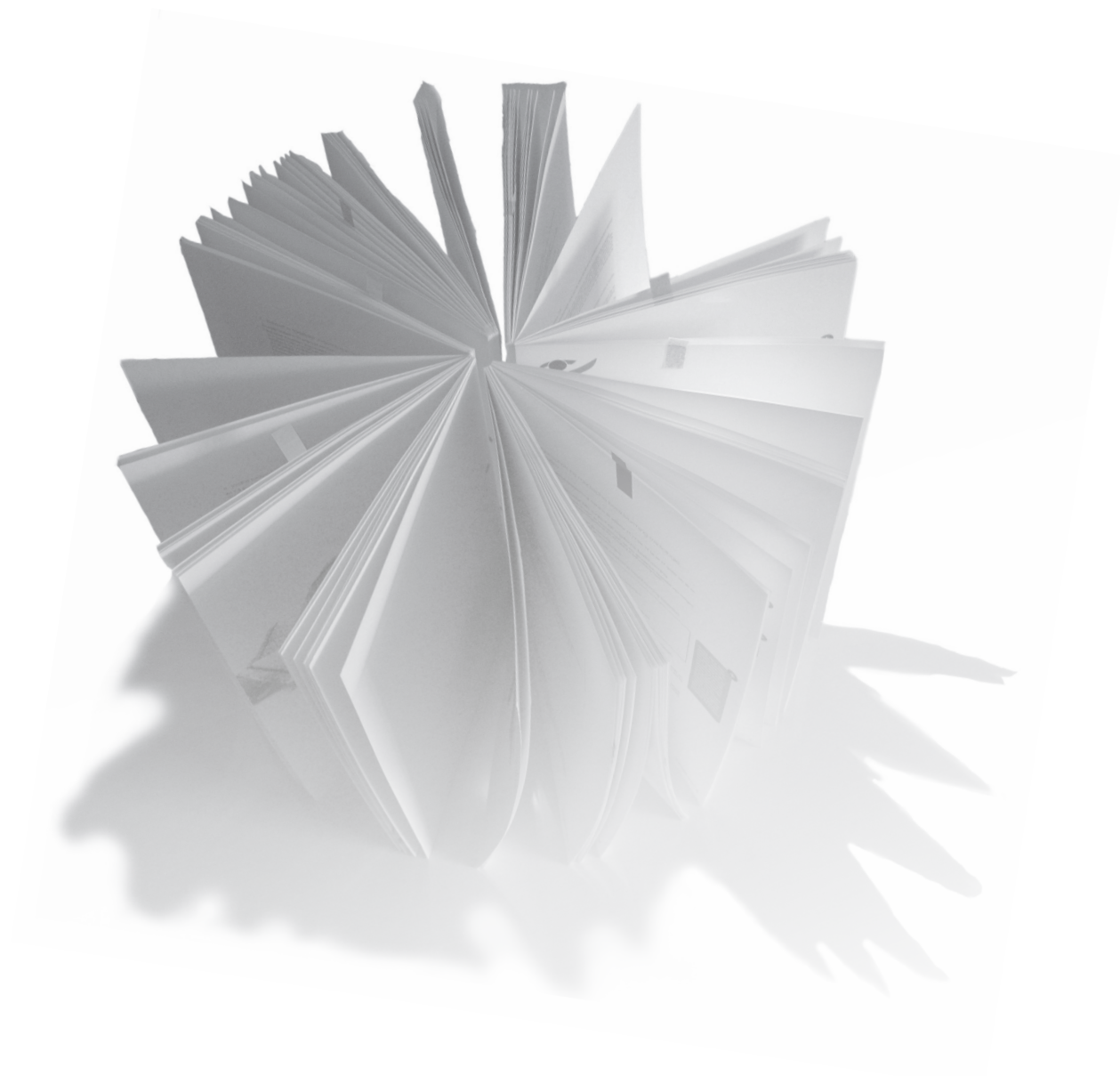


1^{re} Partie Études



La signature électronique (ou numérique)

Par Guy LOMBAERTS, Conseiller général

1. Définitions

Qu'est-ce que la signature électronique ?

La "signature électronique" est un mécanisme informatique, basé sur l'utilisation de fonctions cryptographiques, visant à apporter les mêmes fonctionnalités et garanties que la signature manuscrite. Ce concept est également désigné par les termes de "signature digitale"¹ et/ou de "signature numérique".

D'après la loi fédérale américaine (le *Federal ESIGN Act*), les signatures électroniques se définissent comme suit : *"son, symbole ou processus électronique attaché ou logiquement associé à un contrat ou tout autre enregistrement, qui est appliqué ou adopté par une personne dans l'intention de signer l'enregistrement."*

Aux termes de la loi belge du 9 juillet 2001 fixant certaines règles relatives au cadre juridique pour les signatures électroniques et les services de certification (art. 2, 1^o), une signature électronique *"est une donnée, sous forme électronique, jointe ou liée logiquement à d'autres données électroniques et servant de méthode d'authentification"*.

Cette définition qui date déjà de 2001 est pourtant très proche de celle qui figure dans le *règlement européen n° 910/2014 du 23 juillet 2014* sur l'identification électronique et les services de confiance, à savoir qu'une signature électronique² correspond à *"des données sous forme électronique, qui sont jointes ou associées logiquement à d'autres données sous forme électronique et que le signataire utilise pour signer"*.

Ces différentes définitions englobent tous les types de signatures électroniques, comme les signatures manuscrites scannées, les signatures biométriques (reconnaissance vocale, de l'iris de l'œil ou des empreintes digitales), les signatures digitales, ou encore les simples codes des cartes bancaires ou cartes d'identité électroniques (code PIN).

Il existe en effet une grande variété de signatures électroniques qui se distinguent par la technologie utilisée, leur niveau de sécurité et la valeur juridique qui leur est associée.

Au même titre que la signature manuscrite d'un document papier, la signature électronique d'un document permet donc, dans un premier temps, d'établir un lien entre le document et le signataire. Le lien ainsi établi peut avoir plusieurs buts définis par le document lui-même ou par le contexte dans lequel la signature s'applique, par exemple :

- identifier l'auteur d'un document
- marquer l'accord du signataire sur les termes du document
- indiquer que le document a été lu par le signataire
- etc.

1. La notion de "signature digitale" est un anglicisme, l'adjectif "digital" ne se réfère pas aux doigts mais bien aux nombres ("digit" en anglais).

2. Communément appelé "Règlement eIDAS".

Quels types de signatures sont juridiquement contraignantes ?

Suivant la nature du document en cours de signature, une signature électronique sous la forme d'une image numérisée de la signature manuscrite du signataire est considérée juridiquement contraignante dans la plupart des États, malgré des différences en fonction des pays et systèmes juridiques.

De nombreuses réglementations internationales (ex. : le règlement UE eIDAS) et de droit interne³ (en Belgique, par ce qu'on appelle communément le Digital Act⁴ qui transpose le règlement européen), s'orientent désormais vers les signatures numériques, plutôt que des signatures électroniques car une signature numérique qui confirme l'authenticité et l'intégrité⁵ peut être acceptée par les tribunaux. Elle dispose en effet d'une force probante supérieure à la simple reproduction scannée de la signature manuscrite.

Le choix du type de signature à mettre en œuvre dépendra du type de documents que l'on doit signer et du niveau d'authenticité que le document doit pouvoir soutenir. Nous y reviendrons plus loin.

2. Contexte général – le droit de la preuve (au sens du Code civil)

Le système probatoire belge est strictement réglementé : sous l'influence du code civil français de 1804, appelé Code Napoléon, l'écrit sur support papier sur lequel est apposée une signature manuscrite a été gravé dans le marbre pendant près de deux siècles. Ce n'est en effet qu'à la fin du 20^e siècle que le législateur a abrogé ce quasi monopole de fait, né de la prééminence de l'écrit (papier) dans le domaine de la preuve. Jusque là, étaient seuls admissibles, les moyens de preuve repris aux articles 1341 et suivants du Code civil notamment dès que l'objet de la transaction dépassait un certain montant (375 EUR).

L'existence et le contenu de l'acte juridique devaient être prouvés par un acte sous seing privé, à savoir un écrit original qui s'impose comme acte sous seing privé pour autant que la signature soit reconnue.

Ni l'écrit, ni la signature ne faisant l'objet d'une définition légale, il était difficile de considérer un enregistrement électronique, un fax ou un courrier électronique comme un écrit parfait au sens de l'article 1341 du Code civil.

3. Au Luxembourg, a été adoptée la loi du 14.08.2000 relative au commerce électronique modifiant le Code civil, le nouveau Code de procédure civile, le code de commerce, le Code pénal et transposant la directive 1999/93 relative à un cadre communautaire pour les signatures électroniques ; en France, c'est la loi du 13.03.2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique qui règle la matière.

4. La dénomination 'Digital Act' désigne en fait la loi du 21.07.2016 dont le titre intégral est 'loi mettant en œuvre et complétant le règlement (UE) n° 910/2014 du parlement européen et du conseil du 23.07.2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE, portant insertion du titre 2 dans le livre XII 'Droit de l'économie électronique' du Code de droit économique et portant insertion des définitions propres au titre 2 du livre XII et des dispositions d'application de la loi propres au titre 2 du livre XII, dans les livres I, XV et XVII du Code de droit économique'.

5. Notons à ce propos que la signature numérique dispose d'attributs que n'a pas la signature manuscrite classique car celle-ci ne garantit nullement l'intégrité du document signé.

Vers une réglementation européenne unique

La Belgique n'étant pas le seul État européen à se trouver dans cette situation, la Commission européenne va adopter, à la fin de l'année 1999, une directive 1999/93/CE sur la signature électronique qui sera transposée en droit belge en plusieurs étapes.

La première a consisté à modifier la notion de "signature" reprise à l'article 1322 du Code civil et à introduire dans notre droit de la preuve une définition "fonctionnelle" de la signature, c'est-à-dire définie par rapport aux fonctions qu'elle est supposée remplir, indépendamment de son support (cf. loi du 20.10.2000⁶).

Devenait désormais également une signature "un ensemble de données électroniques pouvant être imputé à une personne déterminée et établissant le maintien de l'intégrité du contenu de l'acte".

Sur le plan de la recevabilité en droit de la preuve, le juge ne pouvait plus dès ce moment écarter une signature électronique comme élément de preuve au seul motif qu'elle revêtait une forme électronique mais il n'était pas encore obligé de lui conférer "force probante". Or, ce n'est qu'à la condition qu'un document électronique ait "force probante" qu'il s'impose au juge.

La seconde étape avait donc comme finalité d'assurer une force probante à certaines signatures électroniques. Elle s'est réalisée par l'adoption de la loi du 9 juillet 2001, loi fixant certaines règles relatives au cadre juridique pour les signatures électroniques et les services de certification (M.B. 29.09.2001).

Cette dernière octroyait un statut juridique précis à deux types de signatures électroniques :

- la signature électronique "simple" qui est définie comme "une donnée sous forme électronique jointe ou liée logiquement à d'autres données électroniques et servant de méthode d'authentification". Ce type de signature se retrouve au quotidien dans différentes technologies (codes secrets, cryptographie symétrique ou asymétrique, signature biométrique, ...)
- la signature électronique "avancée", est définie comme une signature électronique qui satisfait aux exigences suivantes :
 - être liée uniquement au signataire
 - permettre d'identifier le signataire
 - être créée par des moyens que le signataire puisse garder sous son contrôle exclusif
 - être liée aux données auxquelles elle se rapporte de telle sorte que toute modification ultérieure des données soit détectée.

Cette dernière méthode bénéficiait d'un grand avantage : moyennant le respect de quelques conditions, elle acquiert force probante et peut être purement et simplement assimilée à une signature manuscrite, dont elle devient ainsi l'égal. Quelles étaient ces conditions ? La signature électronique avancée doit reposer sur un certificat qualifié et être créée par un dispositif sécurisé de création de signature tel que décrit à l'annexe III de la loi du 9 juillet 2001.

En matière de "e-gouvernement", les lois du 20 octobre 2000 introduisant l'utilisation de moyens de télécommunication et de la signature électronique dans la procédure judiciaire et extrajudiciaire et du 9 juillet 2001 fixant certaines règles relatives au cadre juridique pour les signatures électroniques et les services de certification s'appliquent essentiellement aux relations entre citoyens et l'administration, via internet et, en particulier, à la signature électronique produite par la carte d'identité électronique.

6. Loi introduisant l'utilisation de moyens de télécommunication et de la signature électronique dans la procédure judiciaire et extrajudiciaire (M.B. 22.12.2000).

Par la suite, une loi du 24 février 2003 concernant la modernisation de la gestion de la sécurité sociale (M.B. 02.04.2003), étendait l'usage de la signature électronique aux communications électroniques entre des entreprises et l'autorité fédérale en précisant dans son article 4/1 qu' : *"Une signature apposée à l'aide de la carte d'identité électronique (e-ID) est assimilée à une signature manuscrite"*.

Un tournant décisif chez nous : le Digital Act de 2016

On en arrive ainsi au nouveau règlement européen n° 910/2014 du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2016 (qui abroge la directive 1999/93/CE) et prévoit à l'article 25 : *"L'effet juridique et la recevabilité d'une signature électronique comme preuve en justice ne peuvent être refusés au seul motif que cette signature se présente sous une forme électronique ou qu'elle ne satisfait pas aux exigences de la signature électronique qualifiée."*

L'effet juridique d'une signature électronique qualifiée est équivalent à celui d'une signature manuscrite ”.

Comme on l'a vu plus haut, ce règlement européen a été mis en œuvre, en droit interne belge, par la loi du 21 juillet 2016 surnommée 'Digital Act' (M.B. 28.09.2016) qui met en place un cadre réglementaire en vue d'encadrer l'économie numérique en plein développement et la numérisation des contacts entre les citoyens et les entreprises d'une part, et avec les pouvoirs publics, d'autre part.

La loi du 21 juillet 2016 insère un titre 2 "Certaines règles relatives au cadre juridique pour les services de confiance" dans le livre XII "Droit de l'économie électronique" du Code de droit économique⁷. Même si techniquement un règlement européen n'exige pas une transposition en droit national comme c'est le cas pour une directive, le chapitre III du règlement eIDAS relatif aux "services de confiance" nécessite une intervention législative au niveau national afin d'assurer sa mise en œuvre. Ainsi, le législateur détermine précisément les sanctions applicables en cas de non-respect des dispositions du règlement et de la loi belge relatives aux services de confiance précités.

Le législateur belge a également consacré un corps de règles complet et cohérent visant à encadrer juridiquement l'offre et l'utilisation des services d'archivage électronique. En effet, lorsqu'on envisage la conclusion, la transmission et la conservation d'un acte juridique dans un processus électronique, il semble important de couvrir juridiquement la totalité des étapes du processus, en ce compris l'étape ultime qui consiste en l'archivage de l'acte, et pas uniquement sa signature, sa datation et son envoi.

Les règles belges s'inscrivent dans les objectifs et la philosophie du règlement eIDAS. Elles reprennent les mêmes principes que ceux édictés par ce règlement pour les autres services de confiance (signature, cachet, horodatage, recommandé électronique). Elles visent à couvrir tant l'archivage électronique de documents originellement électroniques que l'archivage électronique de documents papiers (dans le cadre d'une numérisation-scan).

7. Voir : Le règlement européen n° 910/2014 du 23.07.2014 sur l'identification électronique et les services de confiance, SPF Economie - Décembre 2016.

Au-delà du régime relatif à l'archivage électronique, la loi belge consacre également des dispositions relatives à l'envoi recommandé hybride, à la révocation, la suspension et l'expiration des certificats qualifiés de signature et de cachet électroniques, à la partie utilisatrice d'une signature électronique qualifiée ou d'un cachet électronique qualifié, à l'arrêt des activités d'un prestataire de services de confiance qualifié offrant un ou plusieurs services de confiance qualifiés et à la possibilité d'identifier une personne physique qui se cache derrière un pseudonyme ou un cachet électronique.

Les dispositions envisagées visent manifestement à atteindre un équilibre entre souplesse et sécurité. À l'instar du régime déjà applicable aux autres services de confiance dans le cadre du règlement n° 910/2014, le cadre juridique relatif à l'archivage électronique est envisagé comme une "boîte à outils juridiques" permettant aux utilisateurs de recourir à ce service en vue de gérer leurs risques par rapport principalement aux données ou documents présentant une valeur juridique. À cet effet, diverses présomptions sont prévues en faveur des services d'archivage électronique considérés comme "qualifiés" au sens de la loi ainsi qu'en faveur des autres services de confiance qualifiés au sens du règlement.

La loi du 21 juillet 2016 abroge aussi la loi précitée du 9 juillet 2001 fixant certaines règles relatives au cadre juridique pour les signatures électroniques et les services de certification ainsi que l'arrêté royal du 6 décembre 2002 organisant le contrôle et l'accréditation des prestataires de service de certification qui délivrent des certificats qualifiés.

Enfin, dernière évolution en date dans le domaine des actes électroniques, est l'extension de la signature électronique aux actes authentiques, c'est-à-dire ceux émanant d'officiers publics (tel que notaires, officiers de l'état civil, magistrats ou huissiers de justice), qui constituent l'échelon le plus haut en matière de preuve écrite.

L'article 1317 du Code civil prévoit désormais⁸ que, pour pouvoir être établis, reçus ou signifiés sous forme dématérialisée par un fonctionnaire public, seule une signature électronique qualifiée, visée à l'article 3.12. du règlement (eIDAS) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur, satisfait aux conditions d'une signature.

3. La signature électronique ou numérique, un enjeu de fiabilité dans les projets de dématérialisation

La signature électronique est aujourd'hui un élément clé de la démarche de dématérialisation qui est en cours. Pour un projet de dématérialisation bien réussi, les institutions publiques ne peuvent pas faire l'impasse sur la signature numérique. Contrats de travail et autres, baux actifs, dossiers médicaux... De nombreux documents à forte valeur juridique nécessitent une signature fiable lorsqu'ils sont dématérialisés.

Par rapport à la version papier, les gains en temps ne sont pas négligeables : le traitement d'un document, de sa création à sa signature, passe de plusieurs jours à moins d'une journée. On a pu le constater lors de l'expérience pilote lancée par l'INAMI en 2017 pour la signature numérique des nouveaux contrats de télétravail.

8. Voir art. 315, 1° de la loi du 06.07.2017 portant simplification, harmonisation, informatisation et modernisation de dispositions de droit civil et de procédure civile ainsi que du notariat, et portant diverses mesures en matière de justice (M.B. 24.07.2017).

De plus, la signature électronique apporte une réelle confiance dans les échanges numériques entre l'INAMI et ses partenaires externes (les dispensateurs de soins par ex. qui peuvent introduire des demandes d'intervention à l'aide de formulaires intelligents ou modifier les données dans leur dossier personnel), les autres institutions ou encore les fournisseurs (procédures de marché publics informatisées).

Signature manuscrite versus signature numérique

Depuis de nombreuses années, la signature électronique est considérée comme équivalente à la signature manuscrite. C'est-à-dire qu'elles ont exactement la même valeur légale.

Définie aujourd'hui comme un mécanisme numérique basé sur des techniques de cryptographie, la signature numérique a pour objectif de démontrer à un tiers qu'un document électronique a été approuvé par une personne identifiée.

Comme pour la signature manuscrite, la signature numérique permet alors d'identifier son auteur en toute facilité. De plus, c'est également l'intégrité du document qui est ici assuré. En intégrant une signature numérique, l'institution garantit que le document n'a pas été modifié suite à la signature.

De ce fait, la signature numérique est aujourd'hui considérée comme plus fiable qu'une signature manuscrite car en plus de garantir l'identité du signataire, elle garantit l'intégrité du document.

La signature numérique à l'INAMI

Le processus de dématérialisation en cours à l'INAMI passe par une utilisation de plus en plus poussée de la signature électronique et/ou numérique. Cependant, dans le monde numérique, comme dans les processus métiers non dématérialisés, tous les documents ne nécessitent pas d'être signés en original, loin de là.

En effet, ce n'est que lorsque l'organisation ou une personne appartenant à cette organisation, à l'origine de la production d'une pièce numérique souhaite pouvoir prouver qu'elle est bien l'auteur de cette pièce, et qu'elle est représentative de sa volonté, qu'elle est bien sa création, et qu'elle n'a pas été altérée depuis sa création, qu'elle n'a pas d'autre choix que de produire une signature numérique de cette pièce.

La signature numérique est donc le moyen permettant à cette organisation ou à cette personne qu'elle est bien productrice unique d'un fichier numérique devenu infalsifiable.

Une première étape pour l'intégration de la signature numérique dans nos processus passe donc par la définition d'une politique de signature globale (Signature policy).

Une politique de signature numérique efficace s'accompagne de directives explicites :

- types de documents compatibles avec la signature numérique
- meilleures pratiques à adopter
- informations à inclure dans les différents types de documents.

Au niveau de l'INAMI, les critères principaux permettant de déterminer les types de documents aptes à utiliser une signature numérique sont à lier au "risque métier", c'est-à-dire à l'identification des impacts en termes de responsabilités, en termes financiers, d'image, de préjudices potentiels au regard des destinataires visés.

Pourquoi signer ?	Pour qui signer ?	Quelle valeur a ma signature ?
Signer sert à prouver qui est à l'origine d'une information numérique, et cette signature ne s'impose que si le risque de ne pas disposer de cette preuve peut générer un préjudice.	Signer sert principalement les besoins des "destinataires" qui ont besoin de savoir nominativement qui est à l'origine de la signature numérique ou simplement quelle est l'organisation dont émane cette information numérique.	Signer sert à donner une valeur juridique à mon information numérique dans l'hypothèse d'une contestation ultérieure.

Comme on le voit dans ce tableau, la signature sert essentiellement les besoins des destinataires qui doivent pouvoir identifier avec certitude l'origine du document numérique et/ou à donner une valeur juridique à mon document numérique dans l'hypothèse d'une contestation ultérieure.

Quels sont les types de documents concernés ?

Il s'agit ici essentiellement de tous les documents qui doivent être échangés entre l'INAMI et des tiers (assurés sociaux, O.A., autorités judiciaires,...) présentant un caractère officiel et qui doivent à ce titre être revêtus de la signature de l'autorité.



Par exemple : en vertu de l'article 181 de la loi SSI, l'administrateur général représente l'Institut dans les actes judiciaires et extrajudiciaires et agit valablement au nom et pour le compte de celui-ci. En cas d'empêchement de l'administrateur général, ses pouvoirs sont exercés par l'administrateur général-adjoint et, en cas d'empêchement de ce dernier, par un fonctionnaire de l'Institut désigné par le Comité général.

Pour ce type de documents officiels, il est nécessaire d'apporter la preuve qu'il émane bien d'une personne identifiée et autorisée (l'administrateur général de l'INAMI ou son remplaçant en cas d'empêchement) et que le contenu n'a pas été modifié lors de sa transmission. Dans ce cas, une signature numérique avancée s'impose.

Par contre, l'immense majorité des courriers envoyés chaque jour sur papier à en-tête de l'INAMI, pour lesquels les destinataires doivent juste savoir qu'ils émanent de notre Institut, pourraient être munis d'une signature numérique de base (signature scannée) ou même d'un cachet électronique⁹ tel que défini dans le cadre de la loi du 21 juillet 2016.

Outre que la signature qualifiée n'a d'intérêt que lorsque le courrier est envoyé à son destinataire sous forme électronique, n'oublions pas que ce destinataire doit pouvoir 'lire' (= déchiffrer) la signature électronique (ce qui suppose qu'il dispose de logiciels supportant cette fonction) !

Par ailleurs, rappelons que sauf dispositions légales contraires, et même si les pouvoirs publics tendent à privilégier les échanges électroniques, nul ne peut être contraint de poser un acte juridique par voie électronique. De même, personne ne peut être contraint de poser des actes de procédure ou de recevoir des documents relatifs à ces actes de procédure par voie électronique¹⁰.

9. Remarque : quelle est la différence entre la signature et le cachet électroniques ? Le cachet identifie une personne morale, alors que la signature identifie la personne physique.

10. Art. XII., 25., § 1^{er} du Code de droit économique et art. 4 de la loi du 10.07.2006 relative à la procédure par voie électronique.

À l'heure actuelle, il est certainement possible de l'envisager dans les échanges entre organismes publics ou coopérants (les O.A. par ex.) et à terme à destination des particuliers : pour des raisons techniques et des motifs d'ordre juridique liés à la protection de la vie privée, il pourrait être risqué d'envoyer une décision à un particulier reprenant des données à caractère personnel, voire médical, vers une boîte mail privée non sécurisée. Des solutions sont actuellement à l'étude (notamment utilisation de l'e-Box ou de la e-Healthbox).

Enfin, il n'est pas inutile de signaler que les conditions d'utilisation de la signature 'simple' c'est-à-dire scannée, ont déjà débattues devant les cours et tribunaux. Pour ceux que cela intéresse, ils peuvent consulter une analyse de jurisprudence¹¹ qui, en conclusion, exprime le conseil donné à nos informaticiens, à savoir : "(...) de veiller à adopter des mécanismes techniques permettant d'identifier de manière certaine le signataire du document et son adhésion au contenu de l'acte, ainsi que d'adopter un dispositif permettant de démontrer le maintien de l'intégrité du document signé. Pour convaincre le juge, ces institutions devront par exemple être en mesure de lui présenter une bonne documentation du processus de numérisation, de conservation et, le cas échéant, de datation électronique des documents électroniques produits".

