

1^e Partie

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



3^e trimestre 2021

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2021	20.06.2021	Loi 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, afin de rendre le régime d'incapacité de travail applicable dès l'arrêt effectif de l'activité en raison de l'incapacité de travail

Résumé des modifications

Suite aux modifications apportées par cette loi, le règlement suivant s'applique pour les périodes d'incapacité de travail débutant au plus tôt le 1^{er} juillet 2021 :

- l'incapacité de travail peut toujours être reconnue en tenant compte de la date de début de l'incapacité de travail renseignée par le médecin traitant sur le certificat d'incapacité de travail (suppression de la mesure selon laquelle le médecin-conseil ne peut reconnaître l'incapacité de travail lors d'une première déclaration, qu'au plus tôt, à partir de la date de signature du certificat médical par le médecin traitant)
- si la période d'incapacité de travail reconnue débute plus de quatorze jours avant la date de la signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant, le droit aux indemnités d'incapacité de travail ne peut toutefois commencer à courir qu'à partir du quatorzième jour précédant cette date de signature (cette règle n'est pas applicable en cas de prolongation ou de reprise de l'état d'incapacité de travail).

! **Exception** : le droit aux indemnités commence à courir dès la date de début de la période d'incapacité de travail reconnue si le médecin-conseil estime qu'il s'agit d'une situation de force majeure.

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

Moniteur belge	Date	Titre
05.07.2021	20.06.2021	Arrêté royal portant modification 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, en ce qui concerne la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère une section XVII dans le titre II, chapitre I, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- l'article 122^{ter} *tervicies* règle la composition et le fonctionnement de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques

- la Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui précise notamment les modalités de convocation des membres aux réunions, la composition des différents organes de la Commission et les règles en matière de conflits d'intérêts des membres (art. 122^{quinquies})
- la Commission délibère valablement lorsque plus de la moitié des membres ayant droit de vote sont présents (art. 122^{sexies})
- le bureau de la Commission peut faire appel à des experts chargés des évaluations des dossiers à traiter (art. 122^{septies})
- les membres de la Commission, le secrétariat et les experts traitent de manière confidentielle tous les renseignements dont ils auraient connaissance dans le cadre de l'exercice de leur mission (art. 122^{octies}). Les membres de la Commission, des groupes de travail et les experts doivent également transmettre au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite.

Moniteur belge	Date	Titre
05.07.2021	29.06.2021	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

Dans le cadre de la liaison bien-être des prestations sociales (2021-2022), cet arrêté royal prévoit les mesures suivantes dans le régime des travailleurs salariés :

- l'augmentation du plafond AMI de 1,1% (à partir du 01.01.2022)
- l'augmentation de l'indemnité minimale garantie pour le cinquième et le sixième mois d'incapacité primaire (à partir du 01.07.2021) et du quatrième au sixième mois inclus d'incapacité primaire (2022) pour les titulaires ayant charge de famille.

Le montant de l'indemnité minimale pour ces titulaires ayant charge de famille est égal :

- => au montant de l'indemnité minimale pour un travailleur régulier ayant charge de famille si l'intéressé a la qualité de travailleur régulier ;
- => au montant de l'indemnité minimale pour un travailleur non-régulier ayant charge de famille si l'intéressé n'a pas la qualité de travailleur régulier.

Étant donné l'impact administratif important de cette mesure, un délai de paiement particulier a été fixé. Au plus tard le 1^{er} novembre 2021, les organismes assureurs paient aux titulaires ayant charge de famille la différence entre le montant applicable de l'indemnité minimale pour un titulaire ayant charge de famille (en fonction de leur qualité de travailleur régulier ou non) et le montant de l'indemnité minimale pour un titulaire sans charge de famille pour la période d'incapacité de travail précédant la date de paiement.

- l'augmentation de l'indemnité minimale "travailleur régulier" de 2,5 % pour les titulaires ayant charge de famille et de 2 % pour les titulaires isolés et cohabitants (à partir du 01.07.2021)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 0,5 % (à partir du 01.07.2021)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité (minima exclus) de 0,95 % pour les titulaires dont la date de début de l'incapacité de travail se situe au plus tard le 31 décembre 2005 (à partir du 01.07.2021)

- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2016 - durée d'incapacité de cinq ans (à partir du 01.07.2021)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 - durée d'incapacité de cinq ans (à partir du 01.01.2022).

Moniteur belge	Date	Titre
22.07.2021	07.07.2021	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 apporte les modifications suivantes à 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 :

- l'alinéa 1^{er} de l'article 6 est complété par un point e)
- l'alinéa 2 de l'article 9, les mots "Sans préjudice de l'alinéa précédent," sont remplacés par les mots "Sous réserve de l'article 6 et de l'alinéa 1^{er},".

Moniteur belge	Date	Titre
03.09.2021 – Édition 1	29.08.2021	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 prévoit la reconduction en 2021 et 2022 de la suspension de la mesure de revalorisation de 2 % du montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire, dont l'incapacité de travail atteint la durée de 15 ans au plus tard le 31 août de l'année en question (régime des travailleurs salariés).

Moniteur belge	Date	Titre
03.09.2021 – Édition 1	29.08.2021	Arrêté royal modifiant l'article 237 ^{quinquies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2021-2022), cet arrêté royal prévoit une revalorisation de la prime de rattrapage annuelle dans le régime des travailleurs salariés de la manière suivante :

- revalorisation de la prime de rattrapage après 1 an d'incapacité de travail

La prime de rattrapage des travailleurs salariés qui ont au moins 1 an d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier, est augmentée en fonction de la situation familiale (avec ou sans charge de famille). Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.

Le montant de la prime de rattrapage augmente :

- => de 80 EUR en 2021 pour les titulaires avec charge de famille ;
- => de 30 EUR en 2021 et de 10 EUR* en 2022 pour les titulaires sans charge de famille.

- revalorisation de la prime de rattrapage après au moins 2 ans d'incapacité de travail

La prime de rattrapage des travailleurs salariés qui ont au moins 2 ans d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier, est augmentée en fonction de la situation familiale (avec ou sans charge de famille). Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.

Le montant de la prime de rattrapage augmente :

- => de 80 EUR en 2021 pour les titulaires avec charge de famille ;
- => de 30 EUR en 2021 et de 10 EUR* en 2022 pour les titulaires sans charge de famille.

* montant en fonction du coefficient d'indexation applicable en mai 2021

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2021 – Édition 1	30.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 31 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 :

- le I., est remplacé
- le II., 2.1.1., est complété par 3 alinéas
- au II., le 2.1.2. est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2021 – Édition 1	13.06.2021	Arrêté royal modifiant l'article 29, § 26, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 29, § 26, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au 2. Dispositions et conditions spécifiques pour la fabrication et la délivrance, le 2.1, a) est remplacé
- au 3.2. Objectif d'utilisation, l'alinéa 4 est remplacé
- le 4.1.1 Prescripteurs, est remplacé
- le 4.1.3., Procédure pour le renouvellement, est remplacé
- le 5. Délais de renouvellement, est complété par un alinéa
- le 6. Cumuls et non-cumuls, est complété par un alinéa
- au 7. Entretien, réparation et adaptation, les modifications suivantes sont apportées :
 - => à l'alinéa 1^{er}, la phrase "Pour l'entretien annuel de l'orthèse d'assise et ses accessoires et composants remboursés, un forfait est prévu." est remplacée par la phrase "Pour l'entretien annuel de l'orthèse d'assise et ses accessoires et composants remboursés, un remboursement est prévu." ;
 - => à l'alinéa 3, la phrase "L'intervention pour l'entretien et la réparation consiste en un forfait (principe d'omnium). Cela implique que le coût de l'entretien et de la réparation et de l'adaptation éventuelle pour la partie remboursée de l'orthèse d'assise, des accessoires et des composants sont couverts par ce forfait." est supprimée ;
 - => le 7. est complété par un alinéa.

Moniteur belge	Date	Titre
06.07.2021	09.04.2020	Arrêté royal modifiant l'article 29 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte une correction à l'article 1, 10°, sous 6. Cumuls et non-cumuls, alinéa 1^{er}.

Moniteur belge	Date	Titre
04.08.2021	18.07.2021	Arrêté royal modifiant l'article 14, m), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, m), 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 texte en néerlandais, dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 318253-318264, le mot "geneesheer" est remplacé par le mot "arts"
- la sixième règle d'application qui suit la prestation 318253-318264 est abrogée
- dans la septième règle d'application qui suit la prestation 318253-318264, les mots "de reins" sont remplacés par les mots "d'organes".

Moniteur belge	Date	Titre
04.08.2021	18.07.2021	Arrêté royal modifiant l'article 21, § 3, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le paragraphe 3 de l'article 21 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 par ce qui suit :

“§ 3. Les prestations prévues au chapitre V, article 14, au *littera* a, sous les numéros 220113-220124, au *littera* c, sous les numéros 250176-250180, 250191-250202, 251274-251285, 251296-251300, 251311-251322, 253654-253665, 251355-251366, au *littera* f, sous les numéros 238070-238081, 238092-238103, 238114-238125, au *littera* k, sous les numéros 280770-280781, 275192-275203, sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en dermato-vénérologie.”

