait pas été prise. Elle ne peut donc pas augmenter le volume de son activité indépendante.

2.2. Procédure

L'intéressée doit demander au médecin-conseil de sa mutualité l'autorisation de poursuivre son activité indépendante. Elle doit **produire un certificat médical de son médecin traitant** indiquant que l'activité ne présente pas de risque pour sa santé ni pour celle de son enfant.

L'autorisation doit préciser **la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité**. Elle doit être consignée dans le dossier médical et administratif de l'intéressée au siège de la mutualité. Elle doit être notifiée au titulaire.



Remarque : en cas d'écartement en période prénatale et postnatale, une autorisation propre devra être sollicitée par la travailleuse au préalable. La travailleuse devra donc introduire deux demandes distinctes auprès du médecin-conseil de sa mutualité.

2.2.1. DEMANDE D'AUTORISATION

Afin de pouvoir bénéficier de cette possibilité de poursuivre l'exercice de son activité indépendante, l'assurée est invitée à compléter un formulaire de demande d'autorisation dans lequel elle précisera le régime de travail, la nature et les conditions d'exercice tant de son activité salariée que de son activité indépendante.

Elle s'engagera, en cas d'autorisation, à ne pas exercer son activité indépendante pendant les périodes d'exercice habituel de son activité salariée, période pour laquelle elle bénéficie des indemnités de maternité suite à une mesure d'écartement du travail. Un modèle de ce formulaire est repris en annexe (cf. *annexe I*)².

2.2.2. CERTIFICAT MÉDICAL

L'intéressée devra annexer au formulaire de demande d'autorisation susvisé un certificat médical de son médecin traitant dans lequel ce dernier attestera que l'activité dont l'autorisation d'exercice est sollicitée ne présente pas de danger ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Le médecin traitant pourra également compléter l'attestation *ad hoc* intégrée au formulaire de demande (cf. *annexe I*).

2.2.3. AUTORISATION

La nature, le volume, l'horaire et les conditions d'exercice de l'activité jugée compatible avec l'état de santé de la mère et de son enfant doivent être consignés dans le formulaire d'autorisation.

L'autorisation doit être notifiée à l'intéressée et conservée dans son dossier médical et administratif au siège de la mutualité.

Un modèle d'autorisation et un modèle de refus sont joints en annexe (cf. *annexes II et III*)³

Si la titulaire doit cesser temporairement l'exercice de son activité indépendante (maladie, ...), elle devra en informer sa mutualité au plus tôt afin que cette dernière puisse suspendre l'application de la réduction de 10 % des indemnités. La mutualité ne réduit plus le montant journalier à partir du jour de la cessation communiqué par l'intéressé, **par écrit** (formulaire *Déclaration de cessation de l'exercice de l'activité indépendante à compléter* (cf. le formulaire en *annexe IV*)⁴ ou une déclaration de cessation par courriel).

Si l'intéressée souhaite reprendre l'exercice de son activité indépendante (après l'avoir cessée temporairement et n'ayant pas encore communiqué une date de reprise), elle devra en informer sa mutualité, au plus tôt, afin que cette dernière puisse à nouveau appliquer la réduction de 10 % des indemnités.

L'assurée peut aussi renoncer à l'autorisation octroyée. Le retrait de l'autorisation sera communiqué par le médecin-conseil au service administratif de la mutualité et la réduction de 10 % des indemnités prendra fin à la date de cessation communiquée par l'intéressée **par écrit** (cf. le formulaire en *annexe IV* ou par courriel).

La titulaire devra cesser son activité indépendante au terme de la période d'autorisation fixée par le médecin-conseil. Aucune activité ne peut être exercée à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement jusqu'à la fin d'une période de neuf semaines prenant cours le jour de l'accouchement.

2.2.4. CARACTÈRE PRÉALABLE - NOTION

Cette condition doit s'interpréter avec souplesse : la travailleuse doit en effet pouvoir disposer d'un certain délai pour s'informer et accomplir les différentes démarches qui lui sont imposées.

En pratique, il conviendrait de respecter un délai d'un mois depuis l'écartement salarié (et la poursuite de l'activité indépendante) en vue d'introduire une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil.