En conclusion, le choix d'un type particulier de signature dépend de l'utilisation que l'on compte faire de cette signature numérique :

- la signature électronique "simple" est suffisante pour une application ne demandant pas une sécurité élevée. Ainsi, une signature manuscrite scannée peut très bien être utilisée afin d'être apposée sur tout courrier ordinaire
- la signature numérique "avancée" : elle doit être liée uniquement au signataire, permettre l'identification du signataire, être créée par des moyens que le signataire puisse garder sous son contrôle exclusif et être liée aux données auxquelles elle se rapporte de telle sorte que toute modification ultérieure des données soit détectée
- la signature numérique "qualifiée" : c'est une signature électronique "avancée" réalisée sur la base d'un certificat qualifié, et conçue au moyen d'un dispositif sécurisé de création de signature électronique tels que définis dans la loi du 21 juillet 2016.

La signature numérique qualifiée présente le niveau de sécurité le plus élevé défini actuellement au niveau européen¹².

Avec E-Signing, la signature numérique sera progressivement intégrée dans les processus de l'INAMI dans le cadre de la nouvelle version de IOC (In and Outbound Communication) qui soutient nos applications de gestion de dossiers.

Sur le plan technique, trois types de signature électronique devraient être disponibles dans IOC V2 à partir de 2018 :

1. la signature électronique qualifiée (QES) qui est considérée comme l'équivalent de la signature manuscrite. L'ICT mettra en place une solution QES qui sera séparée du processus de courrier sortant. De manière globale, pour signer un document avec une signature de type QES, le signataire devra entreprendre les actions suivantes pour chaque document :

- se connecter avec l'application et sélectionner le document à signer
- déclencher le processus de signature électronique à partir de cette application

11. Voir note d'observations : Signature scannée : quand une technologie simple confronte le juriste à des questions complexes, J.-B. Hubin, Revue du droit des technologies de l'information n° 56/2014.

12. Le législateur allemand a également décidé de reconnaître ces trois concepts de signatures électroniques dans la "Signaturgesetz" : la signature électronique simple, la signature électronique avancée et la signature électronique qualifiée.

- choisir les paramètres de visualisation :
 - image-based handwritten signature
 - full name
 - timestamp
 - eID Photo
 - eID Photo watermarked
 - etc.
- s'authentifier avec son eID + Code pin
- recevoir le document signé.

2. le cachet électronique (eSeal) qualifié dont la personne morale titulaire serait l'INAMI, représenté par l'Administrateur général, Jo De Cock. Ce type de signature sera intégré dans le processus de courrier sortant et serait plus adapté pour les signatures de gros volumes. En plus, dans la solution proposée dans le projet IOC V2, il sera possible de combiner la signature simple avec le cachet électronique ou la signature qualifiée (voir les paramètres de visualisation) ;

3. la signature électronique simple (SES) consiste à utiliser l'image de la signature manuscrite pour signer les documents ou courriers sortants. Pour ce type de signature, il n'y a aucune vérification sur l'identité du signataire.

Le type de signature à utiliser pour un document déterminé devra être fixé par le business (pas par IOC). Comme signalé ci-dessus (voir tableau en p. 7), il faudra se demander, pour chaque document à signer, si la signature intervient comme individu (QES) ou comme entité (eSeal) et s'interroger aussi sur les volumes à signer. En fonction du choix du type de la signature électronique, l'utilisateur pourra appeler via son application le service QES (signature électronique qualifiée) ou les solutions eSeal et SES qui sont intégrées au système d'IOC message broker.

Sources et bibliographie

PUBLICATIONS

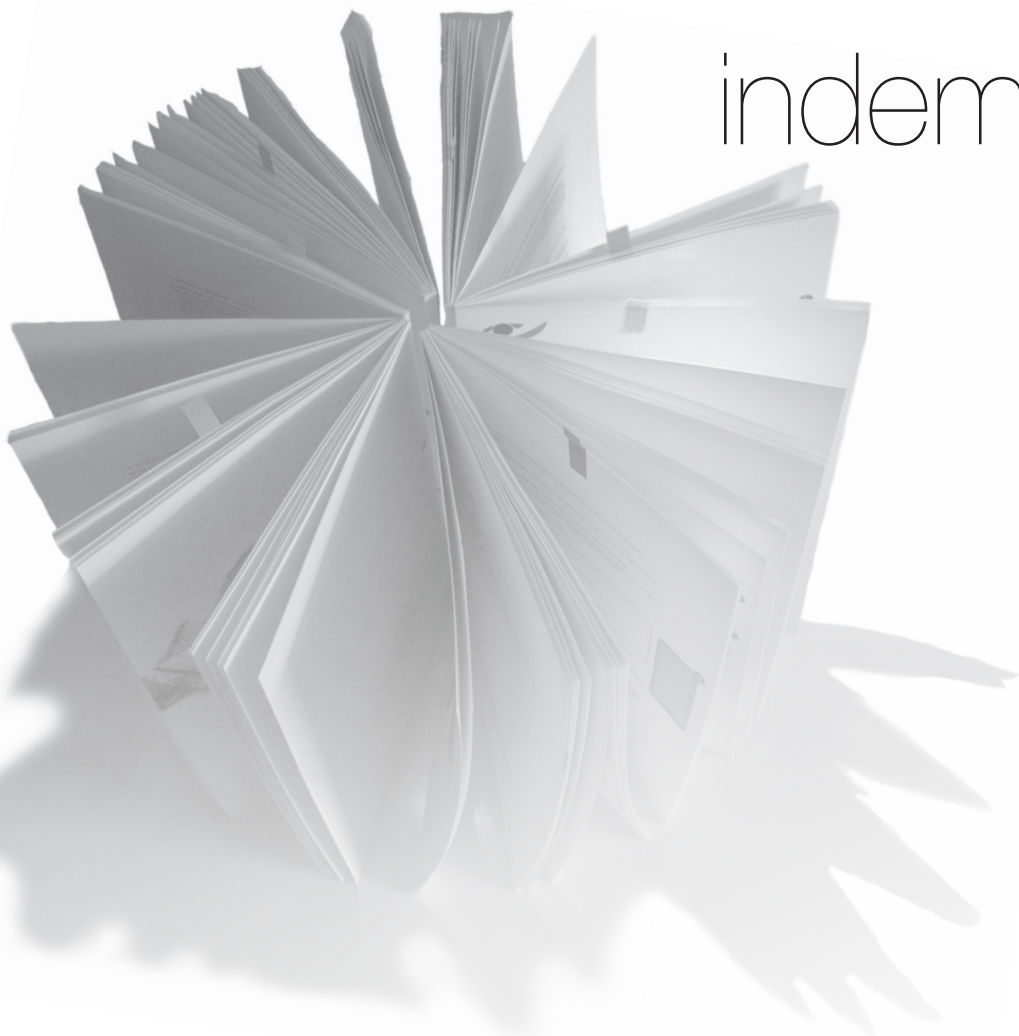
- Hervé JACQUEMIN, Les services de confiance depuis le règlement eIDAS et la loi du 21 juillet 2016, JTT 2017, p. 197
- Hervé JACQUEMIN, L'identification électronique et les services de confiance depuis le règlement eIDAS, LARCIER - Collection du CRIDS, 2016
- Eric-A. CAPRIOLI, Signature électronique et dématérialisation - Droits et pratiques, LEXIS NEXIS Droit & Professionnels, 2014
- J.-B. HUBIN, Note d'observations : Signature scannée : quand une technologie simple confronte le juriste à des questions complexes, Revue du droit des technologies de l'information, n° 56/2014, p. 122
- Dimitri MOUTON, Sécurité de la dématérialisation - De la signature électronique au coffre-fort numérique, une démarche de mise en œuvre, EYROLLES, 2012.

SOURCES INTERNET

- Le règlement européen n° 910/2014 du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance, SPF Economie - Décembre 2016
- Murielle CAHEN, La signature électronique et le droit européen, Article juridique posté le 17 avril 2015 sur Legavox.fr
- Eric A. CAPRIOLI & Anne CANTERO, Aspects légaux et réglementaires de la signature électronique, www.caprioli-avocats.com
- Arnaud HULSTAERT, Signature et archivage des documents sortants, posté le 8 novembre 2011 sur SMALS RESEARCH.

2^e Partie

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



4^e trimestre 2017

1. Loi modifiant la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2017	30.08.2017	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale
13.12.2017	30.09.2017	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale - Erratum

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- suppression du Comité de gestion pour les ouvriers mineurs. Les compétences sont confiées au “Comité de gestion du Service des indemnités” (à partir du 01.01.2018)
- changement de nom du Conseil technique médical et élargissement des compétences (à partir du 01.01.2018). Il s’agit d’une fusion entre le Centre de connaissances en matière d’incapacité de travail et le Conseil technique médical. Il sera dorénavant dénommé “Centre de connaissances de l’incapacité de travail”
- transmission des données par le médecin-conseil ; prévoir notamment explicitement qu’il y a une transmission des données relatives aux pathologies qui sont à l’origine de l’incapacité de travail (entrée en vigueur le 26.10.2017)
- réinsertion socioprofessionnelle – délégation donnée au Roi (entrée en vigueur le 26.10.2017) vise à permettre au Roi de déterminer, sans limite dans le temps, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, les conditions et modalités de prise en charge des programmes de réadaptation professionnelle par l’assurance indemnités
- adaptations formelles de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (entrée en vigueur le 10^e jour après la publication au M.B. : 26.10.2017)
- modification de l’arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de “rémunération journalière moyenne” en application de l’article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions et harmonisant certaines dispositions légales. Pour la détermination de la rémunération journalière moyenne, il faut aussi, sous certaines conditions, tenir compte de la rémunération en cas de paiement des heures supplémentaires prestées qui est prévu dans la loi du 14 décembre 2000 fixant certains aspects de l’aménagement du temps de travail dans le secteur public (produit ses effets le 01.01.2017).

Moniteur belge	Date	Titre
29.12.2017 – Édition 1	25.12.2015	Loi-programme

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- réforme du financement des soins de santé des personnes internées placées. Afin d'assurer un financement uniforme des soins de santé de tous les internés et un traitement égal de tous les assurés, à partir du 1^{er} janvier 2018, l'assurance obligatoire soins de santé prend en charge les soins de santé des internés placés selon les règles ordinaires. Les règles habituelles de l'assurance soins de santé s'appliquent aux internés placés comme aux internés libérés à l'essai. La réforme ne touche pas au financement des soins de santé des internés en centre de psychiatrie légale ni des internés séjournant dans une institution relevant de la compétence du SPF Justice
- régler la perception des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2018
- le niveau de facturation des spécialités pharmaceutiques remboursables, délivrées à l'hôpital, pour lesquelles le système du remboursement de référence est d'application, est diminué de 10 % à partir du 1^{er} janvier 2018
- limiter le remboursement des médicaments pour lesquels des génériques sont disponibles à ceux dont la base de remboursement satisfait à la définition de la prescription la meilleure marché
- prescription bon marché
- la mesure "médicaments biologiques" est appliquée trimestriellement (janvier, avril, juillet et octobre). En 2018, le pourcentage de la réduction est porté à 15 %, contre 10 % actuellement. Il est également procédé à une régularisation
- modifications à la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé
- adaptation de l'objectif budgétaire.

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

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2017	19.09.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 les articles 122^{octies}/1 à 122^{octies}/8 réglant les conditions et procédures pour l'accréditation individuelle des médecins.

Moniteur belge	Date	Titre
23.10.2017	15.10.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 février 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cet arrêté royal exécute l'accord interprofessionnel 2017-2018 qui prévoit la reconduction en 2017 et 2018 de la suspension de la mesure de revalorisation de 2 % du montant de l'indemnité d'invalidité d'un titulaire, dont l'incapacité de travail atteint la durée de 15 ans au plus tard le 31 août de l'année en question.

Moniteur belge	Date	Titre
27.10.2017	18.10.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cet arrêté royal exécute l'accord interprofessionnel 2017-2018 en ce qui concerne l'augmentation de la prime de rattrapage pour les titulaires invalides qui sont en incapacité de travail depuis au moins 2 ans au 31 décembre de l'année calendrier qui précède (augmentation en fonction de la charge de famille éventuelle).

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2017 – Édition 2	23.11.2017	Arrêté royal modifiant l'article 326, § 2, h, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'article 326, § 2, h, est complété comme suit :

“Les paiements dont le caractère indu est la conséquence du décès de l'assuré social sont restitués par les organismes financiers des bénéficiaires des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités aux organismes assureurs selon les modalités à déterminer dans une convention.

Cette convention est conclue entre les organismes assureurs et les établissements de crédit dont l'activité est reconnue en Belgique en application de la loi du 25 avril 2014 relative au statut et au contrôle des établissements de crédit et des sociétés de bourse.

L'assuré social autorise l'organisme financier choisi à rembourser à l'organisme assureur, par débit de son compte bancaire et dans les limites fixées par la convention visée au paragraphe 2, toutes les sommes payées indûment.

Cette autorisation reste en vigueur après le décès de l'assuré social”.

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

Moniteur belge	Date	Titre
05.10.2017	18.09.2017	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1 ^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers-payant

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions et les règles en matière de régime du tiers-payant pour certaines prestations de santé et met en évidence les trois catégories de tiers-payant : le tiers-payant obligatoire, le tiers-payant facultatif et le tiers-payant interdit.

Moniteur belge	Date	Titre
06.10.2017	19.09.2017	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Dans l'article 37bis, § 1^{er}, C, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le 1^o est complété par le numéro d'ordre "103250".

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2017	24.10.2017	Arrêté royal portant exécution de l'article 73, § 1 ^{er} /1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions auxquelles des suppléments d'honoraires peuvent être appliqués par les dispensateurs de soins n'ayant pas adhéré à l'accord ou ayant adhéré partiellement, pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique.

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2017	21.11.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, 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 pansements actifs

Résumé des modifications

L'annexe I jointe à l'arrêté royal du 3 juin 2007 est modifiée : la ligne contenant le code 1494442 est remplacée par le code 3412459.

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2017	21.11.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 20 ^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Au chapitre 3, section 1, B, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002, les moyens portant les codes 2512812-7105463, 2513174-7108368 et 2739324-7108343 sont supprimés.

Au chapitre 3, section 2, sous-section 3 de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002, les moyens portant les codes 3513389-7113376 et 3586906-7113384 sont ajoutés et les moyens portant les codes 2583045-7109531, 2998151-7111701, 2998144-7111693, 2278901-7110919 et 2998169-7111685 sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
10.10.2017	28.09.2017	Arrêté royal fixant le pourcentage du solde de la cotisation subsidiaire prévue par l'article 191, alinéa 1 ^{er} , 15 ^o <i>undecies</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Année 2016

Résumé des modifications

Le pourcentage du solde pour la cotisation subsidiaire 2016 est de 3,24 %, à appliquer sur le chiffre d'affaires 2016.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2017	03.12.2017	Arrêté royal exécutant l'article 191, alinéa premier, 15 ^o , alinéa 4, 1 ^o , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments

Résumé des modifications

L'arrêté royal permet d'accorder aux titulaires d'autorisation de médicaments orphelins qui ont expiré, une prolongation à l'INAMI de l'exclusion de cotisation sur le chiffre d'affaires. Cet arrêté contient, entre autres, les conditions et la procédure à suivre pour obtenir cette prolongation et le monitoring annuel subséquent. La prolongation est liée à l'absence d'une alternative pharmaceutique remboursable et est limitée à un maximum de 5 ans.

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

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2017	15.10.2017	Arrêté royal modifiant l'article 33 <i>bis</i> de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À partir du 1^{er} juillet 2017, toutes les femmes enceintes qui le souhaitent peuvent bénéficier du remboursement du test prénatal non invasif. Il s'agit d'un dépistage réalisé sur un prélèvement sanguin de la mère à partir de la 12^e semaine de grossesse. Cette nouvelle prestation (565611-565622) ainsi que les règles de cumul et les règles diagnostiques y afférentes sont insérées à l'article 33*bis*, § 1^{er}, de la nomenclature.

Moniteur belge	Date	Titre
08.12.2017	29.11.2017	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- à l'article 5 :
 - la rubrique "extractions" au § 1^{er} est remplacée
 - la rubrique "extractions" au § 2 est remplacée
- à l'article 6 :
 - au § 3bis, les mots "301173-301184 et 301210-301221" sont insérés entre les mots "304916-304920", et les mots "est uniquement"
 - une règle d'application est ajoutée au § 3bis
 - le § 3quater est remplacé
 - au § 4quater, les modifications suivantes sont apportées :
 - a) les numéros de code "374953-374964" et "304953-304964" sont supprimés ;
 - b) les mots "371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221" sont insérés entre les mots "304931-304942" et les mots "pour les soins"
- au § 18, les modifications suivantes sont apportées :
 - a) les numéros de code "374953-374964" et "304953-304964" sont supprimés ;
 - b) les mots "371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221" sont insérés entre les mots "301136-301140" et les mots "371254-371265".

Moniteur belge	Date	Titre
15.12.2017	29.11.2017	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 25, § 3bis, 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, dans le libellé de la prestation 590833,

- 1° les mots "590590, 590612" sont insérés entre les numéros d'ordre "590575" et "590634";
- 2° les mots "590715, 590730" sont insérés entre les numéros d'ordre "590693" et "590752".

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

Moniteur belge	Date	Titre
07.12.2017	29.11.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

En exécution de l'accord interprofessionnel 2017-2018, cet arrêté royal prévoit une augmentation du montant des prestations suivantes dans le régime des travailleurs indépendants :

- l'augmentation des forfaits en incapacité primaire et en invalidité (sans cessation de l'entreprise) de 1,7 % (à partir du 01.09.2017)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 5 % (à partir du 01.10.2017)
- l'augmentation du forfait pour chaque semaine du repos de maternité de 1,7 % (à partir du 01.09.2017).

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2017	17.12.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

La période de carence est limitée aux deux premières semaines d'incapacité primaire et ce, à partir du 1^{er} janvier 2018. Le titulaire indépendant peut donc prétendre à des indemnités d'incapacité de travail à partir du quinzième jour d'incapacité de travail.

6. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
06.10.2017	18.09.2017	Arrêté royal modifiant les annexes 1 et 2 de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés
18.10.2017	18.09.2017	Arrêté royal modifiant les annexes 1 et 2 de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés royaux mettent à jour les annexes 1 et 2.

Moniteur belge	Date	Titre
19.10.2017	08.10.2017	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 2017

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 12,812065 millions d'EUR en 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
23.11.2017	12.11.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins

Résumé des modifications

Pour les années 2015 à 2018 incluse, le montant de base est fixé à 111.283,00 EUR et le montant complémentaire visé est fixé à 51,45 EUR par vote valable émis.

À partir de l'année 2016, les montants visés au § 2 sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur le 1^{er} mars de l'année concernée.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2017	15.11.2017	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire

Résumé des modifications

Cet arrêté royal remplace l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire et adapte le point D de l'annexe II en néerlandais. L'arrêté royal entre en vigueur le 1^{er} novembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2017 – Édition 1	12.11.2017	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - Organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – Organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2017	12.11.2017	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions kinésithérapeutes - Organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions kinésithérapeutes – Organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2017 – Édition 2	26.11.2017	Arrêté royal fixant le budget global en 2017 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
11.12.2017	26.11.2017	Arrêté royal fixant le budget global en 2017 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 - Erratum

Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers s'élève à 4.053,775 millions d'EUR pour l'année 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
05.12.2017	15.11.2017	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1 ^{er} , 1 ^o , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour l'intervention dans le coût d'un traitement avec hadronthérapie

Résumé des modifications

Des conventions peuvent être conclues entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les centres de radiothérapie qui satisfont aux critères mentionnés à l'article 3 et des centres d'hadronthérapie spécialisés en vue de bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le traitement par hadronthérapie.

Seuls les centres agréés de radiothérapie qui ont conclu une convention peuvent envoyer des patients, qui satisfont aux critères préalablement fixés, vers un centre spécialisé en hadronthérapie.

Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2017 et cesse d'être en vigueur le 30 septembre 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
07.12.2017	29.11.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

Résumé des modifications

L'arrêté royal :

- fixe l'intervention personnelle des bénéficiaires pour les prestations dentaires
- les numéros de code "371151-371162, 371195-371206" sont insérés entre les numéros de code "371136-371140" et "371254-371265"
- le numéro de code "374953-374964" est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2017	29.11.2017	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions logopèdes - organismes assureurs

Résumé des modifications

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions logopèdes - organismes assureurs est approuvé et est entré en vigueur le 14 décembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2017	03.12.2017	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2017

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions et les modalités selon lesquelles le praticien de l'art dentaire peut obtenir une intervention de l'INAMI dans le coût afférent à l'utilisation de la télémédecine et à la gestion électronique des dossiers médicaux pour l'année 2017.

L'intervention pour la prime 2017 s'élève à 800 EUR.

7. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
03.10.2017 – Édition 1	27.09.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
20.10.2017 – Édition 2	17.10.2017	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
20.11.2017 – Édition 2	10.11.2017	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
20.11.2017 – Édition 2	14.11.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
21.12.2017	18.12.2017	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe 1, l'annexe 2 et l'annexe 4.

Moniteur belge	Date	Titre
17.11.2017	02.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel complète l'intitulé G.9.1 et définit les conditions de remboursement. Les conditions de remboursement G- § 08 sont également modifiées.

Moniteur belge	Date	Titre
17.11.2017	03.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, les modifications suivantes sont apportées au C.4.1 Matériel pour (para)thyroïdectomie :

- le libellé et les modalités de remboursement des prestations 154210 - 154221, 154136 - 154140, 154151 - 154162, 154173 - 154184, 154195 - 154206, 154114, 154125 et 165454-165465 sont remplacés
- les prestations 153996-154000, 154011-154022, 154033-154044, 154055-154066, 154070-154081 et 154092-154103 sont supprimées.

À la condition de remboursement C- § 08, les modifications suivantes sont apportées :

- le premier alinéa est remplacé par ce qui suit : "Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors d'une thyroïdectomie ou d'une parathyroïdectomie effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :"
- au "5.1. Règles de cumul et de non-cumul", le 1^{er} alinéa est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
28.11.2017 – Édition 1	19.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "H. Gynécologie" 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

À la liste, jointe comme annexe 1, les modifications suivantes sont apportées :

- l'intitulé "H.5 Divers", est complété par la prestation suivante et ses modalités de remboursement : "182114-182125 Ensemble du matériel de consommation, avec ou sans cathéter, y compris les composants nécessaires pour la préparation de la mousse, utilisée lors d'une hysterosalpingo-foam-sonographie. Condition de remboursement : H- § 05"
- la condition de remboursement H- § 05 qui correspond à la prestation est insérée.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2, est ajoutée une nouvelle liste nominative 36501 associée à la prestation 182114-182125 jointe comme annexe à l'arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
28.11.2017 – Édition 1	30.10.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à la liste, jointe comme annexe 1 :

- à l'intitulé "I. Dispositions générales", la phrase "La prescription électronique ou non doit être conservée dans le dossier médical du bénéficiaire", est abrogée
- au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive", à la condition de remboursement E- § 08, au titre "Prestation(s) liée(s)", les prestations 157275-157286 et 157290-157301 sont ajoutées
- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", à la condition de remboursement F- § 22, au point "2. Critères concernant l'établissement hospitalier", premier alinéa, les mots "et 172896-172900" sont remplacés par les mots "172896-172900, 172911 et 172933"
- au chapitre "G. Chirurgie vasculaire", les listes nominatives 32704 et 32705 sont ajoutées aux modalités de remboursement de la prestation 172690-172701.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2, les listes nominatives 32704 et 32705 sont associées à la prestation 172690-172701 jointes comme annexe à l'arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2017	19.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à la liste, jointe comme annexe 1 :

- l'intitulé "G.2. Sonde de type Fogarty pour thrombectomie ou embolectomie" est remplacé par ce qui suit : "G.2. Matériel de thrombectomie ou embolectomie"
- l'intitulé "G.2. Matériel de thrombectomie ou embolectomie", est complété par les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement :
 - 182136-182140 Un ou plusieurs thrombus retrievers utilisés lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

- 182151-182162 Ensemble du matériel nécessaire à l'extraction endovasculaire d'un thrombus par aspiration, ou nécessaire à l'utilisation d'un thrombus retriever lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique
- 182173-182184 Ensemble du matériel de dilatation et tuteur éventuel utilisé lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès pour une extraction endovasculaire d'un thrombus intracrânien, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique.
- la condition de remboursement G- § 10 qui correspond aux prestations précitées est insérée, et les conditions auxquelles il doit être satisfait sont définies.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2017	19.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "H. Gynécologie" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, la modification suivante est apportée à l'intitulé "H.3. Annexes de l'utérus" :

- le libellé de la prestation 162234-162245 est remplacé par "Ensemble des clips pour stérilisation".

