

I. Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale – Accord du 11 juin 2018 en matière d'assurance soins de santé

En vigueur à partir du 11 juin 2018.

Abroge la circulaire n° 2006/246 du 18 juillet 2006.

La présente circulaire a pour objectif, d'une part, de donner des renseignements sur l'Accord du 11 juin 2018 entre la Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé et, d'autre part, de donner un aperçu des instructions qui restent en vigueur.

L'Accord du 11 juin 2018 entre la Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé (ci-après : Accord du 11.06.2018) est entré en vigueur le 11 juin 2018 avec effet rétroactif jusqu'à la date du 1^{er} mai 2010.

L'Accord du 11 juin 2018, qui remplace l'Accord du 13 mars 2006 entre le Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé, a été publié au Moniteur belge du 27 juillet 2018.

I. Introduction

L'Accord du 13 mars 2006 entre le Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé (ci-après : Accord du 13.03.2006), qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, contient un certain nombre d'ajouts et de dispositions dérogatoires concernant l'application des Règlements (CEE) n^{os} 1408/71 et 574/72 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté dans les relations entre la Belgique et les Pays-Bas.

La nouvelle réglementation européenne concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2010. Les Règlements (CEE) n^{os} 1408/71 et 574/72 ont été abrogés et remplacés par les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009).

Dans les relations avec les Pays-Bas, les Règlements (CEE) n^{os} 1408/71 et 574/72 sont restés d'application jusqu'au 31 décembre 2010 sur les ressortissants de pays tiers qui n'étaient pas couverts par les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 en raison de leur nationalité. À partir du 1^{er} janvier 2011, ce groupe d'assurés sont couverts par les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 suite à l'entrée en vigueur du Règlement (UE) n° 1231/2010 visant à étendre le Règlement (CE) n° 883/2004 et le Règlement (CE) n° 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité.

Suite à l'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 le 1^{er} mai 2010, il est nécessaire de modifier l'Accord du 13 mars 2006. En fin de compte, il a été décidé d'élaborer un nouvel accord pour remplacer l'Accord du 13 mars 2006.

II. Commentaires

L'Accord du 11 juin 2018 s'applique aux personnes auxquelles les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 sont ou ont été d'application.

L'Accord du 11 juin 2018 ne contient plus de dispositions spéciales en matière des remboursements mutuel des coûts de soins médicaux dans l'autre pays. Cela signifie que les coûts des soins médicaux sont remboursés conformément aux dispositions des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009.

Explication par article

Les références dans les définitions de l'**article 1** ont été modifiées en fonction des changements dans les réglementations belge, néerlandaise et européenne.

Les **articles 2 et 3**, respectivement relatifs à l'objet et le champs d'application personnel de l'Accord du 11 juin 2018, sont repris de l'Accord du 13 mars 2006.

L'**article 4** est identique à l'article 4 de l'Accord du 13 mars 2006 sauf que la référence au lieu de résidence "à ou près de Vlissingen" est remplacée par "les Pays-Bas", de sorte que cette disposition correspond au droit de l'assuré de choisir librement son lieu de résidence.

L'**article 5** vise à adapter l'article 4*bis* de l'Accord du 13 mars 2006 à la nouvelle situation :

- à la suite de l'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009, l'article 4*bis* de l'Accord du 13 mars 2006 est devenu sans objet pour la Belgique, mais
- cela ne vaut toutefois pas pour les Pays-Bas qui se sont inscrits à l'Annexe III du Règlement (CE) n^o 883/2004 aux termes duquel le droit aux soins médicaux aux Pays-Bas (État membre compétent) pour les membres de la famille des travailleurs frontaliers résidant en Belgique était fondé sur cette article 4*bis*.

L'inscription des Pays-Bas à l'Annexe III a pris fin de plein droit le 30 avril 2014 (voir l'art. 87, § 10*bis*, du Règlement (CE) n^o 883/2004), ce qui explique pourquoi l'article 5 est abrogé à partir du 1^{er} mai 2014.