3. Non publiées ici.

4. Non publié ici.

Faute de demande et/ou en l'absence d'autorisation, il y aura toutefois lieu de procéder à la récupération de l'indu à partir du premier jour de l'exercice de l'activité indépendante concernée non "préalablement" autorisée. En outre, le cas échéant, la récupération prendra fin le lendemain de la date à laquelle l'intéressée aura exercé pour la dernière fois l'activité indépendante concernée non préalablement autorisée.

2.2.5. RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Le médecin traitant est le plus habilité à évaluer le risque encouru par la mère et l'enfant. L'attestation délivrée par le médecin traitant présente une valeur probatoire de tout premier ordre.

La compatibilité de la poursuite des activités indépendants est appréciée en premier lieu par le médecin traitant. L'autorisation du médecin-conseil se fonde sur cette appréciation et ne devrait l'écarter que dans des cas où il estime impossible d'avaliser cette appréciation.

En règle, il y a donc lieu pour le médecin-conseil de prendre acte de l'absence de contre-indication attestée par le médecin traitant de la personne concernée. Le médecin-conseil n'écartera cette attestation que s'il existe un danger manifeste et important pour la santé de la mère et/ou de l'enfant.

Afin de fixer au plus tôt l'assurée sociale et de régulariser rapidement sa situation sur le plan administratif et médical (notion de sécurité juridique), l'intervention du médecin-conseil se fera dans le meilleur délai tant au niveau de la prise de décision que de la notification.

2.3. Situation particulière : écartement du travail et incapacité de travail dans le cadre de l'activité comme travailleuse indépendante

Si la travailleuse écartée du travail est reconnue incapable de travailler dans le cadre de son activité indépendante, elle peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail dans le cadre du régime des travailleurs indépendants (à condition qu'elle ait droit aux prestations dans ce dernier régime et qu'elle remplisse les conditions d'assurabilité requises).

À partir de la date de début de l'incapacité de travail reconnue, la mutualité ne réduira plus le montant des indemnités d'écartement du travail de 10 %.

Le montant de l'indemnité d'incapacité de travail versée par le régime des travailleurs indépendants est diminué du montant de l'indemnité d'écartement du travail versée par le régime des travailleurs salariés.



Circulaire O.A. n° 2022/86 – 406/21 du 14 mars 2022.

IV. Preuves de la qualité de titulaire indépendant, visée à l'article 32, alinéa premier, 1^o *bis*, 2^o, 6^o *bis*, 6^o *ter*, 11^o *bis*, et 11^o *ter*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

1. Introduction

La présente circulaire a pour but d'identifier les données ou les pièces sur lesquelles les organismes assureurs (O.A.) doivent se fonder pour pouvoir accepter l'existence des qualités de titulaire indépendant et des situations de cotisation dans lesquelles ce dernier se trouve.

La présente circulaire fait référence aux échanges de données électroniques pour la plupart des qualités. Pour tous ces échanges de données électroniques, la règle générale est que si l'échange de données électroniques échoue ou si les données électroniques ne peuvent pas être mises à disposition, une attestation papier ayant le même contenu sera délivré par l'organisme chargé de l'envoi des données électroniques.

2. Énumération des données et pièces établissant la qualité de titulaire indépendant, ainsi que des situations de cotisation dans lesquelles ce dernier peut se trouver

2.1. [La qualité de travailleur indépendant, visée à l'article 32, alinéa premier, 1^o *bis*, de la loi coordonnée précitée](#)

2.1.1. INTRODUCTION

L'article 276, § 3, énonce le principe selon lequel, pour les travailleurs indépendants visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o *bis*, de la loi coordonnée, la qualité de titulaire dans le cadre de l'ASSI est établie par la communication à leur organisme assureur des données concernant le respect de l'obligation de cotisation. Les bons de cotisation des travailleurs indépendants établissent donc non seulement le respect de l'obligation de cotisation mais également l'existence de la qualité de titulaire indépendant.

Les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité précitée de titulaire prouvent leur qualité de titulaire au moyen des données qui sont communiquées par les caisses susvisées dans le mois suivant soit le paiement de la première cotisation sociale trimestrielle due en vertu de l'article 13*bis* de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit l'obtention d'une dispense de cotisation pour cette première cotisation sociale trimestrielle, en application de l'article 17 du même arrêté, qui attestent que ces personnes sont soumises à l'assurance obligatoire maladie-invalidité en application du même arrêté, et qu'elles ont payé la première cotisation sociale trimestrielle due ou en ont été dispensées.