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2017 – Édition 1	25.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives, jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, les modifications suivantes sont apportées :

- l'intitulé "L.1.4. Tige", est complété par les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement :
 - 182210-182221 tige magnétique allongeable pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible
 - 182232-182243 tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

- 182254-182265 tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé
- 182276-182280 tige magnétique allongeable supplémentaire pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible
- 182291-182302 tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible
- 182313-182324 tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé
- la condition de remboursement L- § 30 qui correspond aux prestations précitées est insérée et les conditions auxquelles il doit être satisfait sont définies.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2, sont ajoutées de nouvelles listes nominatives 36601 et 36602 associées aux prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 jointes comme annexe à l'arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2017 – Édition 1	03.10.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Des modifications sont apportées au premier alinéa de la condition de remboursement B- § 02 au sujet des critères concernant l'établissement hospitalier, des critères concernant le bénéficiaire, de la procédure de demande et formulaires et des résultats et statistiques.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2017	21.12.2017	Arrêté ministériel fixant le pourcentage de l'acompte de la cotisation indemnitaire prévue par l'article 191, alinéa 1 ^{er} , 15 ^e <i>quaterdecies</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Année 2017

Résumé des modifications

Le pourcentage de l'acompte de la cotisation indemnitaire pour l'année 2017 est fixé à 3,29 %, à appliquer sur le chiffre d'affaires 2016.

8. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
05.10.2017	25.09.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 32/1, les mots “via un réseau électronique” sont ajoutés après les mots “tiers-payant”
- à l'article 32/4, alinéa 3, premier tiret, les mots “ou du QR code” sont insérés entre les mots “du code-barres” et les mots “si elle est possible”
- les articles 32/4/1 et 32/4/2 sont insérés
- à l'article 32/6, les modifications suivantes sont apportées :
 - le deuxième tiret est complété par les mots “ou lecture du QR code”
 - entre le troisième et le quatrième tiret qui devient le cinquième tiret, est inséré “- en cas d'introduction manuelle, les raisons de celle-ci”
- à l'article 32/8, les modifications suivantes sont apportées :
 - dans l'alinéa 1^{er}, les mots “, 32/4/1” sont insérés entre les mots “articles 32/4” et les mots “et 32/5,”
 - l'alinéa 2 est remplacé par “Sauf en cas d'introduction manuelle visée aux articles 32/4/1 et 32/5 et en cas d'introduction manuelle pour cause d'absence de connectivité entre les logiciels, la date et l'heure de l'introduction manuelle par le dispensateur de soins des données visées à la présente sous-section sont enregistrées.”
 - l'alinéa 3 est complété par deux tirets “- vérification différée sans panne” ; et “- pas de connectivité entre les logiciels.”
- à l'article 32/10, les mots “de manière électronique” sont insérés entre les mots “être associé” et les mots “aux vérifications”.

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2017	24.07.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- l'article 31 est complété par les paragraphes 2 et 3
- l'article 31/1, alinéa 6, est abrogé
- l'article 31/2, alinéa 4, est abrogé
- il est inséré une section 4 intitulée “Section 4. - Concernant le document justificatif qui doit être communiqué par les médecins.” dans le chapitre XIV
- un article 31/3 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2017 – Édition 2	24.07.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le formulaire L-Form-II-02 concernant les critères pour les établissements hospitaliers est ajouté à l'annexe XI.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2017 – Édition 1	23.10.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le formulaire B-Form-I-16 concernant la demande d'un remboursement est ajouté à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2017	23.10.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- à l'article 2, la première phrase qui commence avec les mots "Ne peuvent en aucun cas" et se termine avec les mots "qui sont exigées par les employeurs, par les organismes privés ou par les pouvoirs publics" est complétée par les mots " , à l'exception des soins de santé aux internés qui, conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, sont placés dans un établissement de soins qui n'est pas un établissement au sens de l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi."

- à l'article 5, les modifications suivantes sont apportées :
 - à l'alinéa 2, les mots “tels que visés respectivement par les articles 6 et 22 de la loi du 17 mai 2006 relative au statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime dans le cadre des modalités d'exécution de la peine” sont abrogés
 - l'alinéa 2 est complété par une phrase, indiquant : “La même chose vaut pour les prestations de santé délivrées au cours de la période pendant laquelle le bénéficiaire est, à la suite d'une décision de l'autorité compétente, conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, placé dans un établissement de soins qui n'est pas un établissement au sens de l'article 3, 4^o, a), b) et c) de cette loi.”

9. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

20.10.2017 - Édition 2

Règle interprétative 15 relative au type de clous visés par les prestations 167952-167963 et 167974-167985 est supprimée et ce à partir du 1^{er} août 2017.

Moniteur belge

27.11.2017

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de vemurafenib précise que si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par une spécialité pharmaceutique à base de cobimetinib (CotellicR), plus précisément pour le traitement d'un patient adulte atteint d'un mélanome avancé (non résécable ou métastatique) porteur d'une mutation BRAFV600, comme démontré par un test validé et effectué dans un laboratoire expérimenté pouvant garantir la validation des procédures d'analyse, les spécialités pharmaceutiques à base de vemurafenib peuvent être remboursées en association avec cette spécialité pharmaceutique à base de cobimetinib.

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base d'un inhibiteur de l'aromatase ou à base de fulvestrant précise que si un patient bénéficie du remboursement pour une spécialité à base d'un inhibiteur CDK4/6 pour le traitement d'un cancer du sein, localement avancé ou métastatique à récepteur hormonal positif et HER2-négatif, la spécialité à base d'anastrozol, à base de letrozol ou à base de fulvestrant est remboursable sans autorisation préalable, même si certains des critères des conditions de remboursement de la spécialité à base d'anastrozol, à base de letrozol ou à base de fulvestrant ne sont pas remplis et ceci pour une période égale à la durée de l'autorisation de remboursement de l'inhibiteur CDK4/6, et pour autant que la délivrance de la spécialité à base d'anastrozol, à base de letrozol ou à base de fulvestrant soit exécutée par le pharmacien hospitalier qui exécute la délivrance de l'inhibiteur CDK4/6.

Moniteur belge

30.11.2017

Règle interprétative 8 relative aux prestations de l'article 27, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé précise que le pantalon de compression est l'un des types de bas qui tombent sous la rubrique “bas élastiques thérapeutiques du sous-groupe 1 lymphoedème”.

Par conséquent, le pantalon de compression doit être compté comme l'une des 4 prestations bas élastiques thérapeutiques de jambe qui sont remboursables au cours de la période de renouvellement, par jambe traitée.

Ainsi, si le pantalon de compression est délivré et que les deux jambes sont traitées, alors aussi bien pour la jambe gauche que pour la jambe droite, 3 autres bas élastiques thérapeutiques pour la jambe sont remboursables, en tenant compte de la règle de non-cumul entre le pantalon de compression et le groupe de collants.

Règle interprétative 21 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables précise qu'un bénéficiaire chez qui un des dispositifs inscrits sur les listes nominatives pour les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900 a été implanté, a droit aux remboursements mensuels prévus sous les prestations 172911 et 172933 tant que le bénéficiaire est implanté avec ce dispositif sans limite d'âge.

Règle interprétative 22 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables précise que le remplissage des implants mammaires et des expanseurs tissulaires remplis d'un gel silicone visé aux prestations 162610-162621 et 162632-162643 se compose exclusivement de silicone médical.

Moniteur belge

06.12.2017

Règle interprétative 01 relative aux prestations de l'article 17bis (Échographie) de la nomenclature des prestations de santé précise que les prestations 460132-460143 et 469394-469405 (échographie d'un ou deux seins) comprennent l'examen échographique éventuel de la région axillaire.

La prestation 459793-459804 ne peut pas être attestée dans ce cas par le radiologue.

Moniteur belge

20.12.2017

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base d'étanercept dans l'indication "arthrite rhumatoïde active" (§ 2490000 du chap. IV) précise que si un patient a été enrôlé dans l'étude CareRA2020 conformément aux dispositions du protocole de cette étude, et se trouve ensuite dans la situation où, sur base de ce protocole, il doit entamer un traitement par étanercept, ce traitement est remboursable pour autant que toutes les dispositions de ce protocole soient respectées.

Règle interprétative pour le remboursement de la spécialité pharmaceutique KeytrudaR (pembrolizumab) précise que si un patient est atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatiques dont la tumeur exprime PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) > ou = 50 %, et la tumeur est un carcinome épidermoïde, l'absence d'une mutation EGFR ou d'une translocation ALK ne doit pas être démontrée par un test pour bénéficier du remboursement du Keytruda, vu que les études montrent que ces aberrations sont extrêmement rares dans cette histologie. Des tests moléculaires exceptionnels doivent être réalisés conformément aux lignes directrices belges pour les tests moléculaires dans le CBNPC (Pauwels et al., Belgian J. Med. Oncol. 2016; 10 (4) : 123-131).

Cependant, s'il s'agit d'un adénocarcinome, l'absence d'une mutation EGFR ou d'une translocation ALK doit avoir été démontrée avec un test validé pour bénéficier du remboursement Keytruda, car des aberrations peuvent survenir dans cette histologie et car d'autres médicaments peuvent être utilisés en cas de mutation EGFR ou de translocation ALK.

10. Décisions

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Décision de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers-payant pour les audiciens

La Commission de conventions audiciens-organismes assureurs, qui s'est réunie le 6 juillet 2017, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les audiciens.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Décision de la Commission de conventions bandagistes-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers-payant pour les bandagistes

La Commission de conventions bandagistes-organismes assureurs, qui s'est réunie le 4 juillet 2017, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les bandagistes.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Décision de la Commission de conventions opticiens-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers-payant pour les opticiens
30.11.2017	Décision de la Commission de conventions opticiens-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers-payant pour les opticiens - Erratum

La Commission de conventions opticiens-organismes assureurs, qui s'est réunie le 6 juillet 2017, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les opticiens.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Décision de la Commission de conventions orthopédistes-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers-payant pour les orthopédistes

La Commission de conventions orthopédistes-organismes assureurs, qui s'est réunie le 4 juillet 2017, a fixé les modalités concernant l'application du tiers payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les orthopédistes.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs

La Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs, qui s'est réunie le 22 août 2017 sous la présidence de M. A. Ghilain, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les kinésithérapeutes.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs

La Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs, qui s'est réunie le 13 juillet 2017 sous la présidence de M. A. Ghilain, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant (tiers-payant facultatif) tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les logopèdes.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs

La Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, qui s'est réunie le 12 juillet 2017 sous la présidence de M. P. Verliefde, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les praticiens de l'art infirmier.

Moniteur belge	Titre
13.10.2017 – Édition 2	Commission de conventions sages-femmes-organismes assureurs

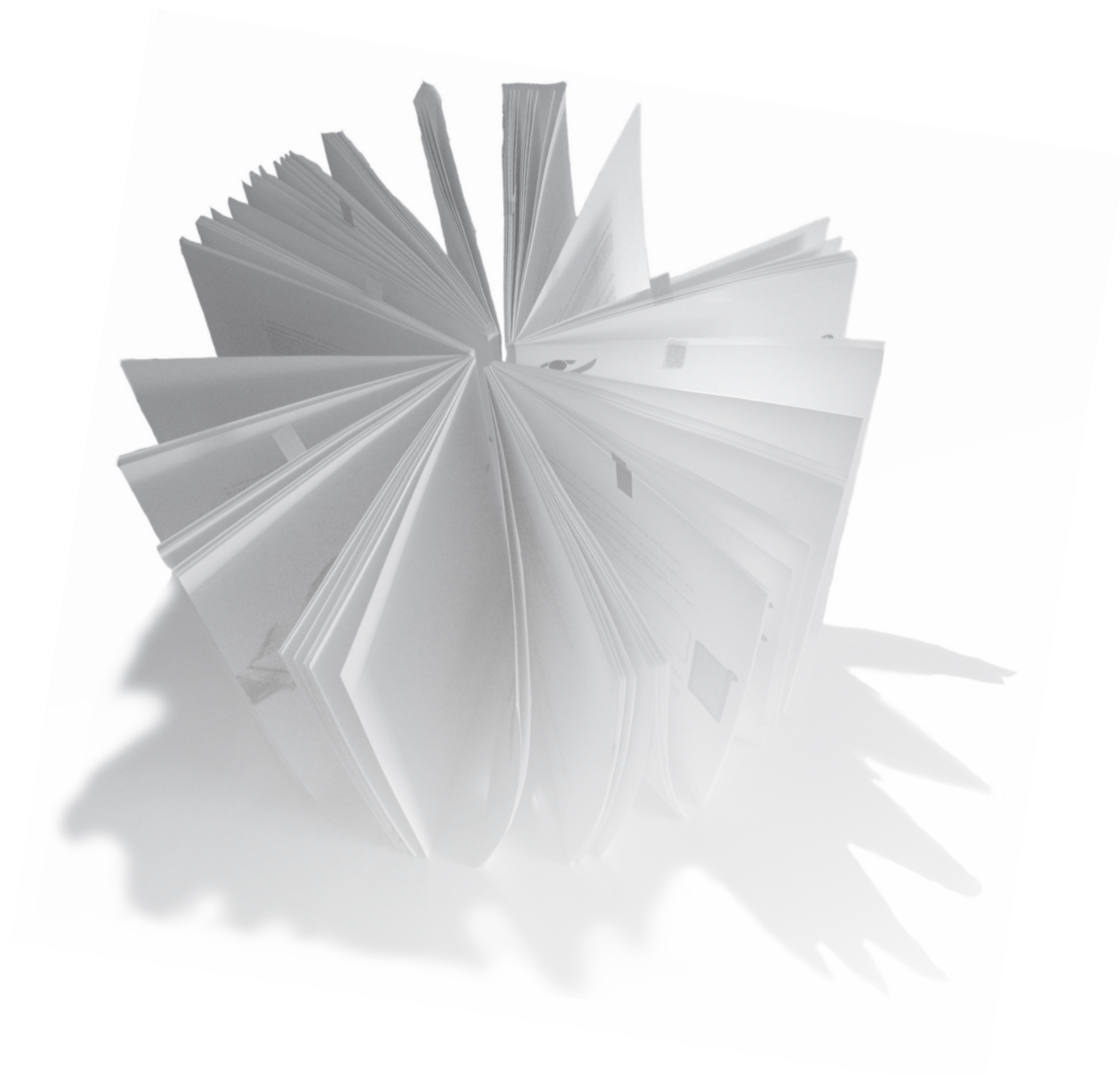
La Commission de conventions sages-femmes-organismes assureurs, qui s'est réunie le 22 août 2017 sous la présidence de M. P. Verliefde, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant (tiers-payant facultatif) tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour toutes les sages-femmes.

Moniteur belge	Titre
19.12.2017	Commission nationale dento-mutualiste

La Commission nationale dento-mutualiste, qui s'est réunie le 26 octobre 2017, a fixé les modalités concernant l'application du tiers-payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les praticiens de l'art dentaire.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Cour de cassation, 12 mars 2018

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 25 – Montant de l'intervention FSS – Compétence discrétionnaire

L'article 25, alinéa 3, de la loi SSI n'accorde pas au Collège des médecins-directeurs un pouvoir d'appréciation discrétionnaire pour juger du droit à l'intervention dans le cadre du Fonds spécial de solidarité ; il s'agit en revanche d'une compétence liée. Il appartient néanmoins à la compétence discrétionnaire du Collège de fixer le montant de l'intervention mais dans les limites des moyens financiers du Fonds.

Pour une décision prise par le Collège sur la base d'une compétence discrétionnaire, le juge peut donc uniquement vérifier si cette décision n'est pas de toute évidence injustifiée, arbitraire ou disproportionnée. Toute décision judiciaire contraire et fixant elle-même le montant de l'intervention viole l'article 25 de la loi SSI.

Arrêt n° S.17.0077.N
INAMI c./K.H.

...

III. Beslissing van het hof

Beoordeling

ONTVANKELIJKHEID VAN DE STUKKEN

Het Hof slaat geen acht op de stukken die de verweerster ter griffie liet toekomen op 26 februari en 7 maart 2018 en die niet voldoen aan de voorwaarden van artikel 1100 Gerechtelijk Wetboek niet voldoen.

MIDDEL

1. Krachtens artikel 25, tweede lid, ZIV-wet, zoals hier toepasselijk, beslist het College van geneesheren-directeurs binnen de perken van de financiële middelen van het Bijzonder Solidariteitsfonds over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Krachtens artikel 25, derde lid, ZIV-wet, zoals hier toepasselijk, verleent het Bijzonder Solidariteitsfonds slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan de in deze afdeling gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst. Het Fonds verleent slechts tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen waarvoor, *in concreto*, in geen tegemoetkoming voorzien is krachtens de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering.

Worden niet ten laste genomen door het Bijzonder Solidariteitsfonds:

- 1° De persoonlijke aandelen bedoeld in de artikelen 37 en 37*bis* en de supplementen op in toepassing van de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegde prijzen en honoraria;
 - 2° De supplementen bedoeld in artikel 97 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en de comfortkosten.
2. Wanneer het College van geneesheren-directeurs op grond van die bepaling de tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van een geneeskundige verstrekking weigert en de rechthebbende die weigering betwist, ontstaat er tussen die rechthebbende en de eiser een betwisting over het recht op die tegemoetkoming.
3. De berechting van die betwisting valt onder de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank, aangezien dat gerecht krachtens de artikelen 167, eerste lid, ZIV-wet, 580, 2°, en 581, 2°, Gerechtelijk Wetboek, kennis neemt van de geschillen over de rechten van de werknemers en van de zelfstandigen die zijn vastgelegd in de wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Artikel 25, derde lid, ZIV-wet verleent het College van geneesheren-directeurs geen discretionaire beoordelingsbevoegdheid om te oordelen over het recht op de tegemoetkoming.

Het behoort evenwel tot de discretionaire bevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs om het bedrag van de tegemoetkoming vast te stellen binnen de perken van de financiële middelen van het Bijzonder Solidariteitsfonds.

De rechter kan enkel nagaan of de beslissing van het bestuur niet kennelijk onredelijk, willekeurig of disproportioneel is.

4. Het arrest dat anders oordeelt en zelf het bedrag van de tegemoetkoming bepaalt, schendt artikel 25 ZIV-wet.

Het middel is gegrond.

KOSTEN

5. Overeenkomstig artikel 1017, tweede lid, Gerechtelijk Wetboek dient de eiser te worden veroordeeld tot de kosten.

DICTUM

HET HOF,

Vernietigt het bestreden arrest in zoverre dit het bedrag van de tegemoetkoming vaststelt.

Beveelt dat van dit arrest melding zal worden gemaakt op de kant van het gedeeltelijk vernietigde arrest.

Veroordeelt de eiser tot de kosten.

Verwijst de aldus beperkte zaak naar het arbeidshof te Luik, anders samengesteld.

...

II. Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2017

Article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Évaluation et critères de l'incapacité de travail – Preuve de l'incapacité de travail – Contestation du rapport d'expertise

Il ne peut, sur la base de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, être tenu compte de facteurs tels que la nationalité, le genre, le niveau culturel ou l'âge pour juger si une personne peut plus difficilement trouver un emploi.

Pour contester un rapport d'expertise, un assuré doit déposer un rapport médical motivé rédigé par un médecin autre que le médecin-conseil et exposant les raisons pour lesquelles la conclusion de l'expert ne peut être suivie. Il convient, à ce propos, de renvoyer aux critères mentionnés dans l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

N° de rôle : 2015/AB/1107
X. c./INAMI

...

Beoordeling

1.

(...) stelt dat de beoordeling van de deskundige onvoldoende rekening houdt met de sociaal economische criteria. Zij verwijst daarbij naar geslacht, nationaliteit, beroepsopleiding, beroepsverleden, cultureel peil enz. Er moet concreet nagegaan worden, aldus (...), in hoeverre de persoon nog werk kan vinden rekening houdend met zijn ziekte, letsels en functionele stoornissen en zijn achtergrond. Zij stelt dat zij geen enkele beroepsopleiding heeft genoten en bijgevolg niet in aanmerking kan komen voor enig beroep waarbij geen enkele fysieke inspanning nodig is. Gelet op haar klachten is zij in de onmogelijkheid om enige fysieke arbeid te verrichten.

(...) verwijst verder naar een ganse reeks medische documenten, die zouden aantonen dat zij wel degelijk arbeidsongeschikt is.

2.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering stelt dat sociaal economische factoren geen rol mogen spelen bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Het niet voorhanden zijn van een geschikte job op de arbeidsmarkt is een sociaal risico dat niet gedragen wordt door de ziekteverzekering, maar door de werkloosheidsverzekering. Het Rijksinstituut onderzoekt verder in haar besluiten de verschillende medische attesten waarnaar (...) verwijst. Volgens haar gaat het om attesten die reeds bekend waren lij en waarmee hij rekening hield, dan wel om attesten die een latere herneming zijn van vroegere attesten of de inhoud weergeven van een ander attest.

3.

Overeenkomstig artikel 100, § 1, alinea 1 van het Koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die uitgeoefend hij heeft of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Overeenkomstig alinea 2 van dezelfde bepaling wordt de vermindering van het vermogen tot verdienen tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zoverre de oorzakelijke aandoening een gunstig verloop kan kennen of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

4.

Uit deze bepaling blijkt dat bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid in de periode van invaliditeit rekening dient gehouden (te) worden met de verschillende beroepen die de verzekerde, uit hoofde van zijn uitgeoefende beroepen of van zijn beroepsopleiding, kan uitoefenen. Omdat (...) slechts een zeer beperkte opleiding genoten heeft tot 13 jaar en alleen (of essentieel alleen) manuele arbeid verricht heeft, is zij niet geschikt voor een “bediende job” of een job die een zekere intellectuele opleiding veronderstelt. De deskundige stelt echter ook geen dergelijke functie voor. Zij stelt dat (...) nog in staat is de functies uit te oefenen die zij uitoefende vóór dat zij arbeidsongeschikt werd, zoals poetshulp. Verder komt zij in aanmerking voor bandwerk, met afwisselend zitten en staan of voor het verzorgen van maaltijden in rusthuizen of (in) ziekenhuizen. Of er voor deze beroepen - tenzij zij uit de arbeidsmarkt zouden verdwenen zijn - al dan niet een voldoende vraag is om (...) toe te laten werk te vinden, is echter een criterium dat bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid niet in aanmerking kan genomen worden. Overigens toont (...) geenszins aan dat voor de beroepen die de deskundige aanduidt, en die in overeenstemming zijn met haar opleiding en vroegere werkzaamheden, geen voldoende arbeidsplaatsen aanwezig zouden zijn. Het tegendeel lijkt eerder waar.

Artikel 100 laat niet toe rekening te houden met het feit dat haar nationaliteit, haar geslacht, haar cultureel peil of haar leeftijd, het (...) moeilijker zouden maken om een betrekking te vinden. Bovendien duidt (...) niet aan dat deze elementen in de schanmaaksector, of bij bandwerk of het verzorgen van maaltijden in rusthuizen of in ziekenhuizen enige invloed zouden hebben bij de keuze van het personeel.

5.

Het deskundig verslag, opgesteld op vraag van de eerste rechter, is omstandig gemotiveerd. Het steunt op een grondig onderzoek van de voorgelegde medische verslagen. De deskundige heeft ook voldoende geantwoord op de opmerkingen die naar aanleiding van de redactie van zijn deskundig verslag werden geformuleerd.

De rechtspraak heeft bij herhaling geoordeeld dat het de bedoeling is, door beroep te doen op een deskundige, de betwisting die ontstaan is tussen de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de behandelend geneesheer van een sociaal verzekerde, te beslechten met verwijzing naar het advies van een bijzonder bevoegd persoon die onafhankelijk is van de partijen. Het principe zelf van de expertiseopdracht zou ondermijnd worden indien het advies, uitgebracht door een door de rechtbank aangestelde deskundige, in twijfel zou getrokken worden enkel en alleen omdat het niet overeenstemt met dit van de behandelend geneesheer van een der partijen (vgl. o.m. Arbh. Brussel, 8^e k., 06.02.1986, A.R. 18.574; Arbh. Brussel, 8^e k., 05.05.1999, A.R. 34.868; Arbh. Brussel, 8^e k. 05.04.2000, A.R. 35.643; Arbh. Brussel, 6^e k., 05.05.2003, A.R. 40.376; Arbh. Brussel, 8^e k. 24.01.2008, A.R. 44.074). In de regel dient er van uit gegaan worden dat, om met succes een deskundig verslag te kunnen betwisten, de sociaal (...) verzekerde een gemotiveerd medisch verslag dient neer te leggen, dat bij voorkeur uitgaat van een geneesheer die niet de behandelend geneesheer is, en dat uiteenzet waarom de bevindingen van de deskundige, die door de rechtbank is aangesteld, niet kunnen gevolgd worden. Dit verslag dient te verwijzen naar de appreciatiecriteria betreffende de arbeidsongeschiktheid, zoals die vastgelegd zijn in artikel 100 van de gecoördineerde wetten van 14 juli 1994 op verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

6.

(...) legt geen gemotiveerd medisch verslag neer waarin, door een onafhankelijk deskundige, of zelfs door de eigen geneesheer, het deskundig verslag grondig geanalyseerd en tegengesproken wordt. dr. ..., die (...) het meest betrokken is in de zaak, heeft zijn opmerkingen geformuleerd bij de preliminaria via het deskundig verslag. Deze opmerkingen zijn zeer algemeen, en geven vooral het standpunt van (...).

De orthopedische problematiek, waarnaar dr. ... verwijst, werd in het deskundig verslag zeer grondig behandeld. De deskundige merkt op dat voor de letsels aan de schouders steeds enkel een conservatieve behandeling werd gevolgd en nooit een ingreep gebeurde. Het beeldmateriaal inzake de rugproblematiek toont volgens haar geen radiculair conflict aan dat een belemmering zou zijn voor de tewerkstelling.