L'**article 6** est un nouvel article qui vise à introduire une base juridique pour le droit de poursuivre un traitement déjà commencé aux Pays-Bas (État membre compétent) des membres de la famille des travailleurs frontaliers pensionnés résidant en Belgique, conformément à l'article 28, paragraphe 1, du Règlement (CE) n^o 883/2004. Ce droit est lié à et découle de l'article 5. Le droit de poursuivre un traitement déjà commencé aux Pays-Bas, tel que stipulé à l'article 6, ne reposait jusqu'à présent que sur un accord conclu lors de la réunion du 10 mars 2010 entre les organismes de liaison de la Belgique (RIZIV) et des Pays-Bas (la CAK, alors le Conseil des assurances de soins) en matière de soins médicaux.

L'**article 7** concernant les accidents du travail d'un assuré néerlandais et l'**article 8** prévoyant la création d'une Commission technique des Soins de santé ont été repris de l'Accord du 13 mars 2006.

L'**article 9** définit le statut des instructions relatives aux règles administratives complémentaires à l'application de l'Accord du 13 mars 2006 : certaines sont abrogées, d'autres restent d'application (voir respectivement les Parties A et B de l'Ann. de l'Accord du 11.06.2018).

Conformément à l'**article 10**, les organismes de liaison peuvent, avec le consentement des autorités compétentes, fixer des règles administratives supplémentaires pour l'application de l'Accord du 11 juin 2018. Cet article a également été repris de l'Accord du 13 mars 2006.

L'**article 11** relatif à l'entrée en vigueur de l'Accord du 11 juin 2018 stipule qu'à compter du 1^{er} mai 2010 l'Accord du 13 mars 2006 sera abrogé.

L'entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2010, qui correspond à la date d'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009, vise à créer une base juridique et à garantir la sécurité juridique du droit des travailleurs frontaliers (pensionnés) et les membres de leur famille bénéficiant de soins de santé dans les relations belgo-néerlandaises lors de la période allant du 1^{er} mai 2010 (= date d'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009) jusqu'au 30 avril 2014 inclus (= date à laquelle l'inscription des Pays-Bas à l'Annexe III du Règlement (CE) n^o 883/2004 a pris fin). Cela n'entraîne aucune charge administrative supplémentaire, car ces droits ont déjà été/sont exercés sur la base des arrangements pris en commun accord par les organismes de liaisons.

III. Instructions

1. Instructions qui sont **abrogées à compter du 1^{er} mai 2010** :

- **instruction n^o 1** du 21 juin 2006 concernant l'abrogation des Décisions de la Commission technique belgo-néerlandaise des soins de santé
- **instruction n^o 5** du 21 juin 2006 concernant l'imputation des frais d'administration.

2. Ci-dessous se trouve des commentaires par instruction qui **restent en vigueur** jusqu'au moment qu'elles soient remplacées :

(i) Instruction n^o 2

L'instruction n^o 2, du 21 juin 2006, prévoit les mesures relatives aux notifications d'inscription et de radiation des personnes résidant en Belgique et assurées en vertu de la législation néerlandaise.

L'assureur maladie néerlandais envoie le formulaire d'inscription S1/E.106 ou le formulaire de radiation E.108 directement à l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié. Au cas où l'organisme assureur belge n'est pas connu, l'assureur maladie néerlandais délivre le formulaire S1/E.106 à l'assuré qui le remet à son organisme assureur belge. L'organisme assureur belge mentionne les membres de la famille dans la partie B du formulaire E.106/SED S073 et le renvoie au CAK. Après réception et enregistrement des membres de la famille, le CAK envoie le formulaire E.106/SED S073 à l'assureur maladie néerlandais qui l'a émis.

Il est à noter que les membres de la famille résidant en Belgique des personnes assurées en vertu de la législation néerlandaise sont enregistrés auprès du CAK et non plus auprès de l'assureur maladie néerlandais compétent.

Au cas où un assuré en vertu de la *Zorgverzekeringswet* demande des prestations en Belgique en rapport avec un accident de travail au sens du régime légal belge, l'assureur maladie néerlandais émettra sur demande un formulaire DA 1/E.123. L'assureur maladie enverra ce formulaire à l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié.