La preuve de début (et de fin) de l'activité indépendante, est fournie par le flux 'SelfemployedNotification/A301'¹. Les données figurent également dans le flux de consultation L301. Les données issues du flux de consultation fournissent également la preuve requise. Le fait qu'un travailleur indépendant, considéré comme "starter", a payé sa première cotisation trimestrielle est établi à l'aide du flux 'SelfEmployedContribution/L410' (Consultation des données d'assurabilité d'un travailleur indépendant en cas d'incapacité de travail et de fin de stage assurabilité).

Comme évoqué précédemment, la preuve de la qualité de travailleur indépendant après la période d'ouverture du droit est, en principe, fournie par les attestations relatives à l'obligation de cotiser.

Cette obligation de cotiser est prouvée à l'aide du flux de distribution A908, et du flux de consultation "L905/SelfEmployedContributionVouchers", une attestation par situation de cotisation étant établie. Les codes encore valables sont repris et décrits dans la présente circulaire et son annexe².

2.1.2. APERÇU DES DIFFÉRENTS "CODES AMI"

Les situations dans lesquelles la Caisse d'assurances sociales (CAS) établit un bon prouvant l'activité professionnelle indépendante et dont il ressort que le travailleur indépendant a payé des cotisations sociales dans le cadre du statut social sont les suivantes :

- code 01 : le bon de cotisation d'un travailleur indépendant à titre principal porte le code 01. Il s'agit plus particulièrement du travailleur indépendant à titre principal n'ayant pas atteint l'âge de la pension³, de l'étudiant travailleur indépendant payant des cotisations supérieures ou égales à la cotisation minimale due par une personne en activité principale⁴, du travailleur indépendant, en application de l'article 37 du RGS payant des cotisations supérieures ou égales à la cotisation minimale due par une personne en activité principale et du travailleur indépendant censé avoir payé ses cotisations dans le cadre de certaines mesures de crise
- code 06 : l'arrêté royal du 2 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 a institué un droit limité à des indemnités d'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants répondant à certaines conditions. Il s'agit en l'occurrence des travailleurs indépendants qui ont atteint l'âge légal de la pension, ont payé la cotisation minimale d'un travailleur indépendant à titre principal et n'ont pas de droit effectif à une pension de retraite en qualité de travailleur indépendant. Les travailleurs indépendants qui remplissent ces conditions sont identifiés au moyen du code "06" dans le flux 'SelfEmployedContribution/L410'. Ce code sera également inclus dans le flux A908 (voir le pt. 2.8. également)⁵

1. Le 'Selfemployed Notification', l'ancien A301, est le flux de données permettant de consulter la date de début et de fin d'une activité indépendante.

2. Il s'avère que certains codes n'ont actuellement plus aucune valeur en raison d'une modification de la législation. C'est par ex. le cas pour les codes 8 et 9.

3. Art. 12, § 1^{er} et § 1^{er}*bis* (= primostarters), A.R. n° 38.

4. Art. 12*bis*, § 2 de l'A.R. n° 38.

5. À partir de l'année de cotisation 2019.

- code 07 : un bon code 07 est établi pour le travailleur indépendant qui, en application de l'article 37 du RGS, est tenu au paiement d'une cotisation et l'étudiant travailleur indépendant qui est redevable d'une cotisation réduite. Si les cotisations sont aussi élevées que celles d'un travailleur indépendant à titre principal, un code 01 sera envoyé
- code 10 : le travailleur indépendant qui, pour le trimestre au cours duquel il atteint l'âge de la pension ou obtient une pension de retraite anticipée en qualité de travailleur indépendant ou obtient une pension de retraite en qualité de travailleur indépendant après avoir atteint l'âge légal de la pension et cesse son activité professionnelle au cours de ce trimestre n'est redevable d'aucune cotisation pour le trimestre de cessation d'activité en application de l'article 15, § 2, alinéa 2, 2^o de l'arrêté royal n° 38. Le code 10 ne vaut que pour ce trimestre de cessation d'activité, l'attestation de pension ne couvrant pas (entièrement) ce trimestre (voir le pt. 2.6 également)⁶
- code 12 : le travailleur indépendant, en application de l'article 37 du RGS⁷, sans obligation de cotisation et l'étudiant travailleur indépendant qui n'est redevable⁸ d'aucune cotisation⁹ reçoit un bon code 12.