De deskundige merkt verder op dat geen enkel psychiatrisch verslag werd voorgelegd. Thans wordt wel een verslag van dr. ... voorgelegd van 8 augustus 2012. Dit is echter bijzonder summier en verwijst enkel naar wat (...) hem vertelde. Het stelt geen enkele behandeling voor. Uit het verslag blijkt dat het vorige psychiatrisch consult terug gaat tot 2008.

De geneeskundige oordeelt verder dat bij (...) de diagnose van fibromyalgie niet kan weerhouden worden, maar wel de diagnose van stress gerelateerde pijn. Er wordt ook geen enkel verslag voorgelegd waarin de diagnose van fibromyalgie wordt gesteld en daarvoor enige behandeling wordt ingesteld.

Al de andere documenten zijn, zoals het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering terecht opmerkt, herhalingen van vroegere documenten waarover de deskundige reeds beschikte of houden geen grondige evaluatie in van de arbeidsongeschiktheid.

7.

Het vonnis van de eerste rechter dient dan ook bevestigd te worden.

OM DEZE REDENEN HET ARBEIDSHOF

Gelet op de Wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in gerechtszaken, in het bijzonder op het artikel 24,

Rechtsprekend op tegenspraak,

Gelet op het mondeling advies van mevrouw... , waarnemend advocaat-generaal, waarop geen repliek.

Verklaart het hoger ontvankelijk, doch ongegrond en bevestigt het bestreden vonnis.

Veroordeelt, in overeenstemming met artikel 1017 alinea 2 van het Gerechtelijk Wetboek, het Rijks-instituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering tot de kosten van het hoger beroep, begroot in hoofde van (...)

...

III. Cour du travail de Gand, division Gand, 3 mars 2017

Article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Évaluation de l'incapacité de travail – Situation préexistante – Milieu protégé – L'assuré n'a pour ainsi dire pas travaillé

Une personne qui n'a jamais travaillé et dont la capacité de gain était déjà réduite, avant l'entrée sur le marché du travail, à moins d'un tiers, ne peut être reconnue en incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Un emploi limité exercé à son propre rythme et exclusivement en milieu protégé, en l'occurrence au sein de l'entreprise des parents, ne peut être considéré comme étant une participation au processus de travail normal et ne peut, de ce fait, être assimilé à un emploi normal.

N° de rôle : 2013/AG/87

X. c./INAMI

...

3. Procedurele voorgeschiedenis

3.1. De procedure in eerste aanleg

3.1.1. (...) kon zich niet neerleggen bij de hierboven genoemde beslissing van de GRI Oost-Vlaanderen en tekende tegen deze beslissing beroep aan met een verzoekschrift dat hij op 10 januari 2011 neerlegde op de griffie van de arbeidsrechtbank te Gent.

3.1.2. In een vonnis van 17 november 2011 verklaarde de arbeidsrechtbank te Gent, zevende kamer, de vordering van (...) toelaatbaar, maar alvorens te beslissen over de grond van de zaak, stelde de arbeidsrechtbank dokter ... aan als deskundige, met als opdracht:

- "(...) de rechtbank van advies te dienen nopens de vraag of (...) vanaf 19 oktober 2010 (periode van invaliditeit) een graad van arbeidsongeschiktheid bezat, en nadien is blijven bezitten, welke bij artikel 100 van de wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt bepaald
- Te dien einde alle nodige navorsingen door te voeren, o.m. het onderzoek van de medische stukken die de partijen hem zouden verschaffen, (...) aan een medisch onderzoek te onderwerpen, ten einde uit te maken of (...) vanaf 19 oktober 2011 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat, en nadien is blijven bezitten, welke recht geeft op uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en welke toegekend wordt aan de werknemer die alle werkzaamheden heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van de letsels of functionele stoornissen, waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot één derde of minder dan één derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort door de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen, uit hoofde van zijn beroepsopleiding

- Indien (...) bovendien een beroepsopleiding heeft verworven tijdens een tijdvak van herscholing, wordt met die nieuwe opleiding rekening gehouden ter waardering van de vermindering van zijn vermogen tot verdienen.
- Daarenboven, (...) te ondervragen nopens zijn beroepsverleden, meer bepaald nopens de juiste aard van de verrichte arbeid in elk der door hem uitgeoefende beroepen, alsmede de juiste duur gedurende dewelke hij zijn arbeid heeft uitgeoefend;
- Machtigt de deskundige (...) te doen onderzoeken door een dokter-specialist van zijn keuze, mocht hij aanvullende onderzoeken noodzakelijk achten.”.

3.1.3. De deskundige legde zijn eindverslag op 15 mei 2012 neer op de griffie. Hij kwam tot het volgende besluit:

*“er kan besloten worden dat (...) **vanaf 19 oktober 2010 (periode van invaliditeit), geen graad van arbeidsongeschiktheid bezat en nadien is blijven bezitten**, welke bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt bepaald.”*

3.1.4. In het aangevochten eindvonnis van 7 februari 2013 verklaarde de arbeidsrechtbank Gent de reeds ontvankelijk verklaarde vordering ongegrond en bevestigde de bestreden beslissing van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering van 12 oktober 2010.

De arbeidsrechtbank oordeelde dat de deskundige op een zeer uitvoerige wijze alle door (...) geformuleerde opmerkingen had weerlegd en dat (...) geen enkel medisch attest voorlegde waaruit zou kunnen blijken dat de conclusie van de deskundige verkeerd zou zijn.

Ten slotte veroordeelde de arbeidsrechtbank het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering tot het betalen van de gerechtskosten.

3.1.5. De griffier bij de arbeidsrechtbank Gent bracht het vonnis met een gerechtsbrief van 14 februari 2013 aan de partijen ter kennis.

3.2. De procedure in hoger beroep

3.2.1. Met een verzoekschrift dat hij op 13 maart 2013 neerlegde op de griffie van het arbeidshof te Gent, afdeling Gent, tekende (...) hoger beroep aan tegen het hiervoor genoemde vonnis van de arbeidsrechtbank Gent van 7 februari 2013.

3.2.2. In het tussenarrest van 7 februari 2014 oordeelde het arbeidshof dat het verslag van de door de eerste rechter aangestelde deskundige niet kon overtuigen en achtte het opportuun een nieuwe geneesheer-deskundige aan te stellen, gespecialiseerd in de problematiek van het chronisch vermoeidheidssyndroom.

Het arbeidshof verklaarde het hoger beroep van (...) tegen het vonnis van de arbeidsrechtbank Gent, zevende kamer, van 7 februari 2013 (A.R. nr. 11/57/A) ontvankelijk, en stelde alvorens over de grond van de zaak te oordelen, prof. dr. ... als deskundige aan met de opdracht het arbeidshof advies te verlenen over de volgende vragen:

- “hoe kan de lichamelijke en psychische toestand van (...) vanaf 19 oktober 2010 beschreven worden?
- kan (...) vanaf 19 oktober 2010 als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen beschouwd worden, m.a.w. in welke mate hebben de letsels of functionele stoornissen die hij vertoont, zijn verdienvermogen aangetast in zijn gewone beroep enerzijds en in alle beroepen die hij rekening houdend met zijn beroepsopleiding en zijn stand zou kunnen uitoefenen anderzijds ?

- *kan (...) m.a.w. nog in staat worden geacht om bepaalde beroepsactiviteiten uit te oefenen, rekening houdend met zijn lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, zijn leeftijd, zijn beroepsopleiding en zijn stand?*
- *kan het zijn dat het chronisch vermoeidheidssyndroom waarmee (...) te kampen heeft, zich pas heeft gemanifesteerd nadat hij in de loop van het jaar 1995 een heelkundige ingreep onderging aan zijn sinussen (waarbij tevens een neusbeencorrectie werd uitgevoerd)?”.*

3.2.3. Omdat de deskundige op 28 oktober 2015 nog steeds geen verslag had neergelegd, riep het arbeidshof de partijen en de deskundige in overeenstemming met artikel 973, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek op om te verschijnen in de raadkamer op 6 november 2015. Zowel het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering als (...) drongen aan op een vervanging van de deskundige.

Bij tussenarrest van 17 november 2015 ontlastte het arbeidshof prof. dr. ... van de hem bij tussenarrest van 7 februari 2014 toevertrouwde deskundigenopdracht, en verving hem als deskundige door dr.

3.2.4. Met een brief van 6 februari 2016 deed dr. ... evenwel aan het arbeidshof mee dat hij om gezondheidsredenen de expertise niet kon verderzetten en verzocht hij om vervangen te worden.

Bij tussenarrest van 11 maart 2016 ontlastte het arbeidshof dr. ... van de hem bij tussenarrest van 17 november 2015 toevertrouwde deskundigenopdracht, en verving hem als deskundige door dr. ...

4. Het verslag van dokter ...

Dr. ... legde zijn eindverslag op 20 september 2016 op de griffie neer. In dit eindverslag formuleerde hij het volgende advies voor het arbeidshof:

“Rekening houdende met beide bemerkingen kan ik niet anders dan besluiten dat:

1. *Hoe kan de lichamelijke en psychische toestand van (...) vanaf 19 oktober 2010 beschreven worden? Patiënt vertoont een duidelijke ziekte toestand waarbij het beeld gelijkt op een chronisch vermoeidheidssyndroom met alle aanwezige criteria. Het is duidelijk dat de lichamelijke klachten hem niet toelaten op een normale manier te functioneren wat zeker een psychische weerslag heeft daar patiënt niet op een normale manier in de maatschappij kan functioneren.*
2. *Kan (...) vanaf 19 oktober 2010 als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen beschouwd worden in welke mate hebben letsels of functionele stoornissen die hij vertoont, zijn verdienvermogen aangetast in zijn gewone beroep enerzijds en in alle beroepen die rekening houden met zijn beroepsopleiding en zijn stand zou kunnen uitoefenen anderzijds?*

Het is duidelijk dat patiënt in die mate ziek is en dit reeds gedurende een dermate lange periode dat het onmogelijk lijkt om hem nog als arbeidsgeschikt te kunnen zien.

We volgen dr. ... evenwel om te zeggen dat (...) nooit werkbekwaam geweest is en reeds ziek was op het einde van zijn studies. Tijdens het onderzoek werd door de eiser en zijn moeder formeel erkend dat de geleverde arbeid thuis minimaal was en alleen kon gebeuren binnen een familiaal bedrijf met veel aanvaardingsvermogen.

Betrokkene is bij het intreden op de arbeidsmarkt nooit arbeidsgeschikt geweest voor minstens een derde van een voltijdse job.

3. Kan (...) met andere woorden nog in staat geacht worden om bepaalde beroepsactiviteiten uit te oefenen, rekening houdende met zijn lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, zijn leeftijd, zijn beroepsopleiding en zijn stand?

Ik ben zeker van niet.

4. Kan het zijn dat het chronisch vermoeidheidssyndroom waarmee (...) te kampen heeft, zich pas heeft gemanifesteerd nadat hij in de loop van het jaar 1995 een heelkundige ingreep onderging aan zijn sinussen (waarbij tevens een neusbeencorrectie werd uitgevoerd)?

Dit kan maar dit is ook verre van zeker. In het verslag van dokter Lambrecht wordt vermeld dat hij zocht voor een halothaan (door de algemene anesthesie) geïnduceerde toxische leverontsteking.

Er wordt duidelijk vermeld dat de transaminasen (leverenzymen) reeds voor de ingreep pathologisch waren. Het is dus totaal onzeker of de operatie de oorzaak was van zijn ziekte ; ik denk persoonlijk dat de operatie eerder een scharniermoment was waarbij de spreekwoordelijke emmer overliep."

5. Beoordeling na het advies van de deskundige

5.1. Algemeen

5.1.1. Volgens artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (Gecoördineerde ziekwet) wordt als arbeidsongeschikt erkend: de werknemer die elke werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Verder bepaalt artikel 100, § 1, 4^{de} alinea van de Gecoördineerde ziekwet dat de vermindering van het verdienvermogen over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd dient te worden ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening een gunstig verloop kan kennen of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

Gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid wordt het verdienvermogen van de betrokkene dus gewaardeerd aan de hand van het gewone beroep van de werknemer (op voorwaarde dat de aandoening van die aard is om binnen korte tijd te genezen). Gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid dient dus nagegaan te worden in welke mate de betrokkene nog in staat is iets te verdienen in zijn eigen beroep.

Na die zes maanden worden alle beroepen die een persoon van dezelfde opleiding en stand zou kunnen uitoefenen in aanmerking genomen om het verdienvermogen te bepalen.

5.1.2. Het begrip "arbeidsongeschiktheid" is in de ziekte- en invaliditeitsverzekering in essentie van economische aard. Niet de fysiologische invaliditeit of de mate waarin de psychische en fysieke integriteit werd aangetast is determinerend, maar wel de mate waarin het verdienvermogen werd verloren of is verminderd ingevolge de intrede of verergering van letsels en functionele stoornissen (Arbh. Gent, 25.11.2002, Inf. RIZIV, 2003, afl. 1, 34).

Het verdienvermogen moet geëvalueerd worden op grond van een gepersonaliseerde analyse aan de hand van medische, persoonlijke en socio-economische factoren (Arbh. Luik, 09.09.1994, Soc. Kron., 1997, 178; Arbh. Luik, 04.11.1994, Soc. Kron., 1997, 181).

Factoren, zoals de economische toestand, die geen invloed hebben op de geschiktheid om arbeid te verrichten maar wel op de mogelijkheden om een dienstbetrekking te vinden waardoor men de geschiktheid bezit, mogen niet in aanmerking worden genomen bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid. Het gebrek aan geschikt werk is een sociaal risico dat niet door de ziekteverzekering wordt gedekt maar door de werkloosheidsverzekering (Arbh. Gent, 25.11.2002, Inf. RIZIV, 2003, afl. 1, 34; Arbh. Bergen, 07.04.1989, J.T.T., 1989, 472).

5.2. Concreet

5.2.1. In haar zitting van 12 oktober 2010 besliste de gewestelijke commissie Oost-Vlaanderen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd. De GRI motiveerde haar beslissing als volgt :

“de stopzetting van uw werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg is van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.”.

De GRI was m.a.w. van oordeel dat er sprake was van een vooraf bestaande toestand en dat (...) dus eigenlijk nooit een verdienvermogen heeft gehad van meer dan één derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen in de verschillende beroepen die hij zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De GRI besliste m.a.w. op 12 oktober 2010 NIET dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 opnieuw arbeidsgeschikt was. In tegendeel, de GRI besliste dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet als arbeidsgeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kan worden beschouwd omdat hij nog nooit meer dan 33 % arbeidsgeschikt is geweest.

5.2.2. Om arbeidsgeschikt te worden erkend in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet moet de gerechtigde elke werkzaamheid onderbroken hebben als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen die zijn vermogen tot verdienen beperken toe een derde of minder van wat een vergelijkbaar persoon kan verdienen.

De onderbreking van alle werkzaamheden moet dus het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.

Een verzekerde kan dus niet arbeidsgeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet erkend worden wanneer de vermindering van zijn verdienvermogen uitsluitend het gevolg is van een vooraf bestaande toestand (Cass., 03, Arr. Cass., 1985-1986, 907; Arbh. Gent, 15.09.2008; Inf. RIZIV, 2008, 580; Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 22.02.2005, Inf. RIZIV, 2005, 246; Arbh. Antwerpen, 13.01.2004, Soc. Kron., 2004, 336). Er is sprake van een vooraf bestaande toestand wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde op het ogenblik dat hij zijn beroepsactiviteit onderbreekt, niet verslechterd is in vergelijking met gezondheidstoestand bij de aanvang van zijn tewerkstelling, hetzij door het optreden van een nieuwe aandoening, hetzij door het verergeren van een bestaande toestand.

Dit betekent dat wanneer een verzekerde op de arbeidsmarkt toetreedt, hij een verdienvermogen moet hebben van meer dan een derde om later als arbeidsgeschikt te kunnen worden beschouwd.

Wanneer de verzekerde reeds vóór zijn intrede op de arbeidsmarkt slechts over een verdienvermogen van één derde of minder beschikte waardoor hij nooit in staat kan worden geacht om een beroepsactiviteit uit te oefenen, is er sprake van een vooraf bestaande toestand.

5.2.3. Het aangevochten vonnis van de arbeidsrechtbank Gent van 7 februari 2013 is dan ook tegenstrijdig.

Eenzijds trad de arbeidsrechtbank het advies van de deskundige, dr. ..., bij, nl, dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd omdat (...) vanaf dan opnieuw meer dan 33 % arbeidsgeschikt diende te worden beschouwd.

Anderzijds bevestigde de arbeidsrechtbank evenwel de beslissing van de GRI Oost-Vlaanderen van 12 oktober 2010 waarbij de GRI had beslist dat (...) vanaf 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd omdat de stopzetting van zijn werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg was van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen, m.a.w. omdat (...) nog nooit een arbeidsgeschiktheid had gehad van meer dan 33 %.

5.2.4. De door het arbeidshof aangestelde deskundige, dr. ..., is in zijn advies aan het arbeidshof formeel. Volgens dr. ... is (...) niet alleen op vandaag niet in staat om te werken, maar is (...) bovendien nooit in staat geweest om te werken.

Dr. ... bevestigt m.a.w. de stelling van de GRI Oost-Vlaanderen, nl. dat (...) nooit meer dan 33 % arbeidsgeschikt is geweest en reeds ziek was op het einde van zijn studies.

Dat (...) thans meer dan 66 % arbeidsongeschikt is, is niet het gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen, maar is louter het gevolg van zijn gezondheidstoestand die reeds aanwezig was op het moment dat hij zijn studies beëindigde en die toen reeds zijn verdienvermogen verminderde tot een derde of minder van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de verschillende beroepen die hij zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

5.2.5. Iemand die nooit gewerkt heeft en wiens verdienvermogen reeds voor het intreden op de arbeidsmarkt verminderd was tot minder dan één derde, kan niet arbeidsongeschikt erkend worden in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet (Arbh. Antwerpen, 13.01.2004, Soc. Kron., 2004, 336; Arbh. Antwerpen (afd. Hasselt), 22.02.2005, Inf. RIZIV, 2005, 334; Arbh. Antwerpen 13.09.2005, Inf. RIZIV, 2005, 454; Bergen 16.11.2011, J.T.T., 2012, 205).

(...) heeft na het beëindigen van zijn studies uitsluitend gewerkt in het bedrijf van zijn ouders, en dit enkel op zijn eigen tempo, en hoogstens 2 uur per dag. Dergelijke tewerkstelling die slechts kon gebeuren in een beschermd milieu en dankzij het begrip van zijn ouders kan niet beschouwd worden als deelnemen aan het normale arbeidsproces en kan dus niet gelijkgesteld worden aan een normale tewerkstelling.

(...) heeft dus nog nooit op een normale wijze deelgenomen aan het gewone arbeidsproces.

Aangezien (...) nog nooit een normale tewerkstelling heeft gehad en hij reeds op het moment dat hij studies beëindigde een arbeidsongeschiktheid vertoonde van meer dan 66 %, kan hij niet arbeidsongeschikt erkend worden in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet.

**OM DEZE REDENEN,
HET ARBEIDSHOF,**

spreekt, na beraadslaging, recht op tegenspraak;

stelt vast dat de wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in gerechtszaken en in het bijzonder artikel 24 van deze wet, werden gerespecteerd;

wijst alle andere en strijdige conclusies van de hand;

verwijst naar de tussenarresten van 7 februari 2014, 17 november 2015 en 11 maart 2016;

verklaart het reeds bij tussenarrest van 7 februari 2014 ontvankelijk verklaarde hoger beroep van (...) tegen het vonnis van de arbeidsrechtbank Gent, zevende kamer, van 7 februari 2013 (A.R. nr. 11/57/A) in de volgende mate gegrond;

vernietigt het aangevochten vonnis met uitzondering van de veroordeling van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering tot betaling van de gerechtskosten;

spreekt opnieuw recht;

verklaart voor recht dat:

- (...) vanaf het moment dat hij anno 1994 zijn studies beëindigde, op geen enkel moment meer dan 33 % arbeidsgeschikt is geweest
- hij m.a.w. nooit een verdienvermogen heeft gehad van ten minste een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door een werkzaamheid die hij zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding
- aangezien zijn gezondheidstoestand dus niet het gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, hij niet als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kan worden erkend;

bevestigt bij gevolg de bestreden beslissing van de gewestelijke commissie Oost-Vlaanderen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van 12 oktober 2010 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, nl. dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd omdat de stopzetting van zijn werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg was van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen;

kan bij gebrek aan omstandige opgave niet vaststellen welke gerechtskosten de partijen n.a.v. deze procedure in hoger beroep reeds zouden hebben gemaakt;

...

IV. Cour du travail d'Anvers, division Anvers, 25 avril 2017

Article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Évaluation de l'incapacité de travail – Ouvrier non qualifié – Travail léger ou moyennement lourd

Au terme des six premiers mois d'incapacité de travail primaire, la diminution de la capacité de gain ne doit pas uniquement être évaluée en fonction de la profession habituelle mais aussi en fonction de la catégorie professionnelle à laquelle appartient un travail professionnel et des activités professionnelles rendues possibles grâce à des formations.

Les personnes qui n'ont pas suivi de formation spécifique doivent être mentionnées comme ouvrier non qualifiés.

Pour l'évaluation de l'incapacité de travail des ouvriers non qualifiés, il faut aussi tenir compte du degré d'incapacité par rapport à un travail moyennant lourd ou léger ne nécessitant pas de qualification spécifique.

N° de rôle : 2016/AA/434

INAMI c./X.

...

2. Feiten en voorgaande rechtspleging

(...) werd vanaf 12 maart 2012 arbeidsongeschikt erkend door de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds.

Na een geneeskundig onderzoek van 3 juli 2014 besliste de gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) van de provincie Antwerpen dat vanaf 10 juli 2014 niet langer arbeidsongeschikt was zoals bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met verzoekschrift, neergelegd ter griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen op 5 augustus 2014 tekende (...) verhaal aan tegen voornoemde beslissing.

Bij vonnis van 26 maart 2015 werd de vordering van (...) ontvankelijk verklaard, doch alvorens ten gronde te beslissen, dokter (...) als geneesheer-deskundige aangesteld met als opdracht betrokkene te onderzoeken en na te gaan of hij vanaf 10 juli 2014 en sedertdien, eventueel tot welke datum, arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100, § 1 van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het definitief deskundig verslag werd ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen op 19 november 2015.

Bij vonnis van 23 juni 2016 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen werd(en):

- de vordering van (...) gegrond verklaard
- de bestreden administratieve beslissing van 3 juli 2014 uitgaande van de gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit vernietigd
- voor recht gezegd dat (...) vanaf 10 juli 2014 arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten veroordeeld om aan (...) vanaf 10 juli 2014 arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te betalen, te vermeerderen met de gevorderde intresten, dit voor zover (...) voldoet aan alle andere voorwaarden van vergoedbaarheid
- de kosten van het geding, met inbegrip van de kosten van het deskundig onderzoek, in toepassing van artikel 1017, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek ten laste gelegd van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; de kosten werden aan de zijde van (...) vereffend op 142,25 EUR rechtsplegingsvergoeding; aan de zijde van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering werden geen kosten begroot en derhalve niet vereffend; de kosten van het deskundig onderzoek van dokter R. Gunzburg werden bepaald op een bedrag van 494,52 EUR.

Met een verzoekschrift hoger beroep, neergelegd ter griffie van het arbeidshof Antwerpen op 29 juli 2016, stelt het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering hoger beroep in tegen voornoemd vonnis.

3. Eisen in hoger beroep

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vordert in haar syntheseconclusie, neergelegd ter griffie op 11 januari 2017:

- het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren
- het vonnis van 23 juni 2016 te vernietigen en er opnieuw rechtdoende in graad van hoger beroep
- voor recht te zeggen dat (...) vanaf 10 juli 1994 niet langer arbeidsongeschikt is in de zin van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en derhalve vanaf 10 juli 2014 niet langer gerechtigd is op ziekte- en invaliditeitsuitkeringen
- over de kosten te oordelen als naar recht.

(...) vordert in zijn/haar syntheseconclusie, neergelegd ter griffie op 22 februari 2017:

- het hoger beroep af te wijzen als ontvankelijk doch ongegrond;
- het vonnis van 23 juni 2016 te bevestigen, voor zover dit vaststelt dat hij vanaf 10 juli 2014 meer dan 66 % arbeidsongeschikt was en zodoende de graad van ongeschiktheid vertoonde om een ziekte- en invaliditeitsuitkering te ontvangen;
- ondergeschikt, alvorens recht te doen ten gronde, een college van deskundigen aan te stellen met gebruikelijke onderzoeksopdracht;
- het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te veroordelen tot de kosten van het geding, begroot op 174,94 EUR rechtsplegingsvergoeding.

De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten is niet verschenen ter zitting van 28 maart 2017 en heeft geen schriftelijke conclusies genomen.

4. Ten gronde

4.1. Situering van het geschil in hoger beroep

Het geschil tussen partijen betreft de vraag of (...) op 10 juli 2014 en sedertdien arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Gelet op de medische betwisting heeft de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen (...) aangesteld als gerechtsdeskundige.

In zijn deskundig verslag, ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen op 19 november 2015, kwam (...) tot volgende bespreking (zie stuk 8 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag (...) d.d. 19 november 2015, pag. 2):

"Uit het onderzoek en uit de verschillende technische gegevens weerhouden wij dat de (...) lijdt aan de gevolgen van een deels aangeboren en deels verworven lumbale stenose. Er is lage rugpijn, uitstraling naar een been en een neurogene claudicatio. Bij falen van een goed gevoerde conservatieve therapie is er indicatie tot heelkundig ingrijpen. Tijdens de ingreep wordt het kanaal verbreed. Dit geeft gewoonlijk goede resultaten en het is niet duidelijk waarom dit hier niet is voorgesteld of uitgevoerd.