Moniteur belge	Date	Titre
27.08.2021	30.07.2021	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante a l'article 31, III., 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 :

- Le 3.2., est complété par un alinéa rédigé comme suit : “Pour les bénéficiaires qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons médicales, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie autorise via la prescription que les tests se déroulent exceptionnellement au domicile (domicile de remplacement, résidence temporaire ou définitive). Le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie doit indiquer la raison médicale sur la prescription et la motiver de manière détaillée dans le dossier médical qu'il conserve. Cette motivation peut être demandée par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.”

Moniteur belge	Date	Titre
10.09.2021	29.08.2021	Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1 ^{er} , f), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace la prestation 477050-477061 à l'article 20, § 1^{er}, f), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
24.09.2021 – Édition 2	06.09.2021	Arrêté royal modifiant l'article 27 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le § 12*bis*, 3, d), de l'article 27 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 par : "d) A chaque délivrance de bas élastiques thérapeutiques pour la jambe, les mesures du bénéficiaire doivent être prises. Le prestataire doit conserver dans le dossier du bénéficiaire les mensurations et adaptations et tous les éléments relatifs aux prescriptions médicales successives. Le dossier peut être demandé par le médecin-conseil. La confection sur mesure est utilisée pour les bénéficiaires présentant de grandes différences de mesures et/ou des formes anormales qui ne correspondent à aucun schéma d'une confection pré-fabriquée, comme un décalage entre les mesures de tour ou de longueur de la partie inférieure et supérieure de la jambe."

Moniteur belge	Date	Titre
24.09.2021 – Édition 2	06.09.2021	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 31, VIII., 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, par un alinéa rédigé comme suit : "En l'absence de réaction du distributeur à la demande d'actualisation de la liste de ses produits dans un délai de 10 jours ouvrables, un rappel écrit lui est envoyé. En l'absence de réaction du distributeur à ce rappel dans un délai de 10 jours ouvrables, ses produits sont supprimés de la liste. Avant d'être supprimé de la liste, le produit concerné y figurera encore pendant 1 an."

Moniteur belge	Date	Titre
27.09.2021	06.09.2021	Arrêté royal modifiant l'article 15 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 15 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au paragraphe 19 :
 - => dans le texte néerlandais, le mot "mag" est remplacé par le mot "mogen" ;
 - => les mots "la prestation" sont à chaque fois remplacés par les mots "les prestations" ;
- l'article est complété par ce qui suit : "§ 20. Lors de l'attestation des prestations chirurgicales il faut mentionner la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair et ceci indépendamment de la façon d'attester."

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2021 – Édition 1	30.05.2021	Arrêté royal portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiciens

Résumé des modifications

L'intervention personnelle à charge des bénéficiaires est fixée, pour les prestations 705515-705526 et 705596-705600, à 24,65 S, pour les prestations 705530-705541 et 705611-705622, à 25,95 S, pour la prestation 705552-705563 à 49,34 S et pour la prestation 705574-705585 à 51,94 S, S étant la valeur du facteur de multiplication pour les prestations de l'article 31, I., de la nomenclature des prestations de santé qui relèvent de la compétence des audiciens.

L'arrêté royal du 25 novembre 2018 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiciens est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2021 – Édition 1	22.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 22 janvier 2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- il est inséré un article *8quater*
- à l'article 4, les mots "geneesheren-directeurs" sont remplacés, dans le texte néerlandais, par les mots "artsen-directeurs"
- à l'article 11, le mot "geneesheren" est chaque fois remplacé, dans le texte néerlandais, par le mot "artsen"
- à l'article 16*bis*, les mots "Conseil technique médical" sont chaque fois remplacés par les mots "Centre de connaissances de l'incapacité de travail".

Moniteur belge	Date	Titre
07.07.2021	01.07.2021	Arrêté royal portant exécution des articles 34 et 37 de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions, le prix et le remboursement des tests PCR par l'INAMI dès le 28 juin 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
09.07.2021	22.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 3 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est complété par un alinéa rédigé comme suit :

“La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2021.”

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2021	27.06.2021	Arrêté royal octroyant une dotation à l'INAMI pour l'année 2021 dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19

Résumé des modifications

Une dotation de 839.772.000 EUR est allouée à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce montant est destiné à financer les dépenses de l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19.

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2021	29.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

Résumé des modifications

En vertu de l'arrêté royal du 15 septembre 2020 une indemnité de crise supplémentaire est octroyée :

- à certains indépendants cohabitants sans charge de famille qui sont reconnus en incapacité primaire durant au moins huit jours (au plus tôt) à partir du 1^{er} mars 2020 (groupe A)
- aux indépendants cohabitants sans charge de famille qui doivent cesser l'activité autorisée pendant leur incapacité de travail durant, au minimum, sept jours civils consécutifs (au plus tôt) à partir du 1^{er} mars 2020 (groupe B).

En raison de la poursuite de la pandémie COVID-19, cet arrêté royal du 29 juin 2021 prolonge, de trois mois, soit jusqu'au 30 septembre 2021 inclus, la mesure concernant l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire dans le régime des travailleurs indépendants.

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2021	27.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

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

- l'article 2*bis*, 3^e alinéa, est complété par les mots "et pour l'année 2020"
- l'article 3*bis* est complété par un alinéa, rédigé comme suit : "La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2020."

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2021	27.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 3 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

"La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2021."

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2021	27.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'article 27 de l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques, est complété par un alinéa, rédigé comme suit :

"La liaison à l'indice santé tel que mentionné au quatrième alinéa est suspendue pour l'année 2021."

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2021	27.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes
23.08.2021 – Édition 1	27.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes :

- l'article 4, alinéa 1^{er}, est complété par la phrase suivante: "À l'exception des stages spécifiques, des stages scientifiques et des stages à l'étranger visés à l'article 2, § 1, 1^o, l'indemnité peut seulement être perçue pour les mois de stage pour lesquels le maître de stage, conformément à son arrêté d'agrément, était agréé"
- l'article 4, alinéa 2, est complété par la phrase suivante: "Pour l'année de référence 2020 ce montant de l'indemnisation est fixé à 719,75 EUR"
- dans l'article 4, alinéa 3, les mots "ainsi que, par maître de stage, le nombre de mois et le nombre de places de stage pour lesquels celui-ci était agréé" sont insérés entre les mots "et le taux d'activité" et les mots "Ces données"
- l'article 5 du même arrêté est complété par l'alinéa suivant : "Par dérogation au premier alinéa, le délai pendant lequel l'indemnisation peut être demandée pour l'année de référence 2020 est fixé à 90 jours après la publication de l'arrêté royal du 27 juin 2021 modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes au Moniteur belge."
- l'article 7 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
02.08.2021	18.07.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes

Résumé des modifications

L'article 5 de l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes, est complété par l'alinéa suivant : "Par dérogation au premier alinéa, le délai pendant lequel l'indemnité peut être demandée pour l'année de référence 2019 est fixé à 90 jours après la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal du 18 juillet 2021 modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes. Les demandes pour l'année de référence 2019, introduites avant la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal précité, sont considérées comme définitives et ne peuvent faire l'objet d'une nouvelle demande".

Moniteur belge	Date	Titre
09.08.2021	08.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

Le montant de l'intervention pour 2020 est identique aux montants fixés pour 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
23.08.2021 – Édition 2	30.07.2021	Arrêté royal fixant pour l'année calendrier 2021 les montants des interventions pour les mesures prévues dans les accords sociaux qui ont trait au secteur des soins de santé et qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 1 ^{er} mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 2012 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs et des mesures prévues dans le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier prévu dans les accords du 4 mars 2010 et du 17 mars 2010, pour autant qu'elles concernent des travailleurs occupés par des employeurs dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge et qui tombent sous l'application du maribel social

Résumé des modifications

Le montant, visé à l'article 191, alinéa 1^{er}, 5^{ter}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, destiné au financement des Fonds Maribel social, est fixé pour 2021 à 120.342.818 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
23.08.2021 – Édition 1	30.07.2021	Arrêté royal fixant la réduction des seuils d'activité en matière de rétributions ou d'interventions pour les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'année de référence 2020 dans le cadre de la crise de COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal définit le pourcentage de réduction pour l'année de référence 2020. Il convient, en effet, de prendre en compte les effets du COVID-19 pour l'année de référence 2020 lors de l'adoption de mesures réduisant les seuils d'activité concernant certaines compensations ou indemnités.