Le CAK envoie par ayant droit à une pension ou indemnité en vertu de la législation néerlandaise, et par membre de la famille, le formulaire d'inscription S1/E.121 ou le formulaire de radiation E.108 à l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié.

**Remarques :**

- si aucun membre de la famille n'est enregistré à charge des Pays-Bas, l'organisme assureur belge envoie la réponse directement à l'assureur maladie néerlandais
- bien que le formulaire E.109 ne soit pas mentionné dans l'instruction n° 2, les dispositions, telles que décrites du point A.1 au point A.4 inclus, sont d'application par analogie.

L'instruction n° 2 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

(ii) Instruction n° 3

L'instruction n° 3, du 21 juin 2006, prévoit les mesures relatives aux notifications d'inscription et de radiation des personnes résidant aux Pays-Bas et assurées en vertu de la législation belge.

À partir du 1^{er} janvier 2006, les assurés résidant aux Pays-Bas qui y ont droit aux prestations de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge n'ont plus le libre choix d'assureur maladie. Ils doivent s'enregistrer auprès de l'institution du lieu de résidence désignée.

Pour les personnes résidant aux Pays-Bas et assurées en vertu de la législation belge et qui continuent à être assurées en vertu de la législation belge après le 1^{er} janvier 2006, et qui sont enregistrées auprès d'un assureur maladie néerlandais autre que l'institution du lieu de résidence, l'assureur maladie prend des mesures en vue de la mutation vers l'institution du lieu de résidence à partir du 1^{er} janvier 2006.

L'instruction n° 3 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

(iii) Instruction n° 4

L'instruction n° 4, du 21 juin 2006, prévoit la procédure des décomptes.

La PARTIE I comporte les dispositions relatives aux inventaires pour le décompte sur la base de montants fixes.

Les inventaires pour les membres de la famille qui ne résident pas sur le territoire du même État-membre que le titulaire, les pensionnés et/ou les membres de leur famille sont introduits par exercice – à partir de l'exercice 2006 –, au moyen des formulaires E.127 qui sont dorénavant envoyés sur support électronique.

La PARTIE II comporte les dispositions concernant le remboursement des créances réciproques, tant pour ce qui est de la liquidation de comptes sur la base de forfaits mensuels que pour la liquidation des comptes sur la base de montants réels.

Le délai pour la clôture des comptes reste fixé à cinq ans. Le but doit être de traiter plus rapidement les créances. Quatre-vingt-dix pourcent de la somme principale de chaque créance seront payés à titre d'avance avant la fin du sixième mois qui suit celui au cours duquel elle a été introduite. Pour les introductions sur la base de forfaits mensuels, l'avance sera égale à 90 % du produit des coûts moyens dernièrement approuvés multipliés par le nombre de forfaits qui ressort des relevés (électroniques). Attendre la publication des coûts moyens de l'année de référence entraînerait un retard d'au moins deux ans. Les dispositions concernant les créances ultérieures, les récupérations et les corrections pour les années précédentes restent aussi d'application.

L'instruction n° 4 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

(iv) Instruction n° 6

L'instruction n° 6, du 16 décembre 2015, concernant le traitement de comptes sur la base de forfaits, est un complément à l'instruction n° 4.

L'instruction n° 6 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

IV. Commentaires supplémentaires

L'institution compétente – respectivement l'organisme assureur belge aussi bien que l'assureur maladie néerlandais – à laquelle le travailleur salarié ou indépendant, qui a ou non la qualité de frontalier, est affilié, est compétent pour la délivrance de la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Le CAK est compétent pour la CEAM aux "titulaires de la convention" (p.ex. les membres de la famille résidant en Belgique des assurés en vertu de la *Zorgverzekeringswet* ou des personnes enregistrées sur la base d'un document S1/E.121 à charge des Pays-Bas).



Circulaire O.A. n° 2019/109 – 821/8 – 83/489 du 22 mars 2019.