We kunnen stellen dat de (...) op 10 juli 2014 niet in staat was, en sedertdien niet in staat is te werken als arbeider waarbij meer dan 500 m dient te worden gestapt en waarbij zwaar lichamelijk werk dient te worden uitgevoerd. Hiervoor is zijn verdienvermogen minder dan één derde van wat te verwachten is. Wel zijn er zittende activiteiten die haalbaar zijn, of rugsparende beroepen zoals parking wachter, museum opzichter edm."

Na verzending van het deskundig verslag in voorlezing werden er geen opmerkingen geformuleerd op de medische bevindingen van de gerechtsdeskundige.

Wel heeft de geneesheer-inspecteur van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan de gerechtsdeskundige nog expliciet de vraag gesteld of hij uit het voorlopig verslag mag besluiten dat de deskundige de beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, die stelt dat de (...) geschikt is voor rugsparend werk bevestigt (stuk 1a bundel RIZIV: brief d.d. 29.09.2015 van geneesheer-inspecteur...).

De arbeidsrechtbank heeft zich aangesloten bij het advies van de geneesheerdeskundige en de vordering van (...) gegrond verklaard.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering acht zich gegriefd door het bestreden vonnis en houdt staande dat (...) vanaf 10 juli 2014 arbeidsgeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Ter ondersteuning van dit standpunt verwijst zij naar volgende documenten:

1. (a) aangetekende zending vanwege het RIZIV gericht aan gerechtsdeskundige dr. ... d.d. 29 oktober 2015: opmerkingen op voorverslag
(b) kopie opmerkingen voorverslag aan tegenstrever
(c) briefwisseling met deskundige periode 3 november 2015-3 december 2015
2. Cassatie 26 februari 1990 (RIZIV/Sari).

(...) houdt voor dat hij niet in aanmerking komt voor rugbelastende of rugsparende arbeid en hij verwijst hiervoor naar volgende documenten:

1. Medisch attest dr. ... d.d. 14 juni 2013
2. Medisch attest dr. ... d.d. 8 juli 2014
3. Medisch attest dr. ... d.d. 29 juli 2014
4. Medisch attest dr. ... d.d. 14 augustus 2014
5. Medisch attest dr. ... d.d. 16 januari 2015
6. Medisch attest dr. ... d.d. 27 maart 2015
7. Toegangscodes MRI d.d. 22 oktober 2015
8. Medisch attest dr. ... d.d. 9 november 2015

4.2. Beoordeling

Overeenkomstig artikel 100, § 1, eerste lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Om als arbeidsongeschikt erkend te kunnen worden moet dus tegelijkertijd voldaan worden aan drie voorwaarden:

- onderbreking van elke werkzaamheid
- die onderbreking moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen
- het verdienvermogen moet verminderd zijn tot een derde of minder dan een derde van wat de referentepersoon zou kunnen verdienen.

Er bestaat tussen partijen geen betwisting dat (...) voldoet aan de eerste twee voormelde voorwaarden zodat enkel nog dient onderzocht te worden of het verdienvermogen van (...) verminderd is tot een derde of minder dan een derde van wat de referentepersoon zou kunnen verdienen in de verschillende referentieberoepen.

Aangezien de bestreden administratieve beslissing zich situeert na de eerste zes maanden van primaire arbeidsongeschiktheid dient de vermindering van verdienvermogen niet enkel geëvalueerd te worden in functie van het gewone beroep van (...) maar eveneens in functie van de beroepencategorie waartoe zijn beroepsarbeid behoort en de beroepsactiviteiten die door zijn opleiding mogelijk worden gemaakt.

Uit de voorgebrachte feitelijke gegevens blijkt (...) werd geboren in 1974. Hij volgde lager onderwijs in Marokko en werkte tijdens de periode van 1990-1997 als visser. Vervolgens kwam hij naar België en leerde hij Nederlands in avondschool.

In België was hij van 20 januari 1999 tot 31 juli 2000 werkzaam als tomatenplukker en nadien werkte hij als arbeider in een bandencentrale. Hij was ook nog werkzaam als arbeider bij Belgomilk van 13 december 2010 tot 26 december 2010.

Aangezien (...) geen specifieke scholing heeft genoten moet hij gekwalificeerd worden als een ongeschoolde arbeider.

(...) werd arbeidsongeschikt erkend vanaf 12 maart 2012 wegens chronisch laag ruglijden.

Uit het expertiseverslag blijkt dat de gerechtsdeskundige een objectieve pathologie weerhoudt meer bepaald een lumbale stenose met lage rugpijn, uitstraling naar een been en een neurogene claudicatio.

Deze geobjectiveerde pathologie veroorzaakt functionele stoornissen waardoor (...) volgens de gerechtsdeskundige vanaf 10 juli 2014 niet meer in staat is om te werken als arbeider waarbij meer dan 500 m dient te worden gestapt en waarbij zwaar lichamelijk werk moet uitgevoerd worden.

De loutere vaststelling dat (...) niet meer in staat is om zwaar lichamelijk werk te verrichten volstaat niet om hem arbeidsongeschikt te beschouwen als niet wordt nagegaan of de wettelijk vereiste ongeschiktheidsgraad ook bestaat ten aanzien van middelzware of lichte arbeid die geen specifieke scholing vereisen (Cass., 26.02.1990, Arr. Cass., 1989-1990, 846).

Welnu de gerechtsdeskundige is zeer formeel in zijn besluit, dit op basis van het klinisch onderzoek en de verschillende technische gegevens, dat (...) nog in aanmerking komt voor rugsparende arbeid en zittende activiteiten.

Aan de hand van de voorgebrachte medische attesten van zijn behandelende geneesheer en de technische onderzoeken (stukken 1 t/m 8 bundel (...)) bewijst (...) geenszins dat zijn verdienvermogen eveneens verminderd is tot een derde of minder dan een derde van wat de refertepersoon zou kunnen verdienen ten opzichte van de groep van beroepen die geen specifieke scholing vereisen en waartoe ook licht lichamelijk werk en rugsparende arbeid behoort.

Bij gebreke aan nieuwe medische elementen die van aard zijn de bevindingen van de deskundige te weerleggen of in twijfel te trekken dient het in ondergeschikte orde geformuleerde verzoek van (...) om een college van deskundigen aan te stellen te worden afgewezen.

Gelet op het objectief expertiseverslag sluit het arbeidshof zich aan bij het gemotiveerd definitief besluit van de gerechtsdeskundige; (...) is op 10 juli 2014 en sedertdien niet arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Het hoger beroep is gegrond.

BESLISSING

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gegrond.

Vernietigt het vonnis van 23 juni 2016 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen met uitzondering van de tenlastelegging en vereffening van de gedingkosten.

Opnieuw recht sprekend.

Bevestigt de beslissing van 3 juli 2014 van de Gewestelijke Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

...

V. Tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles, 9 juin 2017

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 25^{sexies} – Autorisation préalable – Ordre public

L'article 25^{sexies}, § 1^{er}, 2^o, qui stipule que le Fonds spécial de solidarité ne peut accorder d'intervention pour des prestations de santé dispensées à l'étranger qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable du Collège des médecins-directeurs, est une disposition d'ordre public à laquelle d'éventuelles précisions contraires publiées sur le site web de l'INAMI ne peuvent porter préjudice.

N° de rôle : 15/1891/A

X. c./INAMI

...

II. Voorwerp van de vordering

3.

(...), hierna “eiseres” genoemd, stelde beroep in tegen de beslissing d.d. 8 april 2015 van het College van Geneesheren-Directeurs van het RIZIV, aan haar betekend met brief van 20 april 2015 en verder toegelicht door haar ziekenfonds met brief van 28 april 2015.

Met deze beslissing werd “eiseres” aanvraag d.d. 1 april 2015 (datum van ontvangst bij het RIZIV) tot tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds voor in het buitenland verleende verzorging afgewezen.

Het betreft de kosten voor behandelingen radiotherapie en hypothermie verstrekt in de periode van 14 juli 2014 tot 1 augustus 2014 in het Instituut Verbeeten te Tilburg (Nederland), voor een totaal bedrag van 24.915,18 EUR.

Deze aanvraag werd ingediend na ongunstig advies van de adviserend geneesheer en van de geneesheer-directeur van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten.

4.

“Eiseres” vordert te zeggen voor recht dat zij recht heeft op een tegemoetkoming in haar medische kosten, zoals aangevraagd.

III. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

5.

De rechtbank is bevoegd voor de behandeling van het geschil (art. 167, 1^{ste} lid van de Ziekteverzekeringwet en art. 580, 2^o (of 581, 2^o) Ger. W.).

6.

Het beroep d.d. 10 juli 2015 tegen de beslissing d.d. 8 april 2015 van het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV, betekend aan “eiseres” met brieven van 20 april 2015 en 28 april 2015, werd ingesteld binnen de beroepstermijn van drie maanden (art. 23 van de wet van 11.04.1995 betreffende Het Handvest van de Sociaal Verzekerde). Bijgevolg is de vordering ontvankelijk.

IV. Beoordeling

7.

Artikel 25 van de Ziekteverzekeringswet (versie van toepassing bij het nemen van de bestreden beslissing) bepaalt:

“Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Bijzonder Solidariteitsfonds opgericht dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag en het deel daarvan dat wordt toegewezen aan de tegemoetkomingen toegekend krachtens artikel 25quater/1, § 2, voor ieder kalenderjaar worden vastgesteld door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Het College van geneesheren-directeurs beslist binnen de perken van de financiële middelen van dit Fonds en met naleving van de door de Algemene raad uitgevoerde toewijzing over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Het Bijzonder Solidariteitsfonds verleent slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan de in deze afdeling gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst en voor zover ze de gevraagde bedragen effectief verschuldigd zijn. Het Fonds verleent slechts tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen waarvoor, in het concrete geval, in geen tegemoetkoming voorzien is krachtens de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering. Worden niet ten laste genomen door het Bijzonder Solidariteitsfonds: (...opsomming...).”.

De voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor een tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen worden bepaald door artikel 25^{sexies}, § 1 van de Ziekteverzekeringswet, zoals vervangen door artikel 24 van de wet van 7 februari 2014 (B.S., 25.02.2014).

Het moet gaan om een behartigenswaardig geval, zoals gedefinieerd aan de hand van zes voorwaarden, en de toestemming van het College van geneesheren-directeurs is vereist voordat de geneeskundige verstrekkingen in het buitenland worden verleend.

8.

Het RIZIV heeft de tussenkomst geweigerd, precies omdat niet aan deze laatste voorwaarde werd voldaan: de toestemming werd niet gevraagd door “eiseres” en derhalve ook niet verleend door het College van geneesheren-directeurs.

Het RIZIV onderstreept hierbij dat artikel 25^{sexies} van de Ziekteverzekeringswet van openbare orde is en stelt dat “eiseres” de toelichting van dit artikel op de website van het RIZIV verkeerd interpreteert.

“Eiseres” meent dat zij de voorafgaande toestemming niet nodig had omwille van de hoogdringendheid van de verstrekkingen: de behandelingen in Tilburg werden voor het eerst besproken tijdens een consultatie met behandelend geneesheer, (...), op 27 juni 2014 en de behandeling werd reeds op 8 juli 2014 opgestart.

“Eiseres” verwijst als rechtsbron naar de website van het RIZIV, waar zij las: “Let op: U moet voor uw vertrek naar het buitenland een akkoord hebben ontvangen van het College van geneesheren-directeurs (behalve in het geval van aangetoonde en onverwachte situaties)”.

9.

De rechtbank oordeelt als volgt:

Gelet op de duidelijke bepaling van artikel 25*sexies*, § 1, 2° van de Ziekteverzekeringswet staat het buiten kijf dat het Bijzonder Solidariteitsfonds geen tussenkomst kan verlenen voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, welke niet het voorwerp zijn geweest van een voorafgaande toestemming van het College van geneesheren-directeurs.

Het betreft een bepaling van openbare orde, waarvan derhalve niet kan worden afgeweken. Deze bepaling voorziet niet in een uitzondering wegens “hoogdringendheid van de verstrekkingen”.

Toelichtingen op de website van het RIZIV kunnen geen afbreuk doen aan wettelijke bepalingen van openbare orde. De toelichting in kwestie is trouwens volkomen verenigbaar met het voorschrift van artikel 25*sexies*, § 1, 2° van de Ziekteverzekeringswet, zoals het RIZIV terecht opmerkt.

“Eiseres” diende haar verzoek tot tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds slechts in bij haar ziekenfonds op 28 augustus 2014, daar waar de therapieën in kwestie reeds voltooid waren op 1 augustus 2014.

Er werd eenvoudigweg nooit een akkoord gevraagd, niet in de korte periode tussen de eerste bespreking van de therapieën op 27 juni 2014 en het opstarten ervan op 8 juli 2014, niet tijdens de behandelingsperiode, en ook niet in de weken erna.

Voor de volledigheid dient opgemerkt te worden dat er op grond van de voorliggende stukken wordt vastgesteld dat “eiseres” ook geen toestemming heeft gevraagd aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, zoals dit nochtans was vereist tot aan de wijziging van artikel 25*sexies* door de wet van 7 februari 2014 (in werking sinds 07.03.2014).

Het is vanuit een menselijk oogpunt zeker aannemelijk dat de administratieve afhandeling van een en ander niet de eerste prioriteit van “eiseres” was, gelet op de medische problematiek waarmee zij werd geconfronteerd. Het is bovendien niet duidelijk of “eiseres” door de voorschrijvende arts voldoende werd ingelicht van de kosten, verbonden aan de voorgestelde behandelingen in het buitenland; evenmin is duidelijk of “eiseres” zelf het initiatief heeft genomen om daarover inlichtingen in te winnen bij haar ziekenfonds voor haar vertrek naar Tilburg.

Hoe dan ook zijn dit elementen die in geen geval een tussenkomst vanuit de sociale zekerheid (sector ziekteverzekering) kunnen rechtvaardigen: zowel het RIZIV als de rechtbank moeten de wetgeving toepassen.

Het RIZIV heeft de aanvraag tot tussenkomst vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds terecht afgewezen, op grond van het ontbreken van de voorafgaande toestemming voor de geneeskundige verstrekkingen in het buitenland van het College van geneesheren-directeurs; het betreft een correcte toepassing van artikel 25*sexies*, § 1, 2° van de Ziekteverzekeringswet.

De wettelijke voorwaarden tot tussenkomst moeten cumulatief worden vervuld. Dit maakt(e) het onderzoek of er al dan niet sprake is van een behartigenswaardig geval overbodig.

De bestreden beslissing d.d. 8 april 2015 is volledig naar recht verantwoord, en het beroep ongegrond. De vordering van “eiseres” tot tussenkomst vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds wordt derhalve afgewezen.

10.

Overeenkomstig artikel 1017, 2^{de} lid van het Gerechtelijk Wetboek wordt de overheid of de instelling belast met het toepassen van de wetten en verordeningen bedoeld in de artikelen 580, 581 en 582 1° en 2°, ter zake van vorderingen ingesteld door of tegen de gerechtigden, steeds in de kosten verwezen, behalve wanneer het geding roekeloos of tergend is. Dit is zeker niet het geval.

Het RIZIV wordt daarom veroordeeld tot de kosten. Deze werden door “eiseres” begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 131,48 EUR, daar waar het sinds 1^{ste} juni 2016 toepasselijk bedrag 131,18 EUR bedraagt.

OM DEZE REDENEN DE RECHTBANK

Na eensluidend mondeling advies van mevrouw... , substituut-arbeidsauditeur,

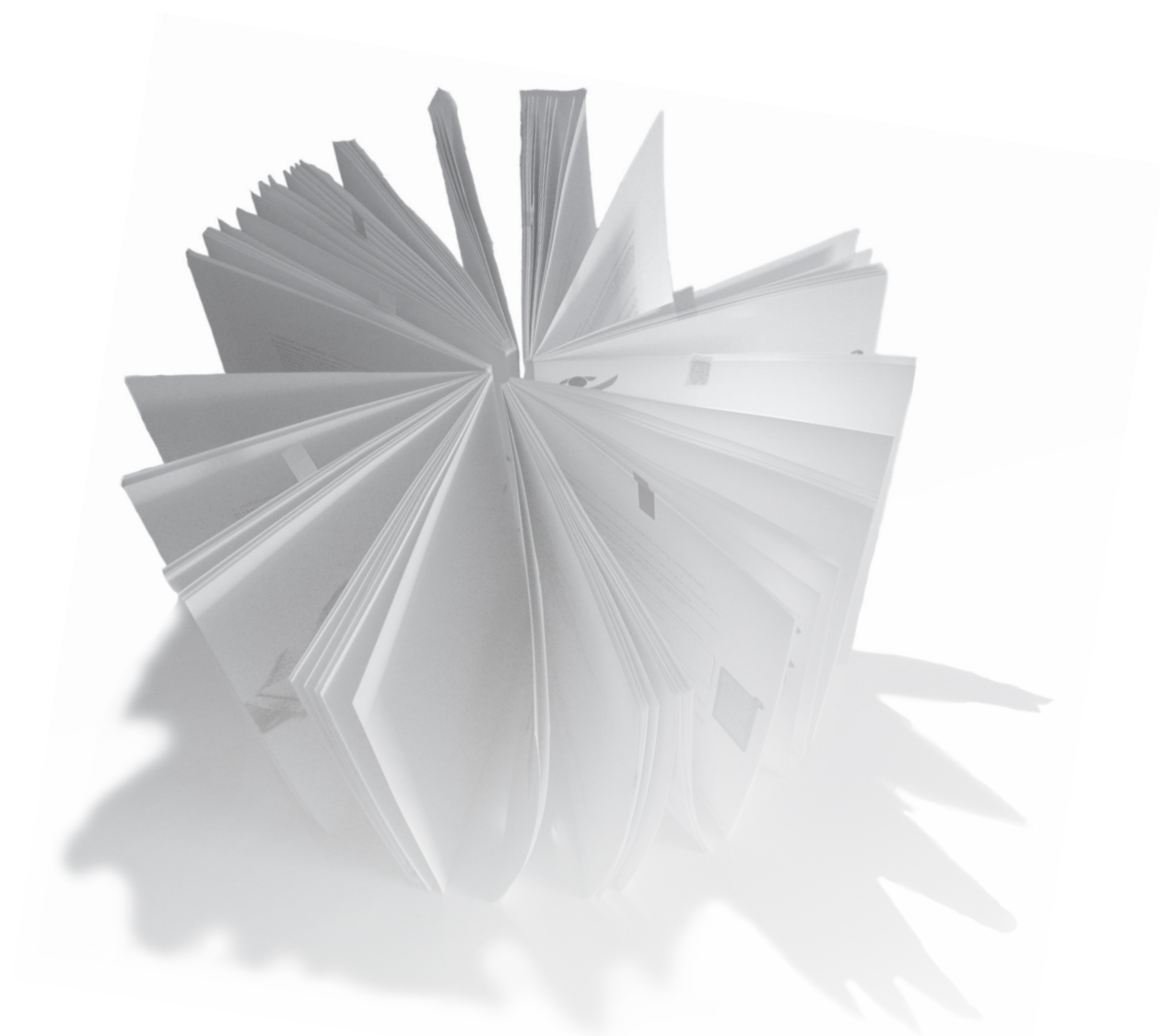
In eerste aanleg en op tegenspraak;

Verklaart de vordering van “eiseres” ontvankelijk doch ongegrond ;

...

4^e Partie

Questions et réponses parlementaires



I. Dossier médical informatisé (DMI)

Cessation d'activité du prestataire de soins - Transmission des données - Choix des patients - Consentement éclairé - Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins - Gestion des dossiers médicaux - Conservation adéquate - Continuité des soins

Question n° 1670 posée le 2 juin 2017 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la santé publique, par Madame la Représentante CAPRASSE¹

La généralisation du dossier médical informatisé (DMI) devrait fortement faciliter la transmission des données en cas de cessation d'activité du prestataire de soins. Si le médecin prépare l'arrêt de ses activités, par exemple à l'approche de sa retraite, s'il a un successeur et en informe ses patients, il ne devrait pas y avoir de problème.

Toutefois, il me revient que les règles à suivre ne seraient pas clairement connues, notamment en vue de respecter le libre choix des patients.

1. Si les patients n'ont pas - ou pas encore - donné leur consentement éclairé pour le partage de leur dossier médical, doivent-ils le faire pour que le successeur puisse avoir accès à leur dossier ? Ou bien le transfert de patientèle se fait-il de manière globale et automatique, comme cela se ferait pour une reprise de dossiers en papier ?
2. Si le patient choisit un autre médecin, doit-il donner son consentement éclairé pour le partage du dossier, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un partage, mais bien d'un transfert ?
3. Si le médecin ne prépare pas sa cessation d'activité, par exemple s'il décède de manière inopinée, qui aurait accès aux dossiers informatisés, dans quelles conditions et selon quelles procédures ?

Réponse :

La portée du consentement éclairé pour le partage électronique de données de santé entre prestataires de soins dans le cadre des soins au patient ne s'étend pas à l'organisation de la transmission du dossier de patient dans le cadre de la cessation des activités d'un prestataire de soins. Le consentement éclairé est limité au partage de données de santé au sujet desquelles des liens sont effectivement repris dans le répertoire des liens de la plateforme eHealth.

Le titre II (Le médecin au service du patient) du Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins régit la gestion des dossiers médicaux en cas d'arrêt de la pratique.

1. Bulletin n° 151, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 238.

Le Code de déontologie médicale prescrit qu'en cas de cession d'un cabinet médical, le contrat de cession doit stipuler que le médecin cessionnaire devient le dépositaire des dossiers médicaux et qu'il s'engage à remettre à tout autre praticien désigné par le patient les informations du dossier utiles à la continuité des soins. Si, en cas de cessation des activités, la pratique médicale ne fait pas l'objet d'une cession, le médecin doit veiller à ce que tous les dossiers médicaux soient transmis pour conservation à un médecin en exercice. Lorsque cela n'est pas possible dans le chef du médecin, il est indiqué que ses proches parents se chargent du transfert. Si aucune solution n'est trouvée, tout intéressé peut en aviser le conseil provincial du médecin.

Article 47 : Lorsque sa pratique cesse, le médecin transmet au médecin désigné par le patient tous les renseignements utiles et nécessaires pour garantir la continuité des soins.

Si le conseil provincial concerné est informé du fait que ce médecin n'est plus en mesure de satisfaire à cette obligation, il prend les dispositions nécessaires pour :

- la conservation adéquate des dossiers médicaux afin de permettre d'assurer la continuité des soins
- la préservation du secret professionnel.

Article 39 : Le médecin qui a établi et complété à lui seul le dossier médical est responsable de sa conservation. Il décide de la transmission de tout ou partie de ses éléments, en tenant compte du respect du secret médical.

Article 41 : Le médecin est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer, dans un délai rapide, à un autre praticien traitant, toutes les informations utiles et nécessaires pour compléter le diagnostic ou pour poursuivre le traitement.

En outre, dans son avis au 22 avril 1995, le Conseil national de l'Ordre des médecins recommande aux médecins, afin de parer à toute indisponibilité du propriétaire de la clé secrète, de confier une copie sur disquette de la clé secrète et du mot de passe au conseil provincial.

Le transfert proprement dit peut s'effectuer de deux manières : soit le patient demande à son prestataire de soins initial de transmettre son dossier au nouveau prestataire de soins, soit le patient demande lui-même une copie de son dossier.

II. Personne sans mutuelle

Personnes concernées - Couverture santé - Droit aux prestations - Qualité de bénéficiaire - Conditions - Groupe de travail assurabilité de l'INAMI - Mesures - Information

Question n° 1906 posée le 6 octobre 2017 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant FRIART¹

93.326 Belges n'étaient pas couverts pour leurs prestations de santé en 2016. C'est une augmentation de 10,8 % en cinq ans. Dans beaucoup de cas, il semblerait que les personnes soient toujours affiliées à une mutuelle mais aient perdu leur qualité de bénéficiaire car elles ne remplissaient plus les conditions pour avoir droit aux prestations.

Elles doivent concrètement payer le prix plein lorsqu'elles vont chez le médecin, à la pharmacie ou sont hospitalisées. Elles ne bénéficient plus du tiers payant ou du quelconque remboursement des soins de santé. Il en va de même pour les personnes à charge.

Si au final, le nombre de non-assurés est relativement faible, il est proportionnellement beaucoup plus élevé dans les grandes villes.

De manière générale, les salariés payent l'assurance obligatoire via les cotisations ONSS ; les indépendants, via les lois sociales. Les personnes concernées sont le plus souvent des indépendants en défaut de paiement, des SDF, les exclus du chômage ou des gens partis à l'étranger sans faire le nécessaire.

1. Que pouvez-vous dire à propos de cette situation ?
2. Comment expliquer une telle hausse de personnes non couvertes en cinq ans ?
3. Quelles sont les mesures prises pour inciter un maximum de personnes à faire le nécessaire pour leur couverture santé ?
4. Avez-vous des données quant aux conséquences engendrées par ces personnes non couvertes ?
5. Par extension à cela, savez-vous le pourcentage de personnes étant parfaitement bien informées de tout ce que contiennent leurs couvertures santé (tous les avantages dont elles bénéficient, elles et leur famille, lorsque plusieurs couvertures peuvent se superposer - personnelles et professionnelles) ? Y a-t-il un travail à faire à ce niveau-là afin d'améliorer l'information ?