En ce qui concerne les dispositions énumérées dans l'arrêté royal, les seuils d'activité définis comme étant soit un montant de remboursement de prestations portées en compte figurant dans l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, soit un nombre de prestations ou valeurs équivalentes, une activité professionnelle hebdomadaire, pour le calcul relatif à l'année de référence 2020, sont réduits du pourcentage spécifié dans ce même arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
23.08.2021 – Édition 1	14.08.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le dernier alinéa de l'article 5, § 1, est remplacé
- dans l'article 8, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 3, l'alinéa 2 est remplacé ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 6, les mots "alinéas 70 à 77" sont remplacés par les mots "§ 1^{er}";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 9, les mots "de l'alinéa 78 de l'article 69" sont remplacés par les mots "de l'article 69 § 2";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 10, les mots "alinéas 70 à 77" sont remplacés par les mots "§ 1^{er}";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 13, les mots "de l'alinéa 78 de l'article 69" sont remplacés par les mots "de l'article 69 § 2";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 14, la dernière phrase est remplacée;
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 4, les mots "alinéas 70 à 77" sont remplacés par les mots "§ 1^{er}";
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 5, les mots "alinéas 70 à 77" sont remplacés par les mots "§ 1^{er}";
- dans l'article 77, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 2, les mots "article 35^{ter}, § 2" sont chaque fois remplacés par les mots "article 35^{ter}, § 2bis" ;
 - => le paragraphe 2, 3^o), est complété par les mots "par comparaison avec les autres formes d'administration des spécialités remboursables contenant le même principe actif.";
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 7, les mots "de l'article 35^{ter}, § 2 ou § 2bis" sont remplacés par les mots "de l'article 35^{ter}, § 2bis";
 - => dans le paragraphe 3, les alinéas 9, 10, 11 et 12 sont remplacés ;
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 1^{er}, les mots "de l'article 35^{ter}, § 2" sont remplacés par les mots "de l'article 35^{ter}, § 2bis";
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 3, les mots "de l'article 35^{ter}, § 2 ou § 2bis" sont remplacés par les mots "de l'article 35^{ter}, § 2bis";
 - => dans le paragraphe 6, alinéa 5, les mots "de l'article 35^{ter}, § 2 ou § 2bis" sont chaque fois remplacés par les mots "de l'article 35^{ter}, § 2";
- il est inséré un article 77/1

- dans l'article 79, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 1, les mots "l'article 35^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1, 2 ou 3" sont chaque fois remplacés par les mots "l'article 35^{ter}, § 1^{er}, ou § 2^{bis}";
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 2, le point a), est remplacé
- dans l'article 80, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 1, l'alinéa 1^{er}, est remplacé
 - => dans le paragraphe 5, l'alinéa 1^{er}, est remplacé.
- l'article 82, abrogé par l'arrêté royal du 26 juin 2020, est rétabli.

Moniteur belge	Date	Titre
25.08.2021	14.08.2021	Arrêté royal modifiant l'article 4 de l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

Résumé des modifications

Cet arrêté royal augmente le montant de l'indemnité de crise supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2021 suite à l'augmentation de 2 % prévue à partir du 1^{er} juillet 2021 de la prestation financière octroyée dans le cadre du droit passerelle (de crise) pour un titulaire sans personne à charge (montant visé à l'art. 10, § 1^{er}, al. 1^{er} de la loi du 22.12.2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants).

Depuis le 1^{er} juillet 2021, le montant journalier de l'indemnité de crise supplémentaire s'élève à :

- 50,67 EUR - 38,86 EUR = 11,81 EUR (pour un titulaire reconnu en incapacité primaire ou un titulaire invalide percevant l'indemnité "sans cessation de l'activité")
- 50,67 EUR - 43,45 EUR = 7,22 EUR (pour un titulaire invalide percevant l'indemnité "avec cessation de l'activité").

Moniteur belge	Date	Titre
26.08.2021 – Édition 1	14.08.2021	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2021-2022), le montant de base de l'allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants est augmenté de 1% par cet arrêté royal à partir du 1^{er} juillet 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
26.08.2021 – Édition 1	14.08.2021	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2021-2022), le montant de base de l'allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants est augmenté de 1% par cet arrêté royal à partir du 1^{er} juillet 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
26.08.2021 – Édition 1	14.08.2021	Arrêté royal suspendant temporairement l'application de l'article 58, § 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal suspend la mesure suivante pour chaque période d'incapacité de travail qui débute durant la période du 1^{er} juillet 2021 au 30 septembre 2021 inclus : si la période d'incapacité de travail reconnue débute plus de quatorze jours avant la date de la signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant, le droit aux indemnités d'incapacité de travail ne peut commencer à courir qu'à partir du quatorzième jour précédant cette date de signature.

Moniteur belge	Date	Titre
31.08.2021 – Édition 1	14.08.2021	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

Dans le cadre de la liaison au bien-être des prestations sociales (2021-2022), 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 2,5% pour les titulaires ayant charge de famille et de 2% pour les titulaires isolés et cohabitants (à partir du 01.07.2021)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 0,5% (à partir du 01.07.2021)
- l'augmentation du forfait pour chaque semaine du repos de maternité de 1% (à partir du 01.07.2021).

Les forfaits en invalidité (avec cessation de l'entreprise) ont été revalorisés au 1^{er} juillet 2021 (+ 2,5% pour les titulaires ayant charge de famille et + 2% pour les titulaires isolés et cohabitants) puisque ces montants sont liés au montant applicable de l'indemnité minimale pour un travailleur régulier dans le régime salarié, lequel a été augmenté à cette même date du même pourcentage (cf. art. 3 de l'A.R. du 29.06.2021 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

Moniteur belge	Date	Titre
03.09.2021 – Édition 1	29.08.2021	Arrêté royal revalorisant le montant visé à l'article 136, § 1 ^{er} de la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses (I) pour les bénéficiaires avec charge de famille

Résumé des modifications

Dans le cadre de la retenue de 3,5% sur les indemnités d'invalidité au profit du secteur des pensions, cet arrêté royal prévoit que le montant journalier de l'indemnité d'invalidité ne peut pas être réduit à un montant inférieur à 44,56 EUR pour les titulaires avec charge de famille (il s'agit du montant non indexé ; le montant indexé s'élève à 64,91 EUR depuis le 01.09.2021). Si nécessaire, le montant de la retenue est limité jusqu'à ce que cette condition soit respectée.

Ce nouveau seuil revalorisé correspond au montant de l'indemnité minimale pour un travailleur régulier ayant charge de famille.

Moniteur belge	Date	Titre
10.09.2021	29.08.2021	Arrêté royal en exécution de l'article 6, alinéa 2, de la loi du 7 mai 2020 portant des mesures exceptionnelles dans le cadre de la pandémie COVID-19 en matière de pensions, pension complémentaire et autres avantages complémentaires en matière de sécurité sociale

Résumé des modifications

En vertu de cet arrêté royal, la pension de retraite et la pension de survie dans le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires peuvent être cumulées sans aucune restriction avec l'indemnité d'incapacité primaire ou l'indemnité d'invalidité, pour autant que celle-ci soit relative à la période du 1^{er} mars 2020 au 30 septembre 2021 inclus et que l'incapacité de travail soit due au coronavirus COVID-19 (prolongation de trois mois).

Moniteur belge	Date	Titre
10.09.2021	29.08.2021	Arrêté royal déterminant les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour les années 2020 et 2021

Résumé des modifications

Compte tenu des paramètres définis à l'article 195, § 1^{er}, 2^o, alinéa 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs sont fixés à :

- pour l'année 2020 :
 - => 1.084.478.000 EUR pour les cinq unions nationales;
 - => 19.239.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de HR Rail.
- pour l'année 2021 :
 - => 1.120.916.000 EUR pour les cinq unions nationales;
 - => 19.885.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2021	29.08.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 2 :

- le paragraphe 1^{er} est remplacé
- au paragraphe 2, l'alinéa 1^{er} est remplacé
- au paragraphe 3, les modifications suivantes sont apportées :
 - => à l'alinéa 1^{er}, les mots "juin 2015" sont remplacés par les mots "juin 2019" ;
 - => à l'alinéa 2, les mots "1^{er} janvier 2017" sont remplacés par les mots "1^{er} janvier 2022".

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2021	16.07.2021	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.08.2021 – Édition 2	16.08.2021	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
27.09.2021	16.08.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
31.08.2021 – Édition 1	23.08.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
27.09.2021	23.08.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
31.08.2021 – Édition 1	25.08.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre I^{er} de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2021 – Édition 2	15.09.2021	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
27.10.2021	15.09.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
27.09.2021	16.09.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
06.08.2021 – Édition 3	09.07.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- l'intitulé "D.4 Prostate", est complété par les prestations 181731 et 181764 et leurs modalités de remboursement
- des modifications sont apportées à la condition de remboursement D- § 09 :
 - => le point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" est remplacé ;
 - => le point "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
31.08.2021 – Édition 1	19.08.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
08.09.2021	24.08.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la Liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- à l'intitulé "E.5.4 Dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique", la catégorie de remboursement de la prestation 172314-172325 est remplacée par "Catégorie de remboursement : II.D.a"
- la condition de remboursement E § -09 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
10.09.2021	25.08.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à la liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2021	27.08.2021	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

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- à la liste, jointe comme annexe 1^{re} :
=> l'intitulé "L.2.2.4 Pied" est complété par la prestation 181716-181720 "Implant de cartilage synthétique constitué d'un polymère hydraté qui est placé dans l'os pour le traitement d'hallux rigidus avec un grade Coughlin et Shurnas d'au moins 2" et ses modalités de remboursement ;
- aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 est ajoutée une nouvelle liste nominative 33728 associée à la prestation 181716-181720.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2021 – Édition 1	25.01.2021	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'annexe 12 du 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 est remplacée
- l'annexe 17 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
02.08.2021	12.07.2021	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
09.08.2021	12.07.2021	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - Erratum

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes au 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 :

- l'article 32/2 est complété par un alinéa, rédigé comme suit : "Si le bénéficiaire ne possède pas de document d'identité tel que visé à l'alinéa précédent, son identité peut être vérifiée en confirmant son identité via l'application Itsme."