2.1.3. LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS AYANT OBTENUS UNE DISPENSE DE COTISATION

Les travailleurs indépendants qui ont obtenu une dispense de cotisation par le biais du Service Dispense de cotisations de l'INASTI (DVR) reçoivent un bon code 13. Il s'agit en l'occurrence du travailleur indépendant à titre principal, du conjoint aidant (maxi-statut), du primostarter¹⁰, de l'étudiant travailleur indépendant payant des cotisations aussi élevées que celles d'un travailleur indépendant à titre principal bénéficiant d'une dispense de cotisation¹¹ (art. 17 de l'A.R. n° 38). Leurs bons portent le code 13.

2.1.4. LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS À TITRE COMPLÉMENTAIRE SONT ÉGALEMENT ASSUJETTIS ET ONT LA QUALITÉ DE TITULAIRE INDÉPENDANT AU SENS DE L'ARTICLE 32, ALINÉA PREMIER, 1^o B/IS :

- soit ces travailleurs indépendants à titre complémentaire paient des cotisations sociales supérieures ou égales à la cotisation minimale due par les indépendants à titre principal (code 03) : ils peuvent bénéficier "gratuitement" de soins de santé en leur qualité de titulaire indépendant
- soit ces travailleurs indépendants à titre complémentaire paient des cotisations sociales inférieures à la cotisation minimale due par les indépendants à titre principal (code 02) : ils ont la qualité de titulaire indépendant mais ils devront payer une cotisation complémentaire (ou faire valoir une autre qualité) en vue de la prolongation de leur droit
- soit ces travailleurs indépendants à titre complémentaire ne sont redevables d'aucune cotisation dans le cadre du statut social (code 11) : ils ont la qualité de titulaire indépendant mais ils devront payer une cotisation complémentaire (ou faire valoir une autre qualité) en vue de la prolongation de leur droit.

6. À partir de l'année de cotisation 2021. Un bon de code 10 est également délivré s'il n'est pas précédé d'au moins 4 trimestres d'activité indépendante donnant lieu à un assujettissement à l'ASSI.

7. L'abréviation RGS est utilisée pour désigner l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

8. Art. 12 bis, § 1^{er}, 1., de l'A.R. n° 38.

9. Art. 12 bis, § 1^{er}, 1., de l'A.R. n° 38.

10. Vous êtes primostarter si vous êtes travailleur indépendant à titre principal et si, à aucun moment pendant les vingt trimestres avant le début ou la reprise de votre activité indépendante, vous n'avez été un travailleur indépendant à titre principal ou un travailleur indépendant à titre principal assimilé à un travailleur indépendant à titre complémentaire.

11. Art. 17 de l'A.R. n° 38.

2.1.5. CONJOINTS AIDANTS

Les conjoints aidants bénéficiant du maxi-statut sont assujettis au secteur des soins de santé. Les O.A. reçoivent un bon code 18 pour les conjoints aidants.

Les conjoints aidants bénéficiant du mini-statut ne sont pas assujettis au secteur des soins de santé - ils n'ont donc pas la qualité de titulaire indépendant. Néanmoins, des bons sont également établis à leur égard. Ceux-ci mentionnent les codes 14 et 15.¹²

2.1.6. INDÉPENDANTS ACTIFS APRÈS L'ÂGE DE LA PENSION

Code 06

Le travailleur indépendant qui, après l'âge de la pension, paie des cotisations à part entière dans le cadre du statut social, reçoit un bon code 06. (Le code 06 est déjà envoyé pour les travailleurs indépendants qui, après l'âge de la pension, ont payé la cotisation minimale d'une personne en activité principale et ne bénéficient pas d'une pension.)¹³

Le code 06 établit la qualité et la valeur. Il ouvre également un droit en qualité d'indépendant pensionné après quatre trimestres.