Réponse :

La situation est suivie de près par les administrations concernées.

1. Bulletin n° 160, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 170.

1. La couverture de l'assurance obligatoire vise à atteindre tous les Belges. Historiquement, au moment de la création de l'assurance obligatoire soins de santé, le lien entre ce droit et l'activité professionnelle exercée était essentiel : en 1944, la sécurité sociale a été créée en faveur des travailleurs salariés. Par la suite, un droit aux soins de santé a été octroyé aux travailleurs indépendants, droit qui a été progressivement étendu à d'autres catégories de travailleurs (fonctionnaires, domestiques, etc.). Au fil des années, le lien avec l'activité professionnelle est devenu moins strict avec pour objectif l'octroi de ce droit à l'ensemble de la population : aux personnes handicapées, aux étudiants et, finalement, aux personnes non encore protégées.

Pour ouvrir et maintenir un droit à la couverture soins de santé de l'assurance obligatoire, trois conditions doivent être remplies :

- être inscrit auprès d'un organisme assureur
- posséder une des qualités de titulaires mentionnées dans la réglementation : personnes assujetties à la sécurité sociale (travailleurs salariés, indépendants, reconnus incapables de travailler, en chômage contrôlé, etc.), pensionnés, personnes handicapées, étudiants de l'enseignement supérieur, personnes inscrites au Registre national des personnes physiques, veufs, membres des communautés religieuses, personnes à charge
- être en ordre de cotisation pour l'année de référence, à savoir la deuxième année précédant l'année du droit.

L'inscription ou l'affiliation auprès d'un organisme assureur est maintenue pour un délai allant au plus tard jusqu'à la fin de la deuxième année écoulée après la dernière année où le titulaire avait encore droit à des prestations de santé. Pendant la durée de validité de l'inscription ou de l'affiliation, l'acquisition d'une autre qualité de titulaire n'entraîne pas de nouvelle inscription ou affiliation.

Au cas où le titulaire introduit une demande d'inscription après que soit expirée la validité de la précédente inscription en application de l'alinéa précédent, cette nouvelle inscription, si elle est acceptée, sera considérée comme une réinscription ou une réaffiliation. La réinscription ou la réaffiliation ne peut avoir d'effet au plus tôt que le jour après l'expiration de la validité de la précédente inscription. Les mêmes règles que celles qui sont en vigueur pour l'inscription ou l'affiliation sont par ailleurs d'application pour la réinscription ou la réaffiliation.

L'accessibilité de l'assurance obligatoire soins de santé, en particulier pour les groupes socio-économiquement faibles, constitue une préoccupation importante tant pour les organismes assureurs que pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Le Service du contrôle administratif de l'INAMI a, à plusieurs reprises, pris la problématique des personnes non assurées comme sujet de contrôle auprès des organismes assureurs et assure un suivi précis et chiffré de celui-ci. Ces contrôles ont entre autres montré que les personnes non assurées étaient principalement des hommes faisant partie de la population active et se trouvant dans la tranche d'âge des 30 à 49 ans.

Ces contrôles ont également mis en évidence différentes raisons pour lesquelles les personnes se retrouvent sans droit aux soins de santé :

- leurs cotisations pour l'année de référence s'avèrent insuffisantes et ces personnes ne paient pas le complément nécessaire
- elles se trouvent dans une situation de réinscription avec application d'un stage d'attente de six mois, stage qui est imposé lorsque l'inscription précédente est échue en raison du non-respect de l'obligation de cotisation

- elles ont droit à une prise en charge des soins de santé sur base d'une autre réglementation (par ex. en cas de départ à l'étranger)
 - elles ne communiquent à leur organisme assureur aucun document :
 - pour l'obtention d'une dispense de cotisations personnelles
 - pour finaliser leur inscription.
2. Cette problématique est également suivie au sein d'organes de l'INAMI, dont le Groupe de travail assurabilité. Des données partielles récentes montrent que la majorité des personnes non couvertes ne résident plus en Belgique. Au 31 décembre 2015, les personnes non couvertes bénéficiant d'une adresse en Belgique représentaient 31,9 % de toutes les personnes non couvertes. Le même constat a été fait lors de contrôles auprès des organismes assureurs.
3. Différentes mesures existent qui permettent d'éviter que des personnes n'aient pas de droit aux soins de santé.

Ainsi, les travailleurs indépendants ont en principe un droit aux soins de santé s'ils sont en ordre de cotisations au statut social des indépendants. Diverses raisons peuvent expliquer le défaut de paiement de cotisation des indépendants, mais des solutions existent dans le cadre même du statut social pour les indépendants en difficulté :

- une dispense de cotisation peut être demandée à la Commission des dispenses de cotisations. Cette Commission peut accorder aux indépendants qui se trouvent "dans le besoin" ou "dans une situation voisine de l'état de besoin", une dispense totale ou partielle du paiement obligatoire des cotisations de sécurité sociale
- un "droit passerelle" est prévu pour les indépendants qui doivent cesser leurs activités suite à une faillite, des difficultés financières, un événement (incendie, allergie, etc.) ou un règlement collectif de dettes. Ce droit passerelle assure la sauvegarde des droits en matière d'assurance maladie-invalidité (sans paiement de cotisations) pendant maximum quatre trimestres
- certains indépendants (notamment ceux en difficulté suite aux attentats ou à la crise fipronil) peuvent demander un report de paiement.

Dans tous ces cas, le droit aux soins de santé reste maintenu.

L'assurance obligatoire soins de santé offre même une solution supplémentaire pour les indépendants qui ne bénéficieraient pas de ces mécanismes, en leur permettant de recourir à la qualité de résident pour laquelle des cotisations personnelles seront ou non dues, en fonction des revenus du ménage.

Les organismes assureurs ont un rôle proactif dans ce domaine afin d'éviter qu'un indépendant en difficulté ne se retrouve sans couverture santé.

En ce qui concerne les sans-abri, des consultations sont actuellement menées entre l'INAMI, la Banque carrefour de la Sécurité sociale, les associations actives auprès des sans-abris, les CPAS et les organismes assureurs afin de trouver des solutions concrètes et pratiques aux problèmes qui peuvent entraîner un défaut d'assurabilité, comme le fait de ne pas disposer d'une carte d'identité ou d'être radié du Registre national des personnes physiques. Plusieurs pistes sont actuellement à l'étude.

L'assurance obligatoire soins de santé a également mis en place des mécanismes permettant aux personnes exclues du chômage de maintenir leur droit aux soins de santé, soit en continuant à les considérer comme titulaires "chômeurs contrôlés", soit en leur permettant de bénéficier de l'assurance continuée, qui est toutefois limitée dans le temps. Cette réglementation doit régulièrement être mise à jour afin de suivre l'évolution de la réglementation chômage.

4. L'absence de couverture soins de santé ne se fait sentir que lorsque le recours aux soins est nécessaire. C'est à cette occasion qu'une partie des personnes concernées va entreprendre les démarches nécessaires pour bénéficier des remboursements et elles en bénéficieront dans la plupart des cas immédiatement, le stage restant l'exception.
5. L'information des assurés sociaux quant à leurs droits aux soins de santé constitue une préoccupation constante des dispensateurs de soins, des organismes assureurs et de l'INAMI. L'enquête de santé menée par l'Institut scientifique de santé publique, mais aussi l'enquête réalisée pour le compte de l'INAMI à l'occasion de son cinquantième anniversaire permettent de mesurer le degré de satisfaction de la population quant au système de soins de santé et, par cette manière, de vérifier que celui-ci est connu. Les résultats de telles enquêtes servent à éclairer les décisions à prendre pour améliorer ce système.

III. Maximum à facturer

Nombre de bénéficiaires ventilé par type de maximum à facturer pour l'année MAF 2015 - Aperçu du nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2016 - Remboursements de l'exercice 2017 - Traitement d'une année MAF - Organismes assureurs - Feed-back au Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité - Impossibilité de communiquer des chiffres concernant les bénéficiaires du MAF en psychiatrie

Question n° 2080 posée le 22 janvier 2018 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la santé publique, par Madame la Représentante MUYLLE¹

L'assurance maladie obligatoire ne couvre pas l'ensemble des coûts. C'est la raison pour laquelle une protection supplémentaire est prévue contre les frais médicaux très élevés : le "maximum à facturer" (MAF). Pour calculer ce dernier, la mutualité tient compte du revenu. Sur cette base, il est décidé à quelle hauteur le ticket modérateur est remboursé.

1. Pouvez-vous indiquer combien de patients ont eu recours au MAF en 2014, 2015, 2016 et 2017 ? Les chiffres relatifs à 2015 devraient être exhaustifs, étant donné que le délai de prescription est fixé à deux ans. Des attestations peuvent encore être introduites pour 2016 et 2017, mais nous souhaitons également obtenir les chiffres provisoires relatifs à ces années-là. Pouvez-vous ventiler ces chiffres par année civile et par type de MAF ?
2. Pouvez-vous indiquer combien de cas dignes d'intérêt ont été demandés pour 2015, 2016 et 2017 ?
3. Pouvez-vous, en outre, indiquer combien de patients placés dans un hôpital psychiatrique ont eu recours au MAF en 2014, 2015, 2016 et 2017 ? Pouvez-vous assortir ces chiffres des données suivantes :
 - a) le nombre de patients placés dans un hôpital psychiatrique pendant plus d'un an ;
 - b) la durée moyenne du séjour des patients dans un hôpital psychiatrique pendant plus d'un an, en nombre d'années ;
 - c) l'intervention de l'assurance maladie pour ces patients (plus d'un an d'hospitalisation) après la première année d'hospitalisation ;
 - d) l'intervention personnelle de ces patients (plus d'un an d'hospitalisation) après la première année ?

1. Bulletin n° 149, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 353.

Réponse :

1. L'honorable Membre trouvera ci-dessous, le nombre de bénéficiaires ventilé par type de maximum à facturer (MAF) pour l'année MAF 2015. Dans ce tableau, les chiffres sont présentés à la date du 1^{er} janvier 2018. Le traitement de l'année MAF a été clôturé à cette date et ces chiffres donnent de ce fait un aperçu complet du nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2015.

Type de MAF	Bénéficiaires MAF pour l'année MAF 2014	Bénéficiaires MAF pour l'année MAF 2015
MAF/social	350.311	357.255
MAF/revenus (450 EUR)	186.280	165.081
MAF/revenus (650 EUR)	340.439	324.379
MAF/revenus (1.000 EUR)	172.393	183.678
MAF/revenus (1.400 EUR)	59.738	63.205
MAF/revenus (1.800 EUR)	93.162	102.707
Allocations familiales majorées	171	113
Enfant âgé de moins de 19 ans	11.470	12.116
Total	1.213.964	1.208.534

Le tableau suivant présente un aperçu du nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2016 au 1^{er} janvier 2017 et au 1^{er} janvier 2018. Au total, en 2016, 543.004 bénéficiaires et un supplément de 630.239 assurés sociaux ont reçu un remboursement sur le MAF pour l'année MAF 2016.

Pour l'année MAF 2017, seuls les remboursements de l'exercice 2017 sont connus (chiffres à la date du 01.01.2018).

Bénéficiaires MAF pour l'année MAF 2016			Bénéficiaires MAF pour l'année MAF 2017 (au 01.01.2018)
Type de MAF	Chiffres au 01.01.2017	Chiffres au 01.01.2018	
MAF/social	197.871	362.840	188.952
MAF/revenus (450 EUR)	49.168	144.356	62.324
MAF/revenus (650 EUR)	149.899	300.676	159.914
MAF/revenus (1.000 EUR)	82.520	185.758	85.241
MAF/revenus (1.400 EUR)	22.967	62.574	23.487
MAF/revenus (1.800 EUR)	34.955	104.541	31.400
Allocations familiales majorées	31	57	35
Enfant âgé de moins de 19 ans	5.593	12.441	5.520
Total	543.004	1.173.243	556.873

Les années MAF 2016 et 2017 suivent toutes deux l'évolution classique d'une année MAF. À la fin de l'année MAF, le droit au MAF est, en règle générale, accordé à un nombre de bénéficiaires se situant entre 550.000 et 600.000. À la clôture de l'année civile suivante, un nombre quasi équivalent de bénéficiaires s'ajoute pour une année MAF. Cette deuxième année affiche alors généralement un nombre de 1.000.000 à 1.200.000 bénéficiaires. Au cours de la troisième année civile du traitement, seuls quelques 10.000 à 15.000 bénéficiaires supplémentaires viennent en général s'y ajouter.

2. Lors du traitement d'une année MAF, les organismes assureurs doivent envoyer à deux reprises un feed-back au Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce feed-back contient les informations suivantes :

- les ménages pour lesquels les revenus de certains membres n'étaient pas connus par le SPF Finances mais qui ont bénéficié du MAF après examen
- l'octroi de la réduction du plafond du ticket modérateur qui s'applique lors de l'octroi du MAF revenus sur la base du caractère digne d'intérêt.

Ce feed-back est envoyé lors de la clôture des deuxième et troisième années du traitement. Les organismes assureurs peuvent envoyer leur feed-back jusqu'au 31 janvier inclus de l'année concernée.

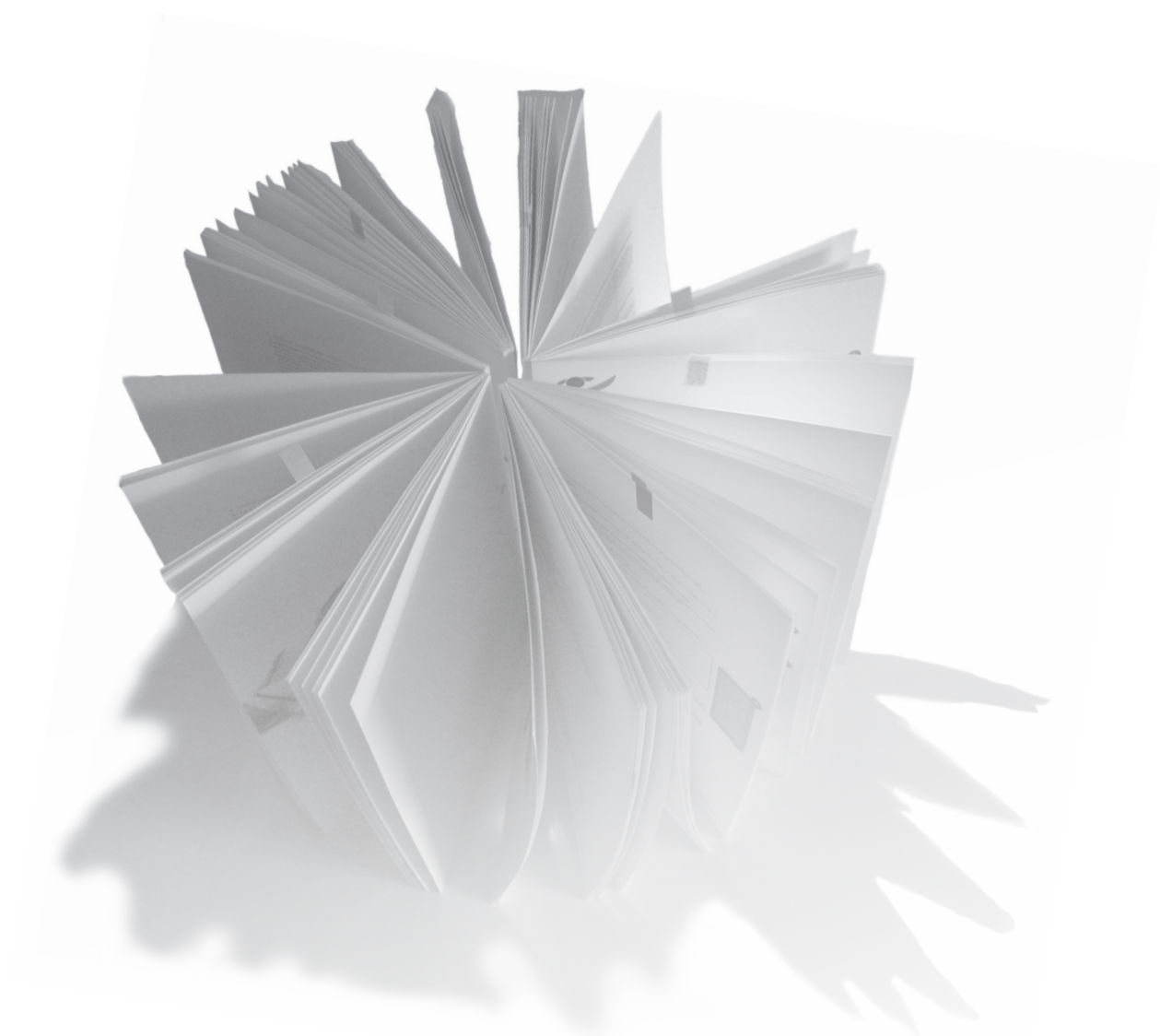
Le Service dispose au 1^{er} février 2018 du feed-back complet des données de l'année MAF 2015 et disposera au 1^{er} février 2019 du feed-back complet des données de l'année MAF 2016 et au 1^{er} février 2020 du feed-back complet des données de l'année MAF 2017.

	Année MAF 2015	Année MAF 2016	Année MAF 2017
Nombre de cas dignes d'intérêt/ ayant bénéficié du MAF	37	23	?
	(les dernières données de feed-back / manquaient au 26.01 pour 2 O.A.)	(il s'agit des données de 5 des 7 O.A. et l'aperçu ne sera complet /qu'au 01.02.2019 lorsque le 2 ^e feedback aura été transmis)	Premiers chiffres disponibles le 01.02.2019 /et chiffres complets le 01.02.2020

3. Le Service ne dispose pas de données détaillées sur les prestations dans les compteurs MAF des bénéficiaires. Il est impossible de communiquer des chiffres concernant le séjour et le coût des soins de santé des bénéficiaires du MAF en psychiatrie.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



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

En vigueur à partir du 15 octobre 2017

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

L'article 9/2 prévoit toutefois que cette interdiction n'est pas d'application dans une série de situations d'exception énumérées dans cet alinéa.

A) Situations d'exception

1. Première situation - Prestations visées par l'interdiction, dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations (art. 9/2, 1^o)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Troisième situation - Prestations visées par l'interdiction, dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux personnes handicapées (art. 9/2, 3°)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C'est donc ce dispensateur de soins qui prend la décision d'utiliser la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant.

4. Quatrième situation - Prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires en cas de décès ou qui se trouvent dans un état comateux (art. 9/2, 4°)

L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que le médecin ou le dentiste mentionne sur l'attestation de soins donnés la référence à la situation d'exception de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 appliquée en l'espèce.

La mention suivante suffit : "Décès ou coma".

5. Cinquième situation - Prestations visées par l'intervention, dispensées à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse (art. 9/2, 5°)

5.1. Il s'agit des situations dans lesquelles l'assuré ne peut pas payer directement et où un paiement différé n'est pas possible ou pas indiqué pour des motifs sociaux.



Exemples :

- consultations à des toxicomanes qui se font soigner en dehors d'un centre, si le médecin estime qu'on court le risque que l'intervention de l'assurance payée à l'intéressé sera consacrée à l'achat de stupéfiants
- consultations à des bénéficiaires qui, pour des motifs valables, souhaitent que la facture ne soit pas présentée pour paiement au titulaire qui ouvre le droit
- consultations à des personnes qui ne disposent pas de moyens propres suffisants, bien qu'elles ne se trouvent pas dans une des situations visées à l'article 9/2, 6° à 8°.

Cette disposition ne peut avoir pour effet que le régime du tiers payant soit appliqué dans le chef de patients qui, lors de la dispensation de soins, se trouvent occasionnellement dans l'impossibilité de payer comptant, mais qui disposent de moyens suffisants pour s'acquitter de leur dette par le truchement d'autres modalités de paiement. Ainsi, le fait qu'une consultation soit effectuée dans le cadre d'un service d'urgences au profit d'un bénéficiaire momentanément dépourvu d'argent ne constitue pas à lui seul une circonstance justifiant l'application du tiers payant.

5.2. Cette situation d'exception ne peut plus être appliquée en ce qui concerne les prestations de l'article 5, § 2, de la nomenclature des prestations de santé octroyées à partir du 1^{er} octobre 2015.

5.3. En ce qui concerne les autres prestations que celles visées au point 5.2., l'organisme assureur acceptera l'application du tiers payant dans les cas visés au point 5.1., sur la base :

- soit d'une déclaration sur l'honneur, signée par le patient, faisant état de ce qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant ; une déclaration ainsi rédigée suffit : "Je déclare sur l'honneur me trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé permet l'application du régime du tiers payant"
- soit d'une attestation du dispensateur de soins faisant état de ce que le patient lui a déclaré se trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé permet l'application du régime du tiers payant ; lorsqu'un envoi d'attestations de soins concerne plusieurs patients se trouvant dans cette situation, une attestation globale certifiant cette situation pour tous les patients concernés peut être établie.

Le médecin qui facture la prestation de manière électronique conserve la déclaration sur l'honneur du patient ou sa propre attestation comme mentionné ci-dessus dans le dossier du patient.

5.4. Les situations visées au point 5.1. sont des situations qui se produisent occasionnellement. Il relève de la compétence des services de contrôle à l'INAMI d'empêcher l'application systématique du régime du tiers payant par certains dispensateurs de soins, en invoquant systématiquement et injustement les dispositions de l'article 9/2, 5°.

6. Sixième situation - Prestations visées par l'interdiction et dispensées aux bénéficiaires de l'intervention majorée au sens de l'article 37, § 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 9/2, 6°)

Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, le tiers payant peut être accordé pour la période durant laquelle ils bénéficient de ce droit à l'intervention majorée.

Pour connaître avec certitude le statut d'un bénéficiaire de l'intervention majorée, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

7. Septième situation - Prestations visées par l'interdiction et dispensées aux bénéficiaires dont le ménage dispose de revenus annuels bruts imposables qui ne dépassent pas le montant visé à l'article 14, § 1^{er}, 3° de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, et sur cette base, sont dispensés de l'obligation de cotisation en vertu de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (art. 9/2, 7°)

Le régime du tiers payant peut s'appliquer pour une année déterminée, lorsque pour l'année précédente, l'assuré remplissait les conditions pour être dispensé de l'obligation de cotisation en application de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sur la base du fait que les revenus annuels bruts imposables de son ménage ne dépassent pas le montant annuel du revenu d'intégration.

Pour connaître avec certitude le statut du bénéficiaire, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

8. Huitième situation - Prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires qui, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont des chômeurs contrôlés, ayant depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation en matière de chômage et ayant, au sens de cette dernière réglementation, la qualité de travailleur avec charge de famille ou d'isolé, ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge (art. 9/2, 8°)

La preuve de cette qualité est fournie par un flux d'information électronique entre les caisses de paiement des allocations de chômage et les organismes assureurs, par le truchement de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et le Collège intermutualiste national.

Le régime du tiers payant est accordé dans une première phase jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle la preuve de la qualité est apportée. Ensuite, le régime du tiers payant est chaque fois prolongé d'un an, à condition qu'il ait été démontré que la qualité requise existait encore l'année précédente.

Pour connaître avec certitude le statut du bénéficiaire, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

9. Neuvième situation - Prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées, conformément à l'article 47 de la loi générale relative aux allocations familiales ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge (art. 9/2, 9^o)

La preuve que les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées sont remplies est fournie sur la base des déclarations que délivrent les organismes d'allocations familiales, l'État, les Communautés, les Régions et les institutions publiques qui versent elles-mêmes des allocations familiales à leur personnel, ou sur la base du flux électronique "Handichild".

Le régime du tiers payant est accordé dans une première phase jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle la preuve de la qualité est apportée. Ensuite, le régime du tiers payant est chaque fois prolongé d'un an, à condition qu'il ait été démontré que la qualité requise existait encore l'année précédente.

Pour connaître avec certitude le statut du bénéficiaire, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

10. Dixième situation - Prestations visées par l'interdiction dispensées à des bénéficiaires du statut affection chronique au sens de l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 9/2, 10^o)

Le statut affection chronique est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Ce statut est octroyé sur base d'un des trois critères suivants visés dans l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- totaliser des dépenses de santé d'au minimum 300 EUR (indexés) par trimestre civil, durant 8 trimestres consécutifs, les 8 trimestres constituant deux années civiles consécutives
- bénéficier du "forfait de soins malade chronique", tel que prévu à l'article 37, § 16*bis*, 2^o, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et à l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- être atteint d'une maladie rare ou orpheline attestée par un médecin spécialiste et remplir le critère financier mentionné au premier tiret.

Le dispensateur de soins peut appliquer le régime du tiers payant pour les bénéficiaires du statut affection chronique.

Le dispensateur dispose de cette possibilité depuis le 1^{er} mai 2014.

Pour connaître avec certitude le statut de bénéficiaire du statut de personne atteinte d'une affection chronique, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité/tarifs de MyCarenet.

11. Onzième situation - Prestations visées par l'interdiction dispensées à des patients palliatifs au sens de l'article 7octies, § 2, 1° à 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 pour certaines prestations (art. 9/2, 11°)

Il s'agit des patients qui répondent aux conditions de l'article 7octies, § 2, 1° à 5° de cet arrêté royal et qui par conséquent ne sont redevables d'aucune intervention personnelle pour les visites ni les suppléments qui y sont liés visés à l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé.