- à l'article 32/6, les modifications suivantes sont apportées :
 - => les mots "et chaque vérification d'identité via l'application Itsme" sont insérés entre les mots "Chaque lecture électronique d'un document d'identité ou d'une vignette" et les mots "donnent lieu à l'enregistrement des données suivantes : " ;
 - => les mots "ou l'application Itsme" sont insérés entre les mots "la nature du document d'identité (ou de la vignette" et les mots ") et, le cas échéant, le numéro de série du support ;" ;
 - => les mots "ou l'application Itsme" sont insérés entre les mots "ou lecture du QR code" et les mots ") ;".
- à l'article 32/12, les mots ", la lecture du code-barres ou du QR Code" sont insérés entre les mots "de l'introduction manuelle" et les mots "visée à l'article 32/4"
- dans le chapitre XV/2, l'article 32/12 est renuméroté article 32*bis*
- l'article 32/16 est complété par un alinéa, rédigé comme suit : "Pour l'application de cette sous-section, l'inscription via une application de l'hôpital est assimilée à la lecture électronique d'un document d'identité, si cette application ne peut être utilisée qu'à proximité de l'hôpital et si le document d'identité du patient a été lu lors de sa première visite à l'hôpital. L'hôpital décrit le fonctionnement de l'application, y compris les conditions d'équivalence susmentionnées, dans un protocole qui est transmis à l'INAMI. L'inscription via une application de l'hôpital donne lieu à l'enregistrement des données suivantes : l'utilisation de l'application et la date et l'heure de l'inscription via l'application."

Moniteur belge	Date	Titre
06.08.2021 – Édition 3	28.06.2021	Règlement modifiant le règlement du 19 décembre 2016 relatif à la prescription électronique

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes à l'article 2 du règlement du 19 décembre 2016 relatif à la prescription électronique :

- deux alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 5 et 6 : "Avec l'accord du patient, la remise de la "preuve de prescription électronique" sous format papier par le prescripteur peut être remplacée par l'envoi ou la mise à disposition par un moyen sécurisé de la "preuve de prescription électronique" sous format digital. En cas d'impression sur papier, l'impression se fait sur papier taille A4, avec un maximum de quatre preuves de prescription électronique par feuille.

Les instructions techniques pour les fournisseurs de logiciels nécessaires à l'établissement et à l'impression de la "preuve de prescription électronique" sont publiées sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité."
- dans l'alinéa 8 ancien, devenant l'alinéa 10, la phrase "Lorsqu'au moins un élément de la prescription est délivré, la prescription est transmise de manière permanente au système du prescripteur." est remplacée par la phrase "Une fois délivrée, la prescription est transmise de manière permanente au système du prestataire de soins."
- l'annexe est remplacée
- le modèle de preuve de prescription électronique tel qu'il avait été établi avant l'entrée en vigueur du présent règlement, peut être utilisé jusqu'au 31 janvier 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
10.09.2021	12.07.2021	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- le formulaire F-Form-I-15 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est ajouté.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

12.07.2021

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 10

Question

L'article 27, § 25, 9, de la nomenclature prévoit que, pour les gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques, le dossier de demande d'inscription sur la liste des produits admis au remboursement comprend une attestation. De cette attestation, délivrée par un institut de test, il ressort que le produit a une pression d'au moins 15 mm de mercure.

Comment le demandeur peut-il satisfaire à cette exigence pour les gants élastiques thérapeutiques sachant qu'aucune norme n'existe pour ce type de produits ?

Réponse

Pour un gant élastique thérapeutique, une attestation pour une gaine de bras issue de la même gamme est suffisante, pour autant que les textiles utilisés pour la gaine de bras et le gant soient rigoureusement identiques.

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

Moniteur belge

15.07.2021

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

REGLE INTERPRETATIVE 42

Question

Lorsqu'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire est réalisée aussi bien avec des spires détachables que du matériel solidifiant non adhésif (la technique dite "pressure cooker"), quelles prestations peuvent être attestées pour les microcathéters ?

Réponse

Les prestations 174053-174064 et 174090-174101 sont prévues pour le premier microcathéter et, selon les conditions de remboursement, ne sont pas cumulables. Les prestations 174053-174064 et 174075-174086 sont plus généralement applicables lors de la réalisation d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire. Les prestations 174090-174101 et 174112-174123 s'appliquent plus spécifiquement à l'embolisation avec du matériel solidifiant non adhésif, dans la région encéphalique ou médullaire.

Le terme "embolisation" dans la description des prestations désigne l'ensemble de la procédure. Puisque le matériel solidifiant est utilisé pendant la procédure, la prestation 174090-174101 peut être attestée pour le premier micro-cathéter. Elle peut être attestée même si ce premier microcathéter a été utilisé uniquement pour placer des spires ou autre matériel.

La même chose s'applique pour les microcathéters suivants. Pour les microcathéters suivants utilisés pendant cette procédure, la prestation 174112-174123 doit alors être attestée.

La règle interprétative 42 produit ses effets le 1^{er} octobre 2019.

Moniteur belge

09.08.2021

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

REGLE INTERPRETATIVE 32

Question

Quelles prestations attestées doivent être comptabilisées dans les quotas imposés sur ou dans une période de 12 mois ?

Réponse

Une période glissante de 12 mois est utilisée. Une période de 12 mois doit être décomptée à partir de la date de délivrance de la prestation. Le quota concerné s'applique alors à cette période de 12 mois.

À titre d'illustration :

* Supposons que le patient ait été opéré le 1^{er} mai 2020 et ait également reçu sa prothèse de la parole ce jour (prestation 153635-153646).

• Les délivrances suivantes ont eu lieu :

* 1^{er} mai 2020

* 1^{er} juin 2020

* 1^{er} septembre 2020

* 1^{er} novembre 2020

* 31 décembre 2020

* 3 mai 2021 : Il s'agit du cinquième délivrance de la période entre le 3 mai 2021 et le 4 mai 2020 (= date de délivrance - 12 mois) et elle peut faire l'objet d'une intervention.

* 20 mai 2021: Il s'agit du sixième délivrance de la période entre le 20 mai 2021 et le 21 mai 2020 et elle ne peut faire l'objet d'une intervention sans dérogation approuvée.

La règle interprétative 32 produit ses effets le 1^{er} mars 2019.

Moniteur belge

20.08.2021 – Édition 2

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant la rilpivirine comme unique principe actif (forme orale)

Question :

À partir du 1^{er} septembre 2021, dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant la rilpivirine comme unique principe actif, peut-elle être remboursée dans le cadre du traitement de courte durée de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez les adultes virologiquement contrôlés (ARN du VIH-1 < 50 copies/ml) sous traitement antirétroviral stable, sans preuve de résistance actuelle ou antérieure et sans antécédent d'échec virologique aux agents de la classe des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et des inhibiteurs d'intégrase (INI) en combinaison avec le cabotégravir oral (VocabriaR) ?

Réponse :

La forme orale de la spécialité pharmaceutique à base de rilpivirine (EdurantR 25mg) peut être remboursée sur la base d'une demande électronique dans le § 6290000 ou sur la base du formulaire de demande obligatoire standardisé existant pour EdurantR au § 6290000, complété(e) par le médecin-spécialiste responsable du traitement associé à un centre de référence SIDA ayant conclu une convention avec l'INAMI, qui certifie ainsi qu'au moment de la demande, le bénéficiaire se trouve dans la situation visée par le nouveau § 10870100 pour la forme orale du cabotégravir (VocabriaR 30mg).

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} septembre 2021.

9. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
03.09.2021 – Édition 1	23.07.2021	Avenant à la Convention nationale du 12 décembre 2019 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs (Hôp/2020). - Conseil des ministres du 23 juillet 2021. - Notification point 32

Résumé des modifications

L'avenant prévoit l'ajout de 4 prestations aux listes de l'hôpital de jour. En créant un "groupe 6bis" (pseudocodes 767970-767981), ces prestations bénéficient temporairement d'une incitation supplémentaire pour stimuler le passage à l'hospitalisation de jour : +50 % pour la période du 1^{er} juillet à fin décembre 2021 et +15 % pour toute l'année 2022.