Code 04

Le travailleur indépendant qui est pensionné (pension de retraite anticipée en qualité de travailleur salarié ou indépendant) ou qui a atteint l'âge de la pension, soumis à l'obligation de cotiser (art. 13, § 1^{er}, al. 2, 3 et 4, de l'A.R. n° 38) et dont les cotisations sont inférieures à celles d'un travailleur indépendant à titre principal ou non soumis à l'obligation de cotiser (art. 13, § 1^{er}, al. 1^{er}, de l'A.R. n° 38), et pour lequel il n'y a pas encore d'attestation de pension couvrant un trimestre complet. Il s'agit donc de travailleurs indépendants qui relèvent de l'article 13 de l'arrêté royal n° 38 et qui sont redevables de cotisations réduites voire d'aucune cotisation (et pour lesquels il n'y a pas encore d'attestation de pension couvrant un trimestre complet). Ces derniers reçoivent un bon code 04.¹⁴

Code 10¹⁵

Le travailleur indépendant qui - pour le trimestre au cours duquel l'assujetti soit atteint l'âge légal de la pension, soit obtient une pension de retraite anticipée en qualité de travailleur indépendant, soit obtient une pension de retraite en qualité de travailleur indépendant après avoir atteint l'âge légal de la pension, chaque fois à condition que l'intéressé mette fin à son activité professionnelle dans le courant de ce trimestre selon l'article 15, § 2, alinéa 2, 2°, de l'arrêté royal n° 38, reçoit un bon code 10. Le code 10 ne vaut que pour ce trimestre. Voir également le point 2.6.

Le code 10 établit la qualité et la valeur.

2.2. Les travailleurs indépendants reconnus incapables de travailler ou les travailleuses salariées et indépendantes qui se trouvent dans une période de protection de la maternité

Cette qualité est établie au moyen de l'attestation contenue dans le flux A 908, avec mention du code 17 (travailleurs indépendants qui bénéficient d'une assimilation pour cause de maladie ou d'une assimilation dans le cadre de soins prodigués par un aidant proche/du plan famille ou de la dispense après un accouchement).

12. Étant donné que le mini-statut exige une date de naissance antérieure à 1956, toutes ces personnes ont entre-temps atteint l'âge légal de la pension fixé à 65 ans. Le secteur des travailleurs indépendants vérifie encore quels bons sont encore envoyés dans ce cas-là et il reviendra sur ce point. Les bons de cotisation 2020 sont normalement les derniers à être délivrés.

13. À partir de l'année de cotisation 2019.

14. À partir de l'année de cotisation 2021.

15. À partir de l'année de cotisation 2021.

2.3. Les travailleurs indépendants visés à l'article 32, alinéa premier, 6° *bis*, admis à l'assurance continuée, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants

Pour les travailleurs indépendants qui se trouvent dans cette situation, la preuve de cette situation est fournie par l'attestation de cotisation code "05". Cette attestation de cotisation est également incluse dans le flux A908 (et L905/SelfEmployedContributionVouchers).

2.4. Les travailleurs indépendants qui bénéficient du maintien des droits sociaux dans le cadre du droit passerelle, visé à l'article 3, 2°, de la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants, pour une durée maximale de quatre trimestres

Le droit passerelle, anciennement appelé "assurance faillite" pour indépendants, entend offrir une solution plus globale aux travailleurs indépendants qui, en raison de circonstances, ne peuvent plus poursuivre leur activité indépendante. Cette situation est établie par le biais de l'attestation de cotisation code "16". Cette attestation de cotisation est également incluse dans le flux A908 (et L905/SelfEmployedContributionVouchers).

2.5. Les travailleurs indépendants, visés à l'article 11° *bis* de l'article 32, alinéa premier, de la loi coordonnée précitée, qui ont atteint l'âge normal de la pension et qui justifient d'au moins une année d'activité professionnelle en qualité de travailleur indépendant, pouvant ouvrir le droit à la pension de retraite en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants

La réglementation ne prévoit donc pas que les indépendants concernés bénéficient effectivement de la pension. En ce qui concerne la condition selon laquelle il doit s'agir de travailleurs indépendants justifiant d'au moins une année d'activité professionnelle, celle-ci ne doit pas nécessairement coïncider avec une année civile. Cette période peut être répartie sur plusieurs années, à condition qu'il s'agisse d'une période continue - c'est la totalisation de la période continue qui doit finalement aboutir à un total d'une année d'activité.

La situation dans laquelle un travailleur indépendant se trouve en matière de pension est établie à l'aide d'attestations de pension électroniques, incluses dans le flux A 101. La description des différentes attestations de pension figure dans une circulaire distincte.