11.1. Pour les prestations de l'article 5, § 2, de la nomenclature des prestations de santé, il s'agit de patients qui bénéficient de la suppression de l'intervention personnelle précitée.

Pour connaître avec certitude le statut de patient palliatif, le praticien de l'art dentaire peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité de MyCarenet.

11.2. Pour les autres prestations que celles visées au point 11.1., les mêmes modalités s'appliquent. De plus, l'organisme assureur est également tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant pour un patient qui ne bénéficie pas de la suppression de l'intervention personnelle précitée visée au point 11.1., sur la base d'une déclaration du médecin selon laquelle le patient répond aux conditions de l'article 7octies, § 2, 1° à 5°, de l'arrêté royal susvisé. Si le médecin fait usage de la facturation électronique, il conserve la déclaration susmentionnée dans le dossier du patient.

B) Facturation électronique

Le dispensateur de soins qui facture de manière électronique mentionne la situation d'exception concernée par la mention de la valeur correspondante dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50.



Remarque :

Les situations d'exceptions mentionnées dans cette circulaire sont chaque fois des situations pour lesquelles le régime du tiers payant peut être appliqué par le dispensateur de soins ; il n'est cependant pas obligatoire pour le dispensateur de soins.

Cependant, si le dispensateur de soins fait usage de la possibilité prévue conformément à ce qui est mentionné dans cette circulaire, l'organisme assureur ne peut pas refuser l'application du régime du tiers payant.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2016/287¹



Circulaire O.A. n° 2017/305 - 393/52 et 51/1 du 23 octobre 2017.

1. Publiée au B.I. n° 2016/2 - 3.

II. Application des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 - Critères de composition des dossiers de proratisation de l'indemnité d'invalidité due aux personnes assujetties à la sécurité sociale belge au début de leur incapacité de travail et qui ont précédemment été assujetties à la sécurité sociale d'un autre État membre de l'Espace Économique Européen ou de la Suisse

En vigueur à partir du 1^{er} novembre 2017

I. Introduction : contexte - Fondement de la réforme

La présente circulaire entend réformer le processus de proratisation de l'indemnité d'invalidité appliqué depuis plusieurs années par les organismes assureurs et l'INAMI et dont l'efficacité est remise en question.

En effet, il ressort de la concertation menée entre le Service des indemnités et les organismes assureurs que le processus appliqué pour la proratisation des indemnités d'invalidité entre les États membres de l'Union européenne concernés par la carrière des invalides reconnus en application de la législation belge recèle plusieurs problèmes juridiques et pratiques qui affectent son efficacité.

Le processus en question se base en effet sur la composition systématique d'un dossier de proratisation chaque fois qu'une carrière étrangère est détectée, et sans qu'une étude préalable quant à l'opportunité et la nécessité de mettre en route le processus de proratisation soit effectué. En effet, le but de la proratisation est de répartir l'indemnité d'invalidité entre tous les États concernés par la carrière de l'invalidé et qui peuvent, au même titre que la Belgique, reconnaître son invalidité. Dans cette optique, il est donc dans l'intérêt de l'assurance indemnités belge d'analyser préalablement chaque dossier eu égard aux conditions de reconnaissance appliquées par les États en lice et ce pour éviter dans la mesure du possible de composer des dossiers qui n'ont aucune chance d'aboutir.

Pour l'heure, les statistiques des dossiers traités par l'INAMI démontrent notamment que entre 30 % et 40 % des dossiers introduits à l'étranger sont rejetés par les autres États membres pour des motifs qui, dans certains cas, auraient pu être détectés au moment de la composition du dossier. Dans le même ordre d'idée, l'expérience de la proratisation démontre que lorsque les carrières étrangères sont très courtes, l'instruction des dossiers aboutit parfois à des décisions d'octroi d'indemnités d'un montant dérisoire par rapport au coût de leur traitement qui reste à charge de l'assurance indemnités belge.

Outre les problèmes découlant de l'introduction des demandes sans examen préalable, le principe du lancement systématique du processus de proratisation suite à la détection d'une carrière étrangère n'est plus en phase avec le contexte belge de l'invalidité, d'une part et l'évolution de la libre circulation des travailleurs dans l'Union européenne, d'autre part :

- l'enracinement du principe de la libre circulation dans l'Union européenne implique aujourd'hui une multiplication de courtes périodes de travail dans différents États membres, sans que celles-ci soient nécessairement synonymes de couverture de sécurité sociale par les États concernés. Or, le processus actuel de proratisation se fonde exclusivement sur les déclarations des assurés sociaux qui ne peuvent à elles seules apporter la preuve suffisante de l'assujettissement à la sécurité sociale des États concernés
- suite à l'élargissement de l'Union européenne depuis 2005 et à la généralisation par le règlement (CE) n° 883/2004 du principe de proratisation à tous les États membres en 2010, le processus de proratisation actuel a inéluctablement induit une très forte augmentation du nombre des dossiers tant au niveau des organismes assureurs qu'à celui du Département Affaires internationales du Service des indemnités qui assure la centralisation et l'instruction de tous les dossiers belges. À partir de l'année 2010, ce département a en effet enregistré un accroissement de dossiers de plus de 400 % sans que l'effectif de son personnel soit adapté corrélativement (à ce jour, compte tenu du contexte budgétaire difficile, cette dernière piste est plus que jamais peu probable d'autant plus que le processus de proratisation n'a lui-même pas été modernisé depuis plusieurs décennies)
- depuis au moins une dizaine d'années, on observe une augmentation sans cesse croissante du nombre d'assurés sociaux belges reconnus invalides en vertu de la législation belge. Entre 2006 et 2015, cette augmentation est estimée à 60 %. Combinée avec le processus actuel de proratisation de l'indemnité basé notamment sur l'instruction systématique de tous les dossiers comportant une carrière étrangère, cette situation implique donc naturellement l'augmentation du nombre de dossiers devant être instruits par l'INAMI en tant qu'organisme de liaison
- aux difficultés relevées ci-dessus, il est important d'ajouter la durée très variable de traitement des demandes par les autres États membres de l'Union européenne. En effet, en matière de sécurité sociale européenne, les règlements en vigueur ont exclusivement pour finalité la coordination des systèmes de sécurité sociale des États membres, ce qui implique que chaque État reste autonome quant à la conception et l'organisation de son système de sécurité sociale. Ceci implique notamment qu'en ce qui concerne les conditions, les modalités et les processus de traitement des demandes de proratisation, la Belgique reste tributaire des délais appliqués par les États concernés par la carrière des invalides, ce qui se complique notamment quand plusieurs États sont concernés.

Il découle de ce qui précède que depuis plusieurs années, l'accroissement du nombre de dossiers à traiter est devenu un problème structurel auquel tant l'INAMI que les organismes assureurs doivent faire face : l'arriéré des dossiers ne cesse de croître, tandis que les délais de traitement des dossiers dépassent les limites de l'acceptable en ce qui concerne le principe du délai raisonnable. Cette situation n'est pas sans porter préjudice aux intérêts des assurés sociaux et de l'assurance indemnités belge.

Par ailleurs, l'accroissement et l'ampleur de l'arriéré deviennent plus que jamais des points d'attention, dans la mesure où, à partir de l'année 2019, dans le cadre de son projet EESSI, la Commission européenne vient d'annoncer l'implémentation obligatoire par tous les États membres du principe de l'échange électronique des données de sécurité sociale. À partir du mois de juillet 2019, toutes les nouvelles demandes introduites à l'étranger devront exclusivement se faire sous format électronique, ce qui pose d'ores et déjà problème vu que, dans les conditions actuelles (à savoir l'étendue de l'arriéré et le nombre de nouvelles demandes introduites par les O.A.), il est estimé que l'introduction de tous les dossiers en attente auprès du Département affaires internationales ne peut être réalisée qu'au plus tôt en 2025.

Eu égard à ce qui précède, une réforme profonde du processus de proratisation de l'indemnité est plus que jamais nécessaire. Pour mieux sauvegarder les intérêts potentiels de l'assurance indemnités belge, d'une part et pour garantir le droit de chaque assuré de bénéficier des indemnités dues par les États concernés par sa carrière, d'autre part, il est important de refonder, de redéfinir et de rationaliser le processus actuel.

Pour pouvoir maîtriser et résorber l'arriéré actuel et garantir ainsi un traitement correct et efficace des dossiers, il devient impératif d'abandonner le principe de l'instruction systématique de tous les dossiers belges dans lesquels une carrière étrangère est détectée, et d'insérer dans le processus de proratisation une étape supplémentaire se focalisant sur l'examen préalable de l'existence ou de la hauteur du droit étranger, ce qui doit permettre de déterminer l'urgence et la pertinence de composer un dossier international et de prévenir ainsi le risque de rejets des demandes introduites à l'étranger.

En effet, l'analyse de la majorité des situations déjà rencontrées a démontré que l'application de certains critères objectifs telle la durée de la carrière étrangère peut, au moment de la composition du dossier, permettre d'ores et déjà de tirer certaines conclusions utiles aussi bien quant à la potentialité d'octroi de l'indemnité étrangère qu'à la hauteur de celle-ci, informations indispensables pour pouvoir déterminer la suite à réserver aux dossiers.

Parallèlement à la poursuite de l'efficience du processus, l'accent sera néanmoins mis sur la sauvegarde des intérêts des assurés sociaux qui, en vertu du règlement (CE) n° 883/2004, disposent d'un droit d'introduire leurs demandes de reconnaissance d'invalidité auprès de tous les États concernés par leurs carrières professionnelles. Cependant, pour éviter des introductions tardives et/ou qui n'ont aucune chance d'aboutir, les organismes assureurs mettront tout en œuvre pour mieux informer les assurés concernés notamment en ce qui concerne le principe relatif au non cumul des prestations de même nature et surtout le droit subrogation légale en faveur de l'assurance maladie indemnités belge en ce qui concerne les indemnités supportées par la Belgique à titre provisionnel.

II. Les nouveaux critères d'analyse et de composition des dossiers belges

§ 1. Lorsque un assuré social reconnu en qualité d'invalidé en vertu de la législation belge a précédemment travaillé dans un ou plusieurs États membres de l'Espace économique européen ou en Suisse, l'organisme assureur d'affiliation **ne constituera pas** de dossier de proratisation de l'indemnité si l'assuré se trouve dans une des situations suivantes :

- 1. La somme des carrières étrangères déclarées par l'intéressé est inférieure à quatre ans (4 ans). Ce critère ne sera pas appliqué si les Pays-Bas ou le Luxembourg sont concernés par la carrière de l'assuré et que la durée de la carrière accomplie dans l'un de ces deux États est au moins égale à deux ans.**

2. La carrière étrangère détectée ou déclarée ne concerne que les Pays-Bas et un délai de cent et quatre semaines (104 semaines) à compter de la date de reconnaissance de l'incapacité de travail par la Belgique n'est pas encore écoulé.
3. Au moment de la composition du dossier, il s'avère que l'assuré n'est plus reconnu invalide au sens de la législation belge depuis plus de deux ans.
4. Au moment de la composition ou de l'introduction d'un dossier, il s'avère que la période de reconnaissance de l'invalidité belge est inférieure à un an. Concrètement, pour les assurés dont l'invalidité est reconnue pour un an ou plus dès le passage en invalidité, un dossier de proratisation pourra directement être composé sous réserve des autres critères. Pour les assurés dont l'invalidité est reconnue pour moins d'un an lors du passage en invalidité, les organismes assureurs attendront une éventuelle prolongation portant la reconnaissance totale à au moins 1 an avant de composer le dossier.

§ 2. Les critères ci-dessus ne sont d'application que pour la composition et l'instruction des dossiers belges ouverts au nom **des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité résidant en Belgique** (au moment de la composition du dossier) et dans le cadre desquels le droit aux indemnités belges **n'a pas** été accordé en application du principe de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un des États membres de l'EEE ou en Suisse.

En d'autres termes, les critères en question ne visent donc pas les dossiers dans lesquels le droit aux indemnités d'invalidité a été refusé en application de l'article 57 du Règlement (CE) n° 883/2004, d'une part et ceux dans lesquels la proratisation de l'indemnité (prorata belge) est déjà appliquée par l'organisme assureur dès l'entrée en invalidité. Ces dossiers devront en effet toujours être composés par l'organisme assureur et transmis pour instruction au Département affaires internationales du Service des indemnités.

III. Dispositions générales

§ 3. Les nouveaux critères pour l'analyse et la composition des dossiers belges visent spécialement à rationaliser le processus actuel de proratisation de l'indemnité mais surtout à liquider l'arriéré des dossiers qui s'est constitué depuis une décennie auprès du Département Affaires internationales. À ce titre, ils doivent être considérés comme spéciaux, spécifiques et provisoires. Ils seront réévalués par tous les acteurs douze mois après l'entrée en vigueur de la présente circulaire.

§ 4. En vue de sauvegarder les intérêts de l'assurance indemnités, la détection des carrières étrangères est faite par les organismes assureurs avant la date d'entrée en invalidité en transmettant à l'assuré social le formulaire "Déclaration pour invalide".

§ 5. Lorsque, après avoir analysé la déclaration de l'assuré, l'organisme assureur arrive à la conclusion qu'un dossier de proratisation doit être constitué, il en informe l'assuré social et lui demande toutes les informations nécessaires pour constituer la demande belge de proratisation. Par la même occasion, l'organisme assureur entreprend toutes les démarches nécessaires en vue de sauvegarder les intérêts de l'assurance indemnités belge et informe l'assuré social tant en ce qui concerne ses droits que ses obligations pendant le processus de proratisation et à l'issue de celui-ci.

Lorsque, après avoir analysé la déclaration de l'assuré, l'organisme assureur arrive à la conclusion qu'un dossier de proratisation ne doit pas être constitué (en application des nouveaux critères ci-dessus), l'organisme assureur belge en informe l'assuré social en lui précisant qu'il n'est pas lié par cette décision et qu'il lui est loisible de faire connaître par écrit son éventuelle décision de poursuivre la procédure de proratisation. Dans le cas où l'assuré social décide de poursuivre la procédure, sa volonté l'emportera et le dossier sera composé et introduit auprès de tous les États concernés. Si toutefois l'assuré a déclaré une carrière étrangère de moins d'une année et qu'il demande explicitement suite à ce courrier de l'organisme assureur que son dossier soit introduit, l'organisme assureur doit préalablement vérifier si la législation de l'État concerné permet l'octroi d'une indemnité d'invalidité pour une carrière inférieure à une année (procédure de demande préalable du E205 - *Pour plus d'informations sur ce sujet, il est renvoyé au syllabus "Établissement des dossier européens de demandes de prestations d'invalidité pour le assurés belges-volet administratif" p. 7. de la session de formation 23.06.2015*)

§ 6. Dans les situations visées au § 5, l'organisme assureur informe l'assuré social aussi bien au sujet de ses droits que de ses obligations mais surtout sur l'objectif même du processus de proratisation à savoir l'application des règles anti cumul prévues tant par la réglementation nationale que par la réglementation européenne. En effet, pour l'efficacité et la pertinence du processus, il est important que l'assuré, qui est généralement indemnisé à taux plein durant toute la période d'instruction, soit préalablement informé du fait que les éventuelles indemnités dues par l'étranger viendront principalement rembourser les indemnités provisionnelles supportées par l'assurance indemnités belge. Le choix des voies et moyens pour l'exécution de ce devoir d'information est laissé aux organismes assureurs dans la mesure où la communication avec l'assuré social est et reste une prérogative des organismes assureurs.

IV. Dispositions finales et transitoires

§ 7. La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} novembre 2017. Elle s'appliquera à tous les dossiers en cours de composition auprès des organismes assureurs et qui, à la date de publication de cette circulaire, n'ont pas encore été transmis à l'INAMI et ce, indépendamment de la date de signature par l'assuré du formulaire "Déclaration pour invalide".

Il en découle que tous les dossiers transmis à l'INAMI après la date de publication de la présente circulaire doivent obligatoirement être analysés en application des nouveaux critères et que ceux-ci constitueront *de facto* un motif de rejet au niveau de l'INAMI. Les dossiers qui ne satisfont pas aux nouveaux critères et dont l'introduction n'a pas été expressément demandée par l'assuré seront renvoyés à l'organisme assureur concerné qui devra informer l'assuré conformément au point IV, §§ 5 et 6 de la présente circulaire.

§ 8. Les critères d'analyse des dossiers à introduire à l'étranger seront également appliqués aux dossiers déjà composés et introduits par les organismes assureurs auprès de l'INAMI. Exceptionnellement, les notifications de la non-introduction de ces dossiers seront assurées par le Département Affaires internationales.

§ 9. Dans tous les cas où, en dépit des nouveaux critères, un assuré social a expressément formulé sa demande d'introduction, l'organisme assureur devra en informer le Département Affaires internationales au moment de l'introduction de la demande.

§ 10. Pour permettre à tous les acteurs d'assurer un meilleur suivi du nouveau processus d'analyse et de composition des dossiers et ainsi préparer son évaluation, il est demandé aux organismes assureurs d'établir et de transmettre au département DIAF les statistiques montrant clairement : le nombre total de dossiers dans lesquels les carrières étrangères ont été détectées ou déclarées, le nombre de dossiers qui n'ont pas été introduits, le nombre de dossiers qui ont été introduits, et le nombre de dossiers qui ont été introduits à la demande expresse de l'assuré social (d'initiative ou suite à l'application des nouveaux critères).

Les statistiques en question devront être communiquées au Département Affaires internationales avant le 15 du mois suivant le trimestre concerné et sous un format laissé à l'appréciation de chaque organisme assureur.

§ 11. Cette circulaire ne modifie pas les autres instructions relatives à la composition des dossiers belges qui ont déjà été communiquées aux organismes assureurs par voie de circulaires, de notes ou de syllabi.



Circulaire O.A. n° 2017/325 - 83/477 du 24 novembre 2017.

III. Procédure de vérification par les O.A. de l'octroi de la réduction ou de l'exemption de la cotisation personnelle pour les assurés qui, comme titulaires, ont été inscrits dans la qualité de résident

La présente circulaire décrit la procédure en vue du contrôle annuel effectué par les organismes assureurs (O.A.) sur l'exactitude de la détermination de la cotisation personnelle pour les assurés qui ont été inscrits dans la qualité décrite à l'article 32, alinéa premier, 15° de la loi coordonnée, "les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques" (désignées ci-après comme "résidents") et qui bénéficient d'une exemption totale ou partielle de la cotisation personnelle que ces titulaires doivent verser en exécution de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

La circulaire s'inscrit dans le cadre des règles fixées à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et elle pose les modalités concrètes d'exécution pour cette vérification qui doit être exécutée par l'O.A.

1. La procédure

La vérification de la réduction ou de l'exemption accordée de la cotisation personnelle obligatoire due comme résident est réalisée chaque année par l'O.A. auprès duquel le titulaire a été affilié pendant le deuxième trimestre de l'année, c'est à dire entre le 1^{er} avril et le 30 juin à partir de 2019. À titre transitoire, les O.A. ont le temps d'effectuer cette vérification en 2018 entre le 1^{er} avril et le 30 novembre. Elle consiste à contrôler la cotisation demandée sur la base d'une évaluation d'abord de la situation d'assurabilité de tous les titulaires ayant la qualité de résident et ensuite de la situation de revenus d'un groupe restant pour lequel l'O.A. ne peut conclure avec certitude que l'exemption ou la réduction de cotisation actuelle était encore accordée à juste titre à ce moment-là.

La vérification comprend donc différentes phases :

- constitution de la population de résidents pour lesquels il est nécessaire de procéder à une vérification du niveau de cotisation
- phase 1 de la vérification proprement dite : vérification de la situation d'assurabilité
- phase 2 - nouvelle enquête sur les revenus (DSH + pièces justificatives).

Par la suite, chacune de ces phases est complétée plus en détail.

a. Constitution de la population de résidents pour lesquels il est nécessaire de procéder à une vérification du niveau de cotisation

Les titulaires dont le niveau de cotisation est vérifié au moyen de la procédure décrite dans la présente circulaire sont les titulaires qui ont été inscrits pendant un an de manière ininterrompue dans la qualité de résident et qui, durant cette année complète, versent la même cotisation et n'ont été soumis à aucune enquête sur les revenus pendant cette même année pour déterminer leur catégorie de cotisation.

Par un an, il faut entendre 12 mois calendrier successifs. La période d'un an est interrompue dès l'instant où le titulaire ne possède plus pendant un jour minimum la qualité de personne inscrite au Registre national. De même, on considère qu'une période est interrompue si l'intéressé n'était pas titulaire au moins un jour pendant l'année précitée alors qu'il avait peut-être droit à des soins de santé comme personne à charge. Enfin, il y a interruption de l'année lorsque le niveau de cotisation à payer par le résident a été modifié. L'assuré pour lequel le montant de la cotisation a été modifié en cours d'année a, par définition, déjà été contacté (qu'il s'agisse d'une réduction ou d'une augmentation).¹

Le début de l'année précitée est le premier jour auquel l'inscription comme résident prend effet. Si ce n'est pas la première vérification, le jour où le réexamen précédent a été lancé vaut comme premier jour de l'année (le 1^{er} avril de l'année précédente car, de cette façon, un réexamen annuel dans le courant du 2^e trimestre est une conséquence logique si on ne parle pas d'interruption entre deux réexamens).

En outre, la mutualité vérifie également quelle cotisation le titulaire a versé pendant l'année écoulée (c.-à-d. les 12 mois calendriers précédant la vérification en avril). Si cette cotisation était la plus élevée, une vérification ultérieure ne fait pas partie du champ d'application de la présente circulaire.

La présente circulaire décrit la procédure en vue de la vérification de l'octroi de la réduction ou de l'exemption de cotisation. Les titulaires qui versent la cotisation la plus élevée ne sont pas concernés par la procédure de vérification, visée dans la présente circulaire.

Pour les titulaires bénéficiant d'une exemption (partielle) qui ont été inscrits pendant un an de façon ininterrompue dans la qualité de résident et qui versent la même cotisation pendant cette année complète, la mutualité/l'O.A. démarre la vérification proprement dite.

L'interruption de l'année peut donc être due à un changement de qualité ou à un changement de catégorie de cotisation dans la qualité de résident. En outre, l'année peut également être interrompue par une enquête sur les revenus pour déterminer la catégorie de cotisation dans la qualité de résident qui avait déjà eu lieu précédemment ; même si cette enquête sur les revenus entraîne le paiement de la même catégorie de cotisation que précédemment.

b. Phase 1 de la vérification proprement dite : vérification de la situation d'assurabilité

Pendant cette phase, la situation d'assurabilité du titulaire est vérifiée.

La mutualité vérifie si le titulaire bénéficie d'un droit à l'intervention majorée (IM). Si le titulaire a droit à l'IM, la vérification prend fin. L'exemption de cotisation reste maintenue (art. 134, avant-dernier alinéa, de l'A.R. du 03.07.1996 précité). S'il ressort de la vérification que le titulaire avait seulement une réduction de cotisation mais qu'il avait quand même droit à l'IM, il convient d'adapter rétroactivement la situation de cotisation pour la période durant laquelle il avait droit à l'IM dans la qualité de résident.

1. Une enquête sur les revenus qui entraîne le paiement de la même catégorie de cotisation que précédemment est également considérée comme une interruption de la période d'un an.

La mutualité dispose d'un mois pour réaliser la phase 1, à savoir le mois d'avril. En avril, les mutualités doivent contrôler, parmi la population de titulaires pour lesquels la réduction ou l'exemption accordée de la cotisation personnelle obligatoire est vérifiée, quels titulaires ont droit à l'IM et quels titulaires n'y ont pas droit. Ensuite, elles envoient aux titulaires pour lesquels une nouvelle enquête sur les revenus doit être organisée une invitation à compléter une déclaration sur l'honneur et à fournir les pièces justificatives. Les assurés qui devront participer activement à la phase 2 de la vérification seront donc informés par leur mutualité du fait qu'ils doivent être soumis à une nouvelle enquête sur les revenus, ainsi que sur les conséquences pour leur obligation de cotisation s'ils ne donnent pas suite à cette convocation. S'ils ne réagissent pas à l'invitation de leur mutualité visant à organiser une nouvelle enquête sur les revenus, ils devront s'acquitter de la cotisation la plus élevée à partir du premier jour du trimestre qui suit le réexamen (voir chap. 3).

En l'absence de droit à l'IM, la mutualité doit en second lieu également vérifier si le titulaire n'a pas bénéficié d'un revenu d'intégration ou d'un soutien similaire du CPAS dans le courant de la période de douze mois qui précède la vérification. Si le titulaire y a eu droit pendant 1 jour dans le courant de cette période, il peut conserver cette exemption ou réduction de cotisation et la mutualité peut mettre un terme à la procédure de vérification. Cela vaut également pour un droit à la garantie de revenus pour personnes âgées.

Outre la situation d'assurabilité, l'O.A. intègre également un critère d'âge dans cette phase. Les revenus des titulaires dans la qualité de résidents jusqu'à l'âge de 18 ans inclus, ne doivent pas être vérifiés.

c. Phase 2 - nouvelle enquête sur les revenus (DSH + pièces justificatives)

Pour les titulaires qui bénéficient d'une réduction ou d'une exemption de cotisation sans droit à l'IM parmi la population de résidents pour lesquels une vérification du niveau de cotisation est nécessaire, la mutualité lance la 2^e phase de la vérification dans la période mai-juin.