2^e Partie

Jurisprudence



Conseil d'État, arrêt du 9 décembre 2021

Il ne suffit pas de dire que le délai de traitement d'une procédure d'annulation est trop long ou que le résultat d'une procédure d'annulation ne peut être attendu pour démontrer la condition d'urgence. Les arguments de la partie requérante ne permettent pas non plus de déduire le préjudice irrévocable qu'elle subirait du fait de la décision contestée.

N° 252.369

... c./INAMI

...

III. Feiten

3.1. Binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 20 januari 2021 werd beslist om bijzondere aandacht te besteden aan het proactief opsporen en beheren van nieuwe varianten van het SARS-CoV-2-virus. De circulerende varianten van het virus worden via genoomanalyse opgespoord aan de hand van een surveillancesysteem (basis en actief). Daartoe worden twee platformen gecreëerd, enerzijds een genoomanalyseplatform en anderzijds een platform van peillaboratoria. De peillaboratoria sturen stalen door naar het genoomanalyseplatform voor opsporing van de circulerende varianten van het SARS-CoV-2-virus. Voor de actieve surveillance kunnen stalen bij onder andere clusters of uitbraken, reizigers uit hoog risicogebieden enzovoort worden doorgestuurd door alle betrokken klinische laboratoria, ook zij die geen deel uitmaken van het peillaboratoriaplatform. Het te creëren genoomanalyseplatform zal ook deze stalen analyseren.

Voor de surveillance van de circulerende virusvarianten werd berekend welke testcapaciteit nodig is per provincie aan de hand van de bevolkingsaantallen per provincie met mogelijkheid van een verdubbeling van de capaciteit bij een epidemische opstoot.

Vastgesteld werd dat de behoefte aan sequencingcapaciteit voor de provincie Oost-Vlaanderen 2 laboratoria bedroeg.

3.2. Op 15 maart 2021 werd een oproep tot kandidatuurstelling voor deelname aan het genoomanalyseplatform, goedgekeurd binnen het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV), bekendgemaakt op de website van het RIZIV en per mail verstuurd aan alle laboratoria. In de oproep werden de toetredingscriteria tot het genoomanalyseplatform opgenomen en werd toegelicht op welke wijze de analyse van de aanvragen zal gebeuren:

“[...]”

Het genoomanalyseplatform wordt opgericht na een kandidatuurstelling van de geïnteresseerde laboratoria en na selectie op basis van duidelijke toetredingscriteria. Omdat de regionale gezondheidsautoriteiten, waarmee intens wordt samengewerkt om clusters te onderzoeken en uitbraken in te dijken, op provinciaal niveau zijn georganiseerd, wordt er geopteerd om de benodigde capaciteit per provincie te centraliseren in de laboratoria met de grootste reeds bestaande sequencingcapaciteit.

Laboratoria kunnen deelnemen aan het genoomanalyseplatform en een overeenkomst tekenen met het RIZIV indien zij voldoen aan de volgende criteria:

- A. Erkend medisch laboratorium met BELAC ISO-15189 accreditatie. Het erkend medisch laboratorium kan bestaan uit een samenwerking met meerdere erkende medische laboratoria binnen eenzelfde juridische entiteit met minimaal één labo met een erkenning binnen de klinische biologie;
- B. Ofwel beschikken over een BELAC ISO-accreditatie specifiek voor NGS binnen de (hemato)-oncologie of de microbiologie of een aanvraag hiertoe hebben ingediend voor 16 maart 2021;
- C. Aantoonbare kwaliteitsopvolging van NGS-activiteit door deelname aan (internationale) NGS EQA schema's;
- D. Aantoonbare NGS-activiteit in de (hemato-) oncologie of in de microbiologie;
- E. Bewezen kennis in moleculaire biologie en fylogenetische analyse (cv van medewerkers);
- F. Gebruik van gevalideerde methoden voor meerdere media (UTM, PBS, Zymo, ...) om alle stalen van externe laboratoria te kunnen ontvangen;
- G. Werken conform de ISO 15189 kwaliteitsvereisten betreffende rapportering van onder andere QC-metrics en opladen van de resultaten in de GISAIID-database;
- H. TAT van < 7 dagen tussen ontvangst van het staal op het genoomanalyseplatform en het meedelen van het resultaat;
- I. Een minimale sequencingcapaciteit van 96 stalen per week voor de analyse van het SARS-CoV-2-virus, zowel voor de nodige toestellen als personeel met bewezen expertise in de materie;

[...]

De analyse van de aanvragen zal in twee stappen verlopen.

- 1/ De dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV zal nagaan of U voldoet aan de vooropgestelde criteria.
- 2/ De behoefte aan sequencingcapaciteit per provincie zal vergeleken worden met het aanbod aan genomcapaciteit van de laboratoria die voldoen aan de criteria en dus in aanmerking komen voor deelname. Om aan deze behoefte te voldoen, is het mogelijk dat meer of minder laboratoria mogen deelnemen dan op basis van de bevolkingcijfers per provincie initieel werd voorzien. Bij een overaanbod zal prioriteit worden gegeven aan de laboratoria met de meeste ervaring (criteria D en E) en de grootste reeds bestaande sequencingcapaciteit (criterium I) om de coördinatie te faciliteren, de TAT en de prijssetting te verantwoorden door voldoende runs te verzekeren. Bij onvoldoende aangeboden testcapaciteit in een provincie, zal men gebruik kunnen maken van de beschikbare testcapaciteit in nabijgelegen/andere provincies".

3.3. Op 22 maart 2021 diende de verzoekende partij tijdig een kandidatuur in voor deelname aan het genoomanalyseplatform.

3.4. Op 29 maart 2021 werd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV een nota van de dienst Geneeskundige Verzorging voorgelegd met een analyse van de aanvragen en een voorstel van samenstelling van het genoomanalyseplatform. In de nota werden de kandidaten die voldoen aan de vooropgestelde criteria gegroepeerd per provincie. Voor de provincie Oost-Vlaanderen ging het om het ... met een capaciteit van 960 testen per week en het ... (de verzoekende partij) met een capaciteit van 96 testen per week.

In de nota werd gesteld:

“Voor een aantal provincies is er een overaanbod. Dit is het geval voor de provincie Oost- en West-Vlaanderen, het Brussels Hoofdstedelijk gewest en de provincie Antwerpen. Per provincie vergelijken wij de kandidaturen en evalueren wij de kandidaten volgens de vooropgestelde criteria uit de oproep tot kandidatuurstelling.

D. Aantoonbare NGS-activiteit in de (hemato-)oncologie of in de microbiologie; [=Ervaring]

E. Bewezen kennis in moleculaire biologie en fylogenetische analyse (cv van medewerkers); [=Expertise]

[...]

I. Een minimale sequencingcapaciteit van 96 stalen per week voor de analyse van het SARS-CoV-2 virus, zowel voor de nodige toestellen als personeel met bewezen expertise in de materie, [=Capaciteit]

[...]

Voor de provincie Oost-Vlaanderen wordt het ... weerhouden binnen het genoomanalyseplatform. Het ... beschikt over een voldoende en een bewezen testcapaciteit voor de hele provincie met een grote ervaring in de genoomanalyse van Covid-stalen.

De kandidatuur van het ... wordt niet weerhouden voor de tijdelijke constructie van het genoomanalyseplatform in het kader van de coronapandemie.

[...]”.

Het Verzekeringscomité gaf een gunstig advies over het voorstel van samenstelling van het genoomanalyseplatform.

3.5. Bij brief, op 7 april 2021 ondertekend door de directeur-generaal van de dienst Geneeskundige Verzorging van de verwerende partij, en door de verzoekende partij op 8 april 2021 ontvangen, werd aan de verzoekende partij meegedeeld dat haar kandidatuur niet werd gekozen. In de brief werd vermeld:

“Het Verzekeringscomité heeft vastgesteld dat het ... voldoet aan de vooropgestelde criteria. De analyse van de kandidaturen verliep echter in twee stappen.

Voor de tweede stap van de analyse wordt de behoefte aan sequencingcapaciteit per provincie vergeleken met het aanbod aan genoomcapaciteit van de laboratoria die voldoen aan de criteria en dus in aanmerking komen voor deelname.

Ik citeer uit de oproep tot kandidaatstelling: “Om aan deze behoefte te voldoen, is het mogelijk dat meer of minder laboratoria mogen deelnemen dan op basis van de bevolkingscijfers per provincie initieel werd voorzien. Bij een overaanbod zal prioriteit worden gegeven aan de laboratoria met de meeste ervaring (criteria D en E) en de grootste reeds bestaande sequencingcapaciteit (criterium I)”.

Voor de provincie Oost-Vlaanderen wordt het ... weerhouden binnen het genoomanalyseplatform. Het ... beschikt over een voldoende en een bewezen testcapaciteit voor de hele provincie met een grote ervaring in de genoomanalyse van covid-stalen.

De kandidatuur van het ... wordt niet weerhouden voor de tijdelijke constructie van het genoomanalyseplatform in het kader van de coronapandemie. U komt bijgevolg niet in aanmerking om de overeenkomst met het RIZIV af te sluiten”.