Toutefois, l'année d'occupation en tant que travailleur indépendant peut également être valablement attestée par 4 trimestres couverts par un bon de cotisation pour un travailleur indépendant attestant de son activité professionnelle en cette qualité.

Il s'agit de situations où un travailleur indépendant dispose de l'un des bons suivants couvrant 4 trimestres :

- bon code 01 (Le travailleur indépendant à titre principal)
- bon code 06 (Le travailleur indépendant qui, après l'âge de la pension, paie des cotisations à part entière dans le cadre du statut social)
- bon code 03 (Le travailleur indépendant à titre complémentaire qui paie des cotisations au même titre qu'un travailleur indépendant à titre principal).

Les 4 trimestres ne doivent pas être couverts par le même bon.



Par exemple : il peut y avoir un bon code 10 pour un trimestre et un code 03 pour les trois autres trimestres.

2.6. Le bon de cotisation pour le trimestre au cours duquel le travailleur indépendant atteint l'âge de la pension ou obtient une pension de retraite anticipée si le trimestre ne peut pas être entièrement couvert par une attestation de pension

Pour le trimestre (et UNIQUEMENT pour ce trimestre) au cours duquel le travailleur indépendant qui - pour le trimestre au cours duquel il atteint l'âge de la pension ou obtient une pension de retraite anticipée en qualité de travailleur indépendant ou obtient une pension de retraite en qualité de travailleur indépendant après avoir atteint l'âge légal de la pension et cesse son activité professionnelle au cours de ce trimestre - n'est redevable d'aucune cotisation pour le trimestre de cessation d'activité en application de l'article 15, § 2, alinéa 2, 2^o, de l'arrêté royal n^o 38, la caisse d'assurances sociales transmet à l'O.A. un bon de cotisation code 10. Ce bon vaut uniquement pour ce trimestre. Voir également le point 2.1.

Une attestation de pension sera donc toujours établie à partir du trimestre suivant. Les O.A. ne tiendront pas compte des bons de cotisation code 10 envoyés éventuellement pour les autres trimestres.¹⁶

2.7. Travailleurs indépendants qui poursuivent (ou entament) une activité après l'âge de la pension et peuvent faire valoir un droit à des indemnités d'incapacité de travail

En application de l'arrêté royal du 2 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, un droit limité à des indemnités d'incapacité de travail a été institué en faveur des travailleurs indépendants répondant à certaines conditions¹⁷. Il s'agit en l'occurrence des travailleurs indépendants qui ont atteint l'âge légal de la pension, ont payé la cotisation minimale d'un travailleur indépendant à titre principal et n'ont effectivement pas droit à une pension de retraite en qualité de travailleur indépendant.

Les travailleurs indépendants qui remplissent ces conditions, sont identifiés au moyen du code "06" dans le flux 'SelfEmployedContribution/L410'. Ce code sera également inclus dans le flux A908.

Ces personnes pourront faire valoir la qualité de titulaire indépendant actif au sens de l'article 32, alinéa premier, 1^o bis, de la loi SSI, à l'aide du bon de cotisation mentionnant le code AMI 06.¹⁸ Ce code montre que l'obligation de cotiser dans le cadre du statut social a été remplie et que la cotisation minimale d'une personne en activité principale a été atteinte, de sorte qu'elle a droit à des soins de santé sans payer de cotisation complémentaire (assimilation par le biais de l'art. 290, 12^o, de l'A.R. du 03.07.1996).

16. À partir de l'année de cotisation 2021.

17. A.R. du 02.05.2019 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 24.05.2019.

18. À partir de l'année de cotisation 2019.

3. Entrée en vigueur


La présente circulaire entre en vigueur le jour de sa publication.

Pour les bons de cotisation dont la définition a changé au cours des 5 dernières années, la circulaire indique à partir de quelle année de cotisation les nouvelles définitions prennent effet.

Au cours des 5 dernières années, seuls les codes 04, 10 et 06 ont changé.

- le code 10 à partir de 2021
- le code 06 à partir de 2019
- le code 04 à partir de 2021.

L'aperçu de tous les codes et de leur signification est fait sur base de la note technique de l'INASTI avec la description des codes AMI du 9 mars 2021 (annexe 1)¹⁹.

 Circulaire O.A. n° 2022/8 – 220/30 et 243/1 du 5 janvier 2022.