Cette 2^e phase comporte une nouvelle enquête sur les revenus.

Cette enquête sur les revenus est comparable à l'enquête sur les revenus au moment de l'inscription comme titulaire dans la qualité de résident.

Le titulaire est contacté durant le deuxième trimestre de l'année X. Il se présente durant ce trimestre et déclare les mêmes revenus sur la base de la même déclaration que pour l'inscription d'un titulaire dans la qualité de résident (à savoir la déclaration reprise à l'annexe 2 de l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance).

Pour ce faire, l'assuré doit remplir une déclaration sur l'honneur concernant les revenus de son ménage et la transmettre à sa mutualité avec des pièces justificatives de ses revenus (avertissement-extrait de rôle, extraits de compte...). Pour la déclaration sur l'honneur, la mutualité réclame les pièces justificatives et procède aux contrôles prévus pour la déclaration sur l'honneur dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance et décrits au chapitre IV, section VI, de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance, visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les conséquences de la nouvelle enquête sur les revenus ou de l'absence de nouvelle enquête sur les revenus ont un impact sur les cotisations que le titulaire résident devra verser à partir du troisième trimestre de l'année de vérification. La partie 2 "Conséquences d'une modification du niveau de cotisation à la suite du réexamen" et la partie 3 "Conséquences si le titulaire ne permet pas de nouvelle enquête sur les revenus" abordent plus en détail les différents scénarios possibles.

2. Conséquences d'une modification du niveau de cotisation à la suite du réexamen

a. La cotisation reste inchangée

Tout reste identique.

b. La cotisation est inférieure à la suite de la vérification

La cotisation plus basse s'applique à partir du premier jour du deuxième trimestre de l'année de la vérification ou à partir du jour où la situation s'est présentée. Exemple : si le titulaire bénéficiait seulement d'une réduction de cotisation, et non d'une exemption, alors qu'il avait quand même droit à l'IM, la situation de cotisation doit être adaptée rétroactivement pour la période durant laquelle il avait droit à l'IM dans la qualité de résident.



Exemple : A est inscrit comme titulaire dans la qualité de résident depuis le 15 juin 2014.

Elle paie une cotisation réduite. Après l'enquête de revenus dans le contexte de la vérification du montant des cotisations dans le cadre de cette circulaire, il semble que ses revenus ont diminué. A se trouve dans les conditions pour une exemption de cotisation. La cotisation de 0 EUR est alors en vigueur à partir du 1^{er} jour du 2^e trimestre qui suit celui durant lequel le changement est intervenu. La vérification est faite dans le courant du 2^e trimestre, ce qui implique que l'exemption de cotisation entre en vigueur dès le 1^{er} avril.

En 2018, il y a une possibilité pour que l'O.A. fasse l'enquête des revenus pendant le troisième ou le quatrième trimestre aussi. Si c'est le cas et si les cotisations à la suite de la vérification sont inférieures, le nouveau montant entre en vigueur respectivement dès le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre.

c. La cotisation est supérieure à la suite de la vérification

La cotisation plus élevée s'applique à partir du 1^{er} jour du trimestre qui suit le réexamen ou à partir du jour de la perte du droit qui était à l'origine de l'exemption de cotisation (ex. IM). Exemple : si le titulaire bénéficiait d'une exemption de cotisation alors qu'il n'avait pas droit à l'IM, la situation de cotisation doit être adaptée rétroactivement à partir de la date à laquelle il a perdu le droit à l'IM.

C'est exclusivement pour l'application des accords de la présente circulaire dans le courant de l'année civile 2018 que les cotisations plus élevées ne doivent être versées par l'assuré que le 1^{er} jour du 2^e trimestre qui suit le réexamen ou à partir du jour de la perte du droit qui était à l'origine de l'exemption de cotisation (ex. IM).

3. Conséquences dans le cas où le titulaire ne permet pas de réaliser la nouvelle enquête sur les revenus

S'ils ne donnent pas suite à l'invitation de leur mutualité visant à organiser une nouvelle enquête sur les revenus, les assurés doivent s'acquitter de la cotisation la plus élevée à partir du premier jour du trimestre qui suit le réexamen de l'année de vérification.

La catégorie de cotisation peut être revue jusqu'en décembre de la deuxième année qui suit l'année de vérification. Cela est dû au fait que, pour fin décembre de la deuxième année qui suit l'année de vérification, les cotisations personnelles dues pour l'année de la vérification doivent être versées par les assurés et perçues par les mutualités afin de pouvoir prolonger correctement l'assurabilité de l'intéressé.

 Exemple :

F est titulaire dans la qualité de résident depuis le 1^{er} septembre 2012 et a été exonéré de cotisation personnelle (contribution personnelle = 0) depuis le 1^{er} janvier 2013. Le 10 avril 2019, F est contacté par sa mutualité pour subir une nouvelle enquête sur le revenu afin de vérifier son exonération de cotisation. F ne répond pas avant le 1^{er} juillet 2019 et devra donc payer les cotisations les plus élevées à compter de la même date.

Uniquement si cet exemple se produisait en 2018 (au lieu de 2019) F devra introduire une DSH avant le 1^{er} août, et par conséquent devra payer les cotisations les plus élevées à compter du 1^{er} octobre, dans la mesure où sa mutualité l'a contacté en avril 2018.

4. Remarques importantes

Si le titulaire résident, estimant que les revenus de son ménage ont diminué, souhaite être soumis à une nouvelle enquête sur les revenus en dehors de la procédure élaborée dans le cadre de la présente circulaire, la mutualité doit l'autoriser.

Le titulaire résident est tenu d'informer sa mutualité dans un délai de trente jours pour toute modification donnant lieu à une hausse de ses revenus (art. 134^{quater}, al. 7, de l'A.R. du 03.07.1996 précité).

La mutualité doit tenir compte de toute modification apportée à la composition du ménage du titulaire résident. Une modification de la composition du ménage nécessite un réexamen.

5. Exemples

 Exemple 1 :

A est inscrit comme titulaire dans la qualité de résident depuis 2012. Il est isolé et est exempté de cotisation. L'O.A. le contacte en avril 2018 pour réexaminer son exemption de cotisation personnelle, car A n'a pas droit à l'IM, ni à un avantage social au cours des 12 derniers mois et il est âgé de 30 ans (il n'est donc pas mineur). A déclare le 1^{er} mai les revenus qu'il perçoit pendant le deuxième trimestre 2018. Les valeurs déclarées servent à déterminer les revenus annuels. C'est sur la base de ces "revenus annuels calculés" que la catégorie de cotisation de la cotisation personnelle peut être définie. Les revenus annuels totaux de A, fixés conformément aux dispositions contenues à l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance, visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, se révèlent être inférieurs à 25.285,14 EUR, mais supérieurs au plafond IM.

Conclusion : A verse la cotisation conformément à l'article 134, alinéa 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 à partir du premier jour du trimestre qui suit le réexamen, à savoir à partir du 1^{er} octobre 2018 donc.



Exemple 2 :

B est inscrit comme titulaire dans la qualité de résident depuis le 15 juin 2014 et a versé jusqu'en 2017 la cotisation correspondant à un revenu du ménage inférieur au plafond IM. B constitue un ménage avec le titulaire C. Le titulaire C était travailleur indépendant mais il part à la retraite ; il est inscrit depuis août 2017 comme titulaire pensionné. En septembre, B a pris contact avec son O.A. afin d'être soumis à une enquête sur les revenus à la suite du départ à la pension de C. Depuis lors, B est exempté de cotisation personnelle.

Conclusion : l'O.A. ne doit pas contacter C en avril 2018.



Exemple 3 :

D est inscrit comme titulaire dans la qualité de résident depuis janvier 2017 et il est exempté de cotisation. En février et en mars 2018, D compte 2 mois complets de droit à un revenu d'intégration. D est isolé jusqu'octobre 2017 et cohabite ensuite avec le titulaire E. En novembre 2017, D est convoqué par son O.A. à une nouvelle enquête sur les revenus à la suite d'une modification de sa composition de ménage. Il ressort de la déclaration que sur la base des revenus du ménage, les revenus de D et E sont tels que D doit verser la catégorie de cotisation la plus élevée.

Conclusion : D doit verser à partir du 1^{er} janvier 2018 la cotisation personnelle la plus élevée (le premier jour du trimestre qui suit). D ne doit pas être contacté par l'O.A. en avril 2018.



Exemple 4 :

E est inscrit comme titulaire dans la qualité de résident depuis le 1^{er} janvier 2012, avec des revenus qui se situent entre le plafond IM et le plafond de revenus plus élevé. Il paie la cotisation correspondante. Depuis 2015, il compte une personne à charge, F. F déménage le 30 septembre 2017, ce qui fait qu'il ne peut plus rester personne à charge de E. Il y a donc modification dans la composition du ménage qui, en application de l'article 134, entraîne un réexamen de la situation de revenus. Il ressort de cet examen que la cotisation pour E reste inchangée. Comme les revenus ont été réexaminés en 2017 à la suite de la modification décrite dans la composition du ménage, il n'est pas nécessaire pour l'O.A. de réexaminer l'intéressé suivant les accords prévus dans la présente circulaire pour le T2 2018.

6. Entrée en vigueur

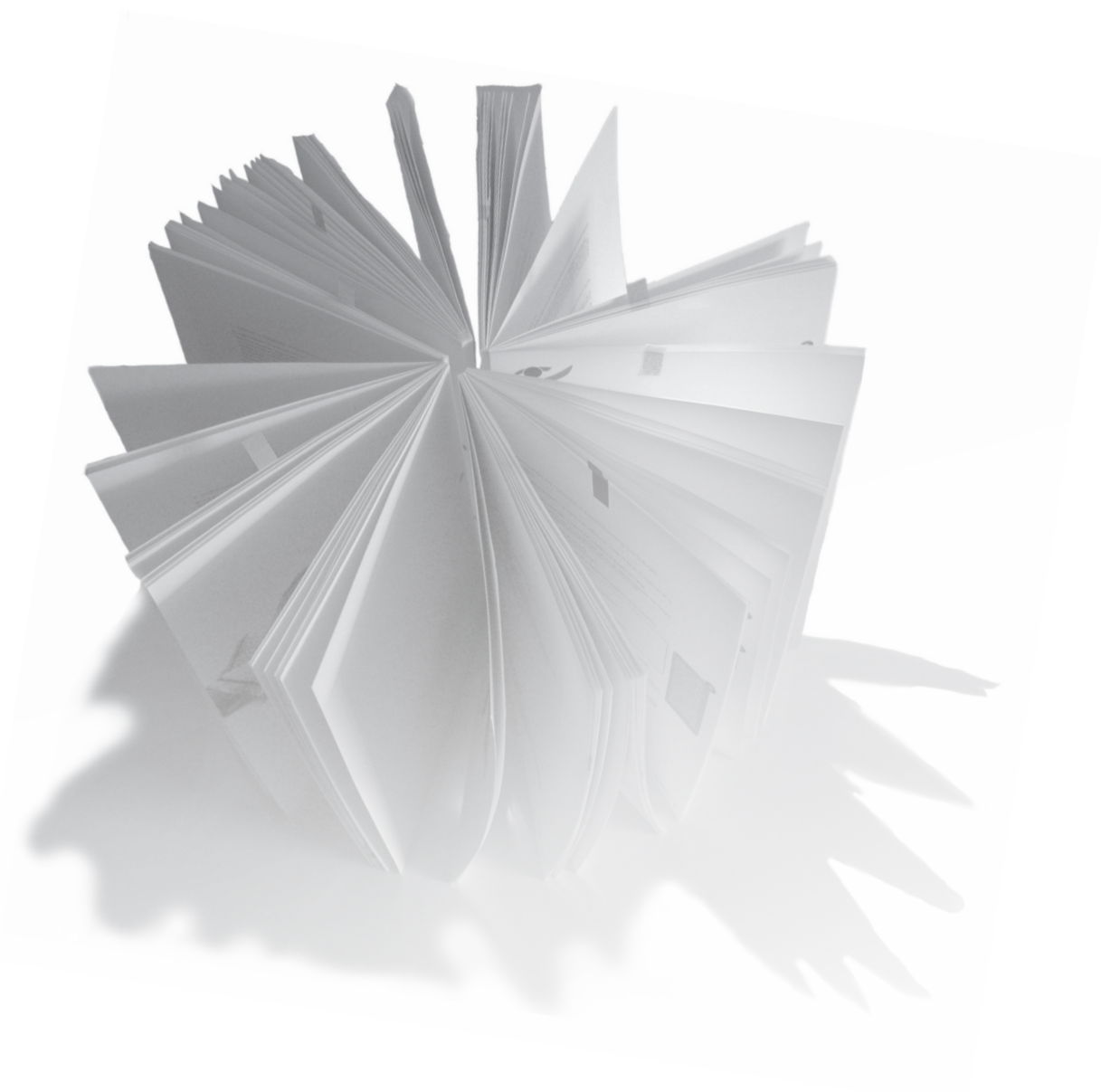
La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.



Circulaire O.A. n° 2017/344 – 2790/73 du 6 décembre 2017.

6^e Partie

Données de base



I. Cotisation à payer par certains titulaires

À partir du 1^{er} janvier 2018, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2017, soit 105,41 (base 2013 = 100).

Dans les tableaux ci-joints, vous pouvez prendre connaissance de ces montants ; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

...

1. Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

a) Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus 1,77 EUR
- 18 à 21 ans 1,34 EUR
- 14 à 18 ans 0,88 EUR

b) Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus 44,25 EUR
- 18 à 21 ans 33,50 EUR
- 14 à 18 ans 22,00 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2018

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

2. Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 61,43 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2018

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

3. Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. du 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (titulaires visés à l'art. 32, al. 1^{er}, 15^o de la loi coordonnée).

Par trimestre :

Normal : 724,67 EUR

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3 ^o alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :	362,33 EUR
---	------------

Si revenu < au montant prévu pour bénéficier de l'intervention majorée :	61,43 EUR
--	-----------

Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence :	0,00 EUR
---	----------

Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1, 1 ^o , 2 ^o ou 3 ^o de la loi coordonnée :	0,00 EUR
---	----------

Date d'application : 1^{er} janvier 2018

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

4. Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136^{bis} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans	92,80 EUR
b) Titulaire de plus de 65 ans	26,53 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2018

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

5. Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 41,80 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2018

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100



Circulaire O.A. n° 2017/313 – 270/72, 273/73, 274/74, 276/123, 2790/72, 2791/72, 2792/71 et 83/476 du 6 novembre 2017.

II. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3^e al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Indexation des plafonds	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
À partir du 1 ^{er} janvier 2002	26.306,66 EUR	2.265,63 EUR
À partir du 1 ^{er} février 2002	26.832,59 EUR	2.310,92 EUR
À partir du 1 ^{er} juin 2003	27.368,64 EUR	2.357,09 EUR
À partir du 1 ^{er} octobre 2004	27.914,79 EUR	2.404,13 EUR
À partir du 1 ^{er} août 2005	28.473,60 EUR	2.452,25 EUR
À partir du 1 ^{er} octobre 2006	29.042,51 EUR	2.501,25 EUR
À partir du 1 ^{er} septembre 2007(bien-être)	29.042,51 EUR	2.518,75 EUR
À partir du 1 ^{er} janvier 2008	29.624,07 EUR	2.602,36 EUR
À partir du 1 ^{er} mai 2008	30.215,74 EUR	2.654,33 EUR
À partir du 1 ^{er} septembre 2008	30.820,06 EUR	2.707,42 EUR
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06 EUR	2.756,15 EUR
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06 EUR	2.788,65 EUR
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01 EUR	2.844,47 EUR
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61 EUR	2.901,44 EUR
À partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61 EUR	2.921,74 EUR
À partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61 EUR	2.959,47 EUR
À partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86 EUR	3.018,74 EUR
À partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74 EUR	3.079,19 EUR
À partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
À partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27 EUR	3.203,40 EUR
À partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27 EUR	3.225,83 EUR
À partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27 EUR	3.267,47 EUR
À partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44 EUR	3.332,74 EUR
À partir du 1 ^{er} juin 2017	35.404,25 EUR	3.399,56 EUR
À partir du 1^{er} septembre 2017 (bien-être)	35.404,25 EUR	3.467,55 EUR

Moyenne annuelle	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15 EUR
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06 EUR
2002	26.788,76 EUR	2.307,14 EUR
2003	27.145,29 EUR	2.337,88 EUR
2004	27.505,18 EUR	2.368,85 EUR
2005	28.147,63 EUR	2.424,18 EUR
2006	28.616,46 EUR	2.464,56 EUR
2007	29.045,04 EUR	2.507,30 EUR
2008	30.219,96 EUR	2.654,70 EUR
2009	30.820,06 EUR	2.735,85 EUR
2010	31.025,71 EUR	2.807,26 EUR
2011	31.856,74 EUR	2.889,22 EUR
2012	32.709,91 EUR	3.018,84 EUR
2013	33.363,74 EUR	3.099,72 EUR
2014	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
2015	33.697,51 EUR	3.179,56 EUR
2016	34.428,04 EUR	3.305,54 EUR
2017	35.115,58 EUR	3.394,38 EUR

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018



Circulaire O.A. n° 2017/351 - 270/73, 273/74, 274/75, 276/124, 2790/74, 2791/73, 2792/72, 3910/1617 et 83/478 du 11 décembre 2017.

III. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2017

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2017)	
Titulaires	Personnes à charge
18.335,43 EUR	3.394,38 EUR

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018



Circulaire O.A. n° 2017/352 – 3991/293 du 11 décembre 2017.

IV. Article 326, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation)

Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 25 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.

Le montant pour les soins de santé est, le 1^{er} janvier de chaque année et pour la première fois le 1^{er} janvier 2011, adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

Calcul index au 1^{er} janvier 2018

2016	Indice	Moyenne	
Mars	103,47		
Avril	103,53		
Mai	103,77		
Juin	103,74	103,63	(A)

2017	Indice	Moyenne	
Mars	105,32		
Avril	105,46		
Mai	105,42		
Juin	105,29	105,37	(B)

(B) = 105,37	1,68 %
(A) = 103,63	

Calcul du montant au 1^{er} janvier 2018

Montant de base (en EUR)	25,00	
Montant au		
1 ^{er} janvier 2011	25,35	1,40 %
1 ^{er} janvier 2012	26,11	2,99 %
1 ^{er} janvier 2013	26,83	2,76 %
1 ^{er} janvier 2014	27,20	1,39 %
1 ^{er} janvier 2015	27,34	0,53 %
1 ^{er} janvier 2016	27,51	0,62 %
1 ^{er} janvier 2017	28,20	2,51 %
1 ^{er} janvier 2018	28,67	1,68 %

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018



Circulaire O.A. n° 2017/392 – 65/27 du 22 décembre 2017.

V. Secteur de la rééducation fonctionnelle : indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1^{er} janvier 2018

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 2018 l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, s'élève à 1,80 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 5,66 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 32,93 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'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 32,93 EUR ;
- d) Pour les autres bénéficiaires : de 43,20 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 5,66 EUR ;
- b) Pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 5,66 EUR ;
- c) Pour les **autres** bénéficiaires : de 15,93 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 circulaire O.A. n° 2008/187 – 371/109 du 30.04.2008)

L'intervention s'élève à 1,32 EUR/km.

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018.



Circulaire O.A. n° 2017/393 – 370/2027 et 3910/1639 du 22 décembre 2017.

VI. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)

1. Éléments de base

À partir du 1^{er} janvier 2018, les montants de référence du salaire journalier moyen requis pour obtenir la qualité de travailleur régulier doivent être réévalués.

Cette réévaluation s'opère en multipliant les montants repris dans la circulaire O.A. n° 2016/338 - 424/46 par 1,0200, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1^{er} janvier 2017 et celle au 1^{er} janvier 2016 (56,1711 EUR : 55,0693 EUR = 1,0200).

Le résultat de cette multiplication donne :

60,2118 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus,
45,1451 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et
30,1058 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2018.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2016/338 - 424/46 du 9 décembre 2016¹.



Circulaire O.A. n° 2017/336 – 424/47 du 1^{er} décembre 2017.

1. Publiée dans le B.I.-INAMI 2016/2-3.

VII. Revalorisation des prestations au 1^{er} janvier 2018

I. Éléments de base

Régime général

1) REVALORISATION DE 2 % (MINIMA EXCLUS) DES INDEMNITÉS DES TITULAIRES DONT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL A DÉBUTÉ À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2012 ET AU PLUS TARD LE 31 DÉCEMBRE 2012 (RÉCURRENCE DES 6 ANS D'INCAPACITÉ) (MESURE CONJONCTURELLE)

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} janvier 2012 et au plus tard le 31 décembre 2012 est augmenté, au 1^{er} janvier 2018, d'un coefficient de revalorisation de 2 % (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

2) REVALORISATION DE 0,8 % DU PLAFOND AMI (MESURE CONJONCTURELLE)

Au 1^{er} janvier 2018, le plafond journalier AMI à prendre en considération pour les cas d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité prenant cours au plus tôt à cette date est revalorisé de 0,8 %. Le tableau D repris en annexe donne également les nouveaux maxima calculés sur base de ce nouveau plafond pour les cas d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité prenant cours au plus tôt ce jour là.

Le montant de base de ce nouveau plafond AMI est fixé à 101,7911 EUR (base 103,14). Adapté à l'indice pivot 103,04 (base 2013 = 100), ce montant s'élève, au 1^{er} janvier 2018, à 139,7388 EUR.

3) REVALORISATION DES INDEMNITÉS "MINIMUM TRAVAILLEUR RÉGULIER" OCTROYÉES AUX TITULAIRES AVEC CHARGE DE FAMILLE ET AUX ISOLÉS SUITE À L'AUGMENTATION DES MONTANTS DE LA PENSION MINIMUM DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (+ 0,7 %) (MESURE CONJONCTURELLE)

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des travailleurs salariés sont adaptés comme suit au 1^{er} janvier 2018 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 13.242,67 EUR à 13.335,37 EUR
- le montant "isolé" passe de 10.597,48 EUR à 10.671,66 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 103,04, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs réguliers" avec charge de famille et isolé sont fixées comme suit au 1^{er} janvier 2018 :

- titulaires avec charge de famille : 58,6756 EUR, arrondi à 58,68 EUR
- titulaires isolés : 46,9553 EUR, arrondi à 46,96 EUR.

4) ADAPTATION DES MONTANTS MAXIMA DES INDEMNITÉS PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT

Les montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat sont adaptés à l'indice santé au 1^{er} janvier de chaque année sur base du dernier dépassement de l'indice pivot qui a eu lieu dans le courant de l'année qui a précédé.

Au 1^{er} janvier 2018, ces montants sont adaptés sur base de l'indice pivot 103,04 (base 2013 = 100 - coefficient d'augmentation 1,3728).

Régime indépendant

A) REVALORISATION DE 0,7 % DES FORFAITS OCTROYÉS AUX TITULAIRES AVEC CHARGE DE FAMILLE ET AUX ISOLÉS QUI SONT EN INCAPACITÉ PRIMAIRE OU INVALIDES N'AYANT PAS MIS FIN À LEUR ENTREPRISE (MESURE CONJONCTURELLE)

Les forfaits "avec charge" et "isolé" octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sont augmentés au 1^{er} janvier 2018 suite à la revalorisation de 0,7 %, à cette même date, des montants de la pension minimum des indépendants.

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des indépendants sont revalorisés comme suit au 1^{er} janvier 2018 (base 103,14) :

- titulaire avec charge : de 13.242,67 EUR à 13.335,37 EUR
- titulaire isolé : de 10.597,48 EUR à 10.671,66 EUR.

Les forfaits "avec charge" et "isolé" sont fixés, à partir du 1^{er} janvier 2018 (indice pivot 103,04), à respectivement 58,6756 EUR, arrondi à 58,68 EUR et 46,9553 EUR, arrondi à 46,96 EUR.

B) REVALORISATION DE 0,7 % DES FORFAITS OCTROYÉS AUX INVALIDES AVEC CHARGE DE FAMILLE ET ISOLÉS AYANT MIS FIN À LEUR ENTREPRISE (MESURE CONJONCTURELLE)

Les forfaits "avec charge" et "isolé" octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont revalorisés au 1^{er} janvier 2018 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants "minimum travailleur régulier" en vigueur dans le régime général.

Adaptés à l'indice pivot 103,04, ces forfaits s'élèvent au 1^{er} janvier 2018 à :

- forfait avec charge : 58,6756 EUR, arrondi à 58,68 EUR
- forfait isolé : 46,9553 EUR, arrondi à 46,96 EUR.

C) ADAPTATION DES MONTANTS MAXIMA DES INDEMNITÉS PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT

Les montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat sont adaptés à l'indice santé au 1^{er} janvier de chaque année sur base du dernier dépassement de l'indice pivot qui a eu lieu dans le courant de l'année qui a précédé.

Au 1^{er} janvier 2018, ces montants sont adaptés sur base de l'indice pivot 103,04 (base 2013 = 100 - coefficient d'augmentation 1,3728).

II. Date d'application

1^{er} janvier 2018.



Vous trouverez le tableau D :

http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocument/Indemnités_tableau_d.pdf



Circulaire O.A. n° 2017/358 – 45/268 et 482/136 du 19 décembre 2017.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Paul-André Briffeuil
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Marie Lejeune
M. Nuray Özdemir
Mme Jolanda Gashi
Mme Mélissa François
Mme Natalia Golovneva

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726