Dit is de bestreden beslissing.

IV. Tussenkomst

4. ... blijkt voordeel te halen uit de bestreden beslissing en heeft er belang bij dat de vordering wordt afgewezen. Bijgevolg moet haar verzoek tot tussenkomst worden ingewilligd.

V. Herinnering aan de schorsingsvoorwaarden

5. Krachtens artikel 17, § 1, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State kan de schorsing van de tenuitvoerlegging slechts worden bevolen onder de dubbele voorwaarde dat de zaak te spoedeisend is voor een behandeling ervan in een beroep tot nietigverklaring en indien minstens één ernstig middel wordt aangevoerd dat de nietigverklaring van de akte of het reglement *prima facie* kan verantwoorden.

VI. Spoedeisendheid

Standpunt van de verzoekende partij

6. De verzoekende partij zet uiteen dat de oprichting van het genoomanalyseplatform een uitzonderlijke maatregel is in de Covid19-crisis die slechts tijdelijk wordt genomen. Tot voor kort kon de verzoekende partij zelf genoomanalyses uitvoeren maar als gevolg van de bestreden beslissing kan zij er geen meer verrichten aangezien de sentinellaboratoria hun positieve stalen moeten overmaken aan de laboratoria die tot het genoomanalyseplatform werden toegelaten. De maatregel wordt slechts voor beperkte duur genomen, aangezien de overeenkomst zal lopen van 22 februari 2021 tot en met 31 december 2022. Indien de verzoekende partij een vernietigingsprocedure moet afwachten, dan zal het grootste deel van de duur van de maatregel verstreken zijn.

Voorts wijst zij op het belang om te kunnen deelnemen aan het genoomanalyseplatform met het oog op behoud van haar kennis en ervaring. Zij heeft reeds op eigen initiatief en zonder specifieke vergoeding onderzoek gedaan naar de verschillende varianten van het Covid-19 virus zodat zij op dit moment over een bijzondere kwaliteit, kennis en ervaring beschikt. Deze ervaring zal ook nuttig zijn voor toekomstige genoomanalyses. Door de bestreden beslissing zal zij de opbouw van deze kennis moeten stopzetten. Daardoor verliest zij de mogelijkheid om verder kennis, kwaliteit en ervaring op te doen voor het opsporen van verschillende varianten van het Covid-19 virus en de genoomanalyse in het algemeen. Het betekent ook een belangrijk concurrentieel nadeel ten opzichte van de laboratoria die wel worden toegelaten tot het genoomanalyseplatform. Zo zal zij niet dezelfde ervaring opbouwen en verliest zij de kans om toegelaten te kunnen worden tot een gelijkaardig platform. Zij verliest ook de mogelijkheid om deel uit te maken van eventuele andere Belgische, Europese of wereldwijde gevoerde onderzoeksprojecten naar de verschillende varianten van het Covid-19-virus of andere onderzoeksprojecten waarbij ervaring, kennis en kwaliteit in genoomanalyse van belang zal zijn.

Doordat de verzoekende partij niet wordt toegelaten tot de overeenkomst misloopt zij ook aanzienlijke inkomsten aangezien een laboratorium dat toegelaten is tot het platform 75 EUR kan aanrekenen per uitgevoerde genoomanalyse. Nochtans heeft de verzoekende partij wel de nodige investeringen gedaan om genoomanalyses te kunnen uitvoeren.

Beoordeling

7. Naar eis van artikel 17, § 2, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State moet het verzoekschrift “een uiteenzetting van de feiten [bevatten] die, volgens de indiener ervan, de spoedeisendheid verantwoorden die ter ondersteuning van dit verzoekschrift wordt ingeroepen”. Hetzelfde is te lezen in artikel 8, eerste lid, 4°, van het koninklijk besluit van 5 december 1991 ‘tot bepaling van de rechtspleging in kort geding voor de Raad van State’. Dit houdt in dat het aan de verzoevende partij toevalt in het verzoekschrift aan de zaak eigen, specifieke gegevens bij te brengen die *in concreto* aantonen dat de zaak te spoedeisendheid is, gelet op de gevolgen van een – voortdurende – tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing.

Het volstaat niet te stellen dat de doorlooptijd van een annulatieprocedure te lang duurt of dat het resultaat van een annulatieprocedure niet kan worden afgewacht.

8. Uit de uiteenzetting van de verzoevende partij blijkt niet welke onherroepelijke schadelijke gevolgen zij lijdt ten gevolge van de bestreden beslissing.

Het loutere feit dat zij aanvoert dat de bestreden beslissing een tijdelijke maatregel is die mogelijk reeds het grootste deel van zijn uitvoering zal hebben gekend alvorens een vernietigingsarrest zou tussenkomen, volstaat op zich niet en ontslaat haar niet van de verplichting om *in concreto* aan te tonen dat de vordering, gelet op de aard van de schadelijke gevolgen van de onmiddellijke of voortdurende tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing, spoedeisend is. De verzoevende partij toont niet *in concreto* aan dat de slechts tijdelijke toepassing van de bestreden beslissing voor haar onherroepelijke schadelijke gevolgen meebrengt.

De verzoevende partij voert aan dat zij ingevolge de bestreden beslissing de mogelijkheid zou verliezen om verder kennis, kwaliteit en ervaring op te doen en daardoor ook de mogelijkheid zou verliezen om in de toekomst deel uit te maken van andere Belgische, Europese of wereldwijd gevoerde onderzoeksprojecten naar varianten van het Covid-19-virus. Zij toont echter niet aan dat dit een werkelijk en rechtstreeks gevolg is van de bestreden beslissing noch toont zij aan dat zij ingevolge het verlies aan ervaring op grond van de bestreden beslissing de duur van een vernietigingsprocedure niet zou kunnen overbruggen.

Met de verwerende partij moet immers worden vastgesteld dat de bestreden beslissing erop gericht is om de circulerende varianten van het SARS-CoV-2-virus op te sporen door een surveillancesysteem te organiseren waarbij peillaboratoria op regelmatige basis een vooraf afgesproken percentage van hun positieve stalen met hoge virale lading doorsturen naar een laboratorium uit het genoomanalyseplatform enerzijds en waarbij alle laboratoria stalen “kunnen” doorsturen in het kader van onder andere de opvolging van een uitbraak met een onverwacht verloop, reizigers uit hoogrisicogebieden enzovoort anderzijds. De verzoevende partij brengt echter geen gegevens aan waaruit blijkt dat deze georganiseerde surveillance zou uitsluiten dat de verzoevende partij op vrijwillige basis, zoals ze ook voorheen heeft gedaan volgens het verzoekschrift, genoomanalyses blijft uitvoeren op positieve stalen uit haar eigen laboratorium dan wel van andere laboratoria buiten deze georganiseerde surveillance om en bijgevolg haar ervaring verder zou kunnen blijven opbouwen. Het mogelijke verlies aan ervaring en het vermeend daaruit volgend concurrentieel nadeel vloeit dan ook niet *ipso facto* voort uit de tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing.

Zij toont voorts niet aan dat zij ingevolge het beweerde financieel nadeel de duur van een annulatieprocedure niet kan overbruggen. In wezen verandert de bestreden beslissing immers niets aan de financiële toestand waarin de verzoevende partij zich op heden bevindt. De verzoevende partij voerde volgens haar eigen informatie voorafgaand aan de bestreden beslissing reeds genoomanalyses uit zonder dat zij hiervoor een verstrekking kon aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering. Zo stelt zij in haar verzoekschrift dat zij reeds op eigen initiatief en zonder specifieke vergoeding uitgebreid onderzoek deed naar de verschillende varianten van het Covid-19-virus. De verzoevende partij brengt voorts geen enkele informatie bij omtrent het aandeel dat de sequencing van SARS-CoV-2-stalen in het kader van het genoomanalyseplatform zou vertegenwoordigen in de totale omzet van de verzoevende partij.

Gelet op de kandidatuur van de verzoekende partij, zou het sowieso gaan om een maximum van 96 stalen per week, waarbij in de nota aan het Verzekeringscomité van 29 maart 2021 bij de beoordeling van de kandidatuur van de verzoekende partij werd opgemerkt dat dit ook nog maar slechts een theoretische capaciteit betreft.

De verzoekende partij geeft een inzicht in de wijze waarop het toekomstige verlies van een vergoeding van 75 EUR per staal in het kader van een deelname aan het genoomanalyseplatform het voortbestaan van de verzoekende partij in het gedrang zou kunnen brengen.

Er wordt dan ook geen spoedeisendheid aangetoond.

9. Aangezien niet is voldaan aan één van de voorwaarden om over te gaan tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing, dient het schorsingsberoep te worden afgewezen. Bijgevolg dient ook de vordering tot het opleggen van voorlopige maatregelen te worden verworpen.

Beslissing

1. Het verzoek van ... tot tussenkomst in het administratief kort geding wordt ingewilligd.
2. De Raad van State verwerpt de vordering tot schorsing en tot het bevelen van voorlopige maatregelen.