6^e Partie

Données de base



I. Maximum à facturer - Exercice 2022

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2022

a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2021 :	112,26	
-----	=	----- = 1,0244
Moyenne des indices des prix 2020 :	109,59	

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2022

de	0,00	à	11.120,00
de	11.120,01	à	19.894,05
de	19.894,06	à	30.583,38
de	30.583,39	à	41.272,75
de	41.272,76	à	51.516,72
dès	51.516,73		

II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2022

Général

Exercice 2020		477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16
Exercice 2021		487,08	703,56	1.082,40	1.515,36	1.948,32
Exercice 2022	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2020	106,12
Exercice 2021	108,24
Exercice 2022	112,62

III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2022

Total des interventions personnelles pour les prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et au cours de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2021	487,08
Exercice 2020	477,54



Circulaire O.A. n° 2022/17 – 3998/54 du 13 janvier 2022.

II. Secteur de la rééducation fonctionnelle : indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1^{er} janvier 2022

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.
Abroge la circulaire O.A. n° 2021/329 du 6 décembre 2021¹.

1. Arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

À partir du 1^{er} janvier 2022, l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, s'élève à 1,95 EUR par prestation effectuée.

L'intervention personnelle visée dans l'article 2, troisième alinéa (en vigueur à partir du 01.08.2006) de 0,25 EUR par prestation dispensée pour les bénéficiaires de la ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil reste *inchangée*.

2. Interventions personnelles en cas de séjour dans un centre de rééducation

2.1. Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les **bénéficiaires** de l'intervention majorée de l'assurance : de 6,12 EUR ;
- b) pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 33,39 EUR ;

1. Non publiée au B.I.

- c) pour les **titulaires** qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en **chômage** contrôlé et qui ont depuis douze mois au moins la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c.-à-d. à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 33,39 EUR ;
- d) pour les **autres** bénéficiaires : de 44,51 EUR.


2.2. À partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les **bénéficiaires** de l'**intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés** (y compris leurs personnes à charge) : de 6,12 EUR ;
- b) pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,12 EUR ;
- c) pour les **autres** bénéficiaires : de 17,24 EUR.

3. L'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires dans le cadre de rééducation (transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante – pour plus de détail voir circ. O.A. n° 2008/187² – 371/109 du 30.04.2008)

L'intervention s'élève à 1,43 EUR/km.

 Circulaire O.A. n° 2022/24 – 370/2265 et 3910/1912 du 19 janvier 2022.

III. Secteur de la rééducation fonctionnelle : indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1^{er} janvier 2022 – Complément

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

Cette circulaire O.A. est un complément à la circulaire O.A. n° 2022/24¹ du 19 janvier 2022.

Le 29 novembre 2021, le Comité de l'assurance a décidé d'augmenter l'intervention de certains frais de transport à partir du 1^{er} janvier 2022 (note CSS 2021/340). Ces frais de transport augmentés pour le secteur de la rééducation fonctionnelle sont repris sous les points 4 et 5 de la présente circulaire O.A.

Les frais de transport augmentés repris dans le point 4 se rapportent à l'arrêté ministériel du 14 décembre 1995 (voir circ. O.A. n° 2006/078² du 22.02.2006). Les frais de transport augmentent de 0,25 EUR à 0,30 EUR à partir du 1^{er} janvier 2022 pour les bénéficiaires qui se rendent dans un centre de rééducation conventionné et qui se déplacent au moyen de leur propre véhicule adapté à leur transport dans leur voiturette d'invalidé.

Les frais de transport augmentés repris dans le point 5 se rapportent à l'arrêté royal du 28 avril 2011 (voir circ. O.A. 2016/177³ du 11.07.2016). Les frais de transport augmentent également de 0,25 EUR à 0,30 EUR à partir du 1^{er} janvier 2022.

1. Arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

À partir du 1^{er} janvier 2022, l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, s'élève à 1,95 EUR par prestation effectuée.

L'intervention personnelle visée dans l'article 2, troisième alinéa (en vigueur à partir du 01.08.2006) de 0,25 EUR par prestation dispensée pour les bénéficiaires de la ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil reste *inchangée*.