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. e-Santé

Dispensateur de soins - Plan action e-Santé - INAMI enquête 2019 - Demande de formation - Primes télématiques forfaitaires - eHealthbox

Question n° 687 posée le 7 mai 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante MUYLLE¹

L'organisation d'une enquête annuelle auprès des dispensateurs de soins et des citoyens à propos de la connaissance et de l'utilisation des applications e-Santé constituait l'un des points d'action du Plan d'action e-Santé 2019-2021 du gouvernement fédéral. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a publié récemment les résultats de l'enquête 2019.

La conclusion générale de ces chiffres révèle un manque de connaissances des possibilités de l'e-Santé, tant chez les dispensateurs de soins que chez les citoyens. C'est principalement dans les domaines de l'accessibilité des services d'e-santé et de l'échange numérique de données médicales entre dispensateurs de soins que des améliorations s'imposent. La majorité des dispensateurs de soins continue à échanger des données médicales par écrit et/ou par téléphone.

Quelques chiffres saillants :

- environ quatre médecins généralistes sur dix demandent davantage de formation aux services d'e-Santé
- 62,6 % des médecins généralistes font confiance aux applications numériques, tandis que 17,9 % hésitent à les utiliser
- à peine 40,9 % des médecins généralistes estiment que l'utilisation d'outils recourant à l'intelligence artificielle est souhaitable
- pour les échanges de données médicales, les médecins généralistes belges privilégient la communication par écrit (74,9 %), suivie par la communication par téléphone (72,6 %) et par l'eHealthbox (63,7 %).

Ces chiffres varient considérablement, qui plus est, selon les régions.

- la communication par écrit est singulièrement plus populaire parmi les médecins généralistes bruxellois que flamands, avec respectivement 81,5 % et 72,7 %
- l'utilisation de la eHealthbox est significativement plus populaire en Flandre (73,8 %) qu'en Wallonie (53,9 %) et à Bruxelles (47,8 %)
- de même, le portail santé du service fédéral est plus souvent utilisé en Flandre (54,1 %) qu'à Bruxelles (45,7 %) et en Wallonie (38,4 %).

Compte tenu de ces chiffres étonnants, avez-vous l'intention de prendre des mesures concrètes pour remédier à cette absence de connaissance et d'utilisation des applications e-Santé ? Je songe principalement, à cet égard, aux lacunes chez les dispensateurs de soins.

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 188.

Réponse :

En vue de stimuler l'utilisation des applications eHealth, l'INAMI octroie annuellement des primes télématiques forfaitaires aux dispensateurs de soins qui remplissent les différents critères d'utilisation des applications eHealth (actuellement les médecins généralistes, les dentistes, les sages-femmes et les praticiens de l'art infirmier).

Par ailleurs, l'INAMI cofinance annuellement, en partenariat avec les entités fédérées, l'organisation de formations concernant l'utilisation d'applications eHealth pour les soins de première ligne. L'objectif de ces formations est de mieux faire connaître et d'encourager l'utilisation des instruments d'e-Santé disponibles. Entre-temps, les priorités (fixées par le gouvernement fédéral) évoluent constamment. En 2021, les formations seront complétées par des formations destinées au citoyen (sensibilisation à l'e-Santé, aide aux personnes non automatisées, formation en matière de partage de données de santé pour les aidants proches, etc.).

Les formations sont également élargies au milieu hospitalier et à un nombre accru de groupements professionnels, à savoir les praticiens de l'art infirmier, les kinésithérapeutes et les sages-femmes (eHealthBox, eFact, eAttest, etc.). Bien sûr, les formations existantes seront maintenues (Sumehr, schémas de médication VIDIS, eHealthbox, etc.), si bien qu'elles seront accessibles pour un nombre de dispensateurs de soins croissant. L'accent est également mis sur le partage multidisciplinaire des données de santé, à savoir en ce qui concerne la gestion des dossiers électroniques, la création et la transmission des Sumehrs, l'utilisation de l'eHealthbox et l'envoi de documents aux patients via l'e-Box des citoyens. Enfin, dans le contexte de l'actuelle crise sanitaire, une des priorités de ses sessions de formation sera axée sur la téléconsultation, en ce compris la téléconsultation dans les soins de santé mentale.

II. Activité indépendante à titre complémentaire

Repos de maternité - Indemnité - Statut de travailleur salarié à temps partiel - Travailleur indépendant à titre complémentaire - Repos complet est donc un principe fondamental de l'assurance maternité des travailleuses salariées - Montant de l'indemnité de maternité en tant que travailleuse indépendante est toutefois diminué du montant de l'indemnité de maternité en tant que travailleuse salariée

Question n° 690 posée le 7 mai 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante WILLAERT¹

Les femmes perçoivent une indemnité durant leur repos de maternité (15 ou 19 semaines en cas de naissance multiple). Pour bénéficier d'une indemnité complète, les femmes qui exercent une activité indépendante à titre complémentaire doivent interrompre celle-ci durant six semaines (ou 8 semaines en cas de naissance multiple).

À défaut, les semaines durant lesquelles les femmes continuent à exercer leur activité indépendante ne sont pas considérées comme repos de maternité et les intéressées ne perçoivent pas d'indemnité de maternité. En d'autres termes, les femmes sont obligées d'une part d'arrêter leur activité indépendante mais, d'autre part, les revenus normalement générés par celle-ci ne sont pas pris en considération pour le calcul de l'indemnité.

Il ressort, en effet, de la réponse du ministre Clarinval à ce propos que la législation présente une lacune. Les carrières hybrides se multiplieront à l'avenir. Il importe, dans ce contexte, de veiller à ce que les personnes concernées ne passent pas entre les mailles des différents filets. Nous songeons concrètement aux femmes qui possèdent un statut de travailleur salarié à temps partiel, complété par une activité indépendante à titre complémentaire et qui doivent bénéficier des montants maximums d'indemnité de maternité actuellement en vigueur.

Cette lacune vous paraît-elle possible à combler ? Serait-il possible, lors du calcul de l'indemnité de maternité, de tenir compte de la perte de revenus subie durant leur repos de maternité par les femmes qui cumulent un statut de travailleur salarié à temps partiel et de travailleur indépendant à titre complémentaire ? Dans l'affirmative, quelles sont les pistes envisageables ?

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 190.

Réponse :

Je peux confirmer que la travailleuse doit avoir cessé toute activité (y compris l'activité en tant qu'indépendante à titre complémentaire) afin de pouvoir percevoir une indemnité de maternité à charge de l'assurance maternité des travailleuses salariées. Actuellement, la durée du repos de maternité pour une travailleuse salariée est de quinze semaines, dont seules dix semaines doivent obligatoirement être prises (à savoir 1 semaine avant la date présumée d'accouchement et 9 semaines à compter de la date d'accouchement).

En ce qui concerne cette exigence de cessation de toute activité, il convient de se référer à l'intention du législateur. Cette cessation est tout d'abord justifiée par la nature de la prestation octroyée. L'indemnité de maternité constitue en effet un revenu de remplacement. De plus, cette obligation découle du double objectif de la mesure en matière de repos de maternité, à savoir un repos total de la mère et l'accueil de l'enfant. Le législateur a souhaité favoriser le repos complet de la mère en lui octroyant un revenu de remplacement spécifique. Cette exigence d'un repos complet est donc un principe fondamental de l'assurance maternité des travailleuses salariées.

Je souhaite encore faire remarquer que si, dans le cadre de son activité d'indépendante à titre complémentaire, l'assurée concernée verse au statut social des travailleurs indépendants des cotisations de sécurité sociale au moins égales à la cotisation minimale due par les travailleurs indépendants à titre principal, elle ouvre (aussi) un droit aux indemnités de maternité à charge de l'assurance maternité dans le régime indépendant. Dans ce cas, le montant de l'indemnité de maternité en tant que travailleuse indépendante est toutefois diminué du montant de l'indemnité de maternité en tant que travailleuse salariée.

III. Congé de maternité

Accords et modalités spécifiques concernant le nombre de semaines - Dépendent de l'employeur ou de l'organisme qui paie le salaire - Assurance maladie versée par la mutualité - Statistiques

Question n° 825 posée le 25 juin 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant MATHEÏ¹

Les femmes qui accouchent ont droit au congé de maternité. Les accords et modalités spécifiques concernant le nombre de semaines, le nombre de semaines à prendre, le montant de l'indemnité de maternité etc. dépendent de l'employeur ou de l'organisme qui paie le salaire.

L'indemnité de maternité est organisée dans le cadre de l'assurance maladie, est versée par la mutualité et s'élève à un pourcentage de la rémunération brute plafonnée.

1. Combien de femmes ont-elles bénéficié du congé de maternité en 2017, 2018, 2019 et 2020 ?
2. Quel a été le nombre total de semaines de congé de maternité prises au cours de la même période ?
3. Quel a été le nombre moyen de semaines de congé de maternité prises pendant la même période ?
4. Quel a été le montant total des congés de maternité payés pendant la même période ?
5. Quel a été le montant moyen des indemnités de maternité versées au cours de la même période ?
6. Quel a été le coût total du congé de maternité au cours de la même période ?