1. Publiée ci-avant.
2. Non publiée.
3. Non publiée.

2. Interventions personnelles en cas de séjour dans un centre de rééducation

2.1. Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les **bénéficiaires** de l'intervention majorée de l'assurance : de 6,12 EUR ;
- b) pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 33,39 EUR ;
- c) pour les **titulaires** qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en **chômage** contrôlé et qui ont depuis douze mois au moins la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c.-à-d. à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 33,39 EUR ;
- d) pour les **autres** bénéficiaires : de 44,51 EUR.

2.2. à partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les **bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés** (y compris leurs personnes à charge) : de 6,12 EUR ;
- b) pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,12 EUR ;
- c) pour les **autres** bénéficiaires : de 17,24 EUR.

3. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés ou des centres spécialisés (A.M. du 14.12.1995) – Transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante et pour lesquels le transport est organisé par une firme de taxi ou par le centre même (codes 771971-771982)

L'intervention s'élève à 1,43 EUR/km.

4. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés ou des centres spécialisés (A.M. du 14.12.1995) – Transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante et qui se déplacent avec leur propre véhicule, adapté pour le transport dans leur voiturette d'invalides (codes 773150-773161)

L'intervention s'élève à 0,30 EUR/km.

5. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires de moins de 18 ans qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés (A.R. du 28.04.2011) (codes 774034-774045)

L'intervention s'élève à 0.30 EUR/km.



Circulaire O.A. n° 2022/65 – 370/2275 et 3910/1923 du 21 février 2022.

IV. Personnes à charge – Plafond trimestriel de revenus

En vigueur à partir du 1^{er} mars 2022.

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1^{er}, 1^o, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

1^{er} septembre 2008 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2.148,87 EUR

1^{er} septembre 2010 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2.191,85 EUR

1^{er} mai 2011 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2.235,68 EUR

1^{er} février 2012 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2.280,40 EUR

1^{er} décembre 2012 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 14 = 2.326,00 EUR

1^{er} juillet 2015 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

1^{er} juin 2016 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

1^{er} juin 2017 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 17 = 2.468,37 EUR

1^{er} septembre 2018 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 18 = 2.517,74 EUR

1^{er} mars 2020 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 19 = 2.568,10 EUR

1^{er} septembre 2021 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 20 = 2.619,46 EUR

1^{er} janvier 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 21 = 2.671,85 EUR

1^{er} mars 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 22 = 2.725,28 EUR

Valeurs par trimestre		
1 ^{er} trimestre 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2 ^e trimestre 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3 ^e trimestre 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4 ^e trimestre 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 ^{er} trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 ^{er} trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 ^e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 ^{er} trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 ^e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 ^{er} trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 ^e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 ^{er} trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 ^{er} trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 ^e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 ^{er} trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 ^e trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 ^{er} trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 ^e trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR

3 ^e trimestre 2018	$2.468,37 \times \frac{2}{3} + 2.517,74 \times \frac{1}{3}$	2.484,83 EUR
4 ^e trimestre 2018	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
1 ^o trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
2 ^o trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
3 ^o trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
4 ^o trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
1 ^o trimestre 2020	$2.517,74 \times \frac{2}{3} + 2.568,10 \times \frac{1}{3}$	2.534,53 EUR
2 ^o trimestre 2020	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
3 ^o trimestre 2020	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
4 ^o trimestre 2020	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
1 ^o trimestre 2021	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
2 ^o trimestre 2021	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
3 ^o trimestre 2021	$2.568,10 \times \frac{2}{3} + 2.619,46 \times \frac{1}{3}$	2.585,22 EUR
4 ^o trimestre 2021	$2.619,46 \times \frac{3}{3}$	2.619,46 EUR
1^{er} trimestre 2022	$2.671,85 \times \frac{2}{3} + 2.725,28 \times \frac{1}{3}$	2.689,66 EUR



Circulaire O.A. n° 2022/73 – 248/77 du 2 mars 2022.

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

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

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

Coefficient 1,9084 en 2022

Cela donne pour 2022 : 1.419 EUR
 237 EUR



Circulaire O.A. n° 2022/77 - 3991/340 du 11 mars 2022.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus
M. Nuray Ösdemir
M. Paul-André Briffeuil
Mme Marleen Stevens
Mme Zoé De Clippel
Mme Céliné Faufeder
M. Jules Poppe
Mme Jolanda Gashi
Mme Charlotte Lefebre

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726