Réponse :

Le tableau 1 repris ci-dessous reprend le nombre de cas de repos de maternité ventilés selon le nombre de semaines ainsi que la durée moyenne d'un repos pour les années 2017, 2018 et 2019. Les données 2020 ne sont pas encore disponibles.

Étant donné qu'une période de repos de maternité peut s'étendre sur deux années différentes, nous avons comptabilisé l'ensemble de la durée des repos sur l'année durant laquelle la naissance de l'enfant a eu lieu. Concrètement, un repos de maternité octroyé pour un enfant né en novembre 2017 s'étale sur l'année 2017 et 2018 : l'ensemble de la durée sera comptabilisée sur l'année 2017. Cette méthode permet d'éviter les doubles comptages de cas de repos de maternité.

1. Bulletin n° 068, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 227.

Pour déterminer la durée d'un repos de maternité, il a uniquement été tenu compte des jours pris dans le cadre des 15 semaines de base. Les jours de repos de maternité octroyés dans le cadre des diverses prolongations possibles telles que par exemple en cas de naissance multiple ou de naissance tardive n'ont pas été pris en compte et ce, afin de rendre les durées obtenues comparables entre elles.

Tableau 1 : nombre de cas de repos de maternité ventilés selon la durée du repos.

Nombre de repos de maternité	2017	2018	2019
- de 10 semaines	1.675	1.666	1.781
10 semaines	917	946	1.085
11 semaines	2.349	2.328	2.070
12 semaines	2.320	2.372	2.319
13 semaines	4.023	4.124	4.335
14 semaines	13.515	13.531	13.415
15 semaines	46.644	45.841	45.597
Total	71.443	70.808	70.602
Durée moyenne (en semaines)	14,24	14,23	14,21

Le tableau 2 reprend d'une part le coût total et le montant de l'indemnité hebdomadaire moyenne du repos de maternité de base (15 semaines) et d'autre part le coût total du repos de maternité complet. Contrairement au repos de maternité de base, le repos de maternité complet reprend les jours indemnisés dans le cadre des diverses prolongations possibles (naissance multiple, naissance tardive, hospitalisation de plus de 7 jours de l'enfant, etc.).

Tableau 2 : Coûts totaux et indemnité hebdomadaire moyenne du repos de maternité.

	2017	2018	2019
Coût total du repos de maternité de base (15 semaines)	393.119.136,58	397.607.912,82	405.949.587,69
Indemnité hebdomadaire moyenne du repos de maternité de base	391,86	400,14	410,28
Coût total du repos de maternité complet	401.308.436,36	405.829.768,30	413.771.477,53

IV. Implication des associations de patients

Nomenclature INAMI - Groupes de travail et commissions -
Commission de conventions bandagistes et orthopédistes
- Implication des unions professionnelles, des mutualités et
des associations de patients dans les décisions prises par
ces commissions - Aspects de la concertation

Question n° 836 posée le 30 juin 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante CREEMERS¹

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dispose de plusieurs groupes de travail et commissions chargés, entre autres, de la modification de la nomenclature. La Commission de conventions bandagistes et orthopédistes travaille depuis quelques années déjà à la modification de l'article 29 de la nomenclature. Les associations qui représentent les intérêts des patients ont également été conviées aux discussions portant sur cette matière, ce qui constitue une avancée majeure dans le fonctionnement de cette commission.

En effet, il est primordial que les unions professionnelles et les mutualités soient également présentes. Inviter plusieurs acteurs à prendre part à la concertation permet de récolter des informations et des avis différents. Cela permet aussi de les voir sous un autre angle. Je soutiens donc vivement ce mode de fonctionnement. Il pourrait être intéressant d'encourager d'autres commissions à procéder également de la sorte.

L'aspect financier des discussions peut également avoir d'énormes conséquences pour le patient. Les décisions relatives au choix des fabricants dont les produits seront remboursés, les arguments utilisés, le prix auquel les fabricants fourniront les prothèses ou encore le montant que les patients devront assumer personnellement sont autant d'éléments qui revêtent également une grande importance pour le patient.

1. Que pensez-vous de l'implication des unions professionnelles, des mutualités et des associations de patients dans les décisions prises par ces commissions ?
2. Quels sont les aspects de la concertation qui nécessiteraient, selon vous, la présence de chacun de ces acteurs ? Pouvez-vous détailler votre réponse pour chacun des acteurs précités ?
3. Comment comptez-vous impliquer les associations de patients dans d'autres commissions de l'INAMI ? Comment allez-vous vous assurer que les associations de patients impliquées seront systématiquement représentatives de l'ensemble des patients en tenant dès lors compte des nombreux types de pathologies et de handicaps ?

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 227.

Réponse :

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dispose en effet d'un très grand nombre d'organes de concertation (commissions, comités, groupes de travail, etc.) qui servent à préparer, analyser, interpréter, amender, adapter, actualiser, etc. la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dont la nomenclature des prestations de santé pour laquelle les partenaires classiques sont les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Conscient que l'expertise du patient peut beaucoup apporter à ce travail permanent, des représentants des patients sont de plus en plus souvent invités à participer aux travaux de réflexion sur l'assurance obligatoire, en suivant les travaux de tels organes de concertation, en se prononçant sur des projets de textes ou en étant interrogés sur leurs besoins, comme dans l'exemple mentionné dans votre question. Les trois angles de l'expertise sont alors rencontrés : l'expertise "médicale" des dispensateurs de soins représentés par leurs associations professionnelles, l'expertise de gestion de l'assurance soins de santé des représentants des organismes assureurs qui représentent la voix des assurés et l'expertise des patients qui rend compte du vécu relatif aux décisions prises. Une telle présence de la voix du patient n'est actuellement pas formalisée et/ou imposée : elle se fait sur une base volontaire.

Toutefois, à l'occasion du plan Priorité aux malades chroniques, un Observatoire des maladies chroniques a été mis en place en 2012 au sein du Conseil scientifique de l'INAMI. Sa section consultative est composée à part égale de représentants des couples d'associations de patients (Vlaams Patiëntenplatform, Ligue des Usagers des Services de Santé et Patienten Rat und Treff) et de représentants des organismes assureurs. Cette section a pour mission d'évaluer les besoins des patients chroniques. À cet égard, de nombreux projets de modifications de la réglementation relative à l'assurance obligatoire lui ont été soumis pour avis et les patients ont exprimé des besoins qui ont donné lieu à des propositions de modification de cette réglementation, en ce compris la nomenclature, par exemple pour les soins dentaires pour les malades chroniques, la kinésithérapie ou encore, les antidouleurs.

En outre, comme le prévoit le contrat d'administration entre l'INAMI et le gouvernement fédéral, la création d'un Forum de patients au sein de l'INAMI est en cours. Sa mission serait d'être l'organe de concertation entre les patients et l'INAMI pour toutes les matières qui relèvent de la compétence de ce dernier.

Les modalités de mise en place de ce Forum sont en cours de discussion avec les Coupoles d'associations de patients. La base légale sera fournie en automne. Au cours de ces discussions, les Coupoles ont indiqué leur préférence pour la forme d'un tel Forum plutôt que la présence dans différents organes de concertation de l'INAMI. Une telle présence ferait en effet peser une charge trop lourde sur les représentants des patients qui ne peuvent se démultiplier, qui sont souvent eux-mêmes des patients, qui sont des bénévoles et non des professionnels de la santé et de sa réglementation, d'autant plus que les organes de concertation sont très nombreux au sein de l'INAMI. Ainsi, il y a plus de 170 organes de concertation pour lesquels les membres reçoivent des jetons de présence, et plus de 80 organes officiels au sein du seul Service des soins de santé (environ 900 réunions par an, soit, en moyenne, 17 par semaine dont certaines en soirée : réunions en plénière, en groupes de travail formels, en groupes de travail informels, etc.).

Ce Forum de patients au sein de l'INAMI aura pour but de répondre rapidement aux besoins des patients et aux demandes des organes de l'INAMI d'inclure la voix des patients dans leurs réflexions en cours (alors que la Section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques peut être utilisée pour des analyses plus approfondies sur une période plus longue). Cela pourrait, entre autres, se concrétiser par l'envoi ponctuel de représentants de ce Forum dans certains organes de concertation de l'INAMI. Le point de départ n'est pas de définir précisément sur quels aspects de la concertation les patients devraient pouvoir se prononcer mais plutôt de considérer au cas par cas quand l'expertise du patient est la plus utile dans une réflexion donnée.

Enfin, dans le cadre des discussions en cours, les Coupoles ont demandé la création d'un référent patient au sein de l'INAMI qui sera le point de contact central pour les associations de patients et qui jouera un rôle de liaison entre les patients et les organes et experts de l'INAMI.

V. Enquête

Mutualité chrétienne - Causes incapacité de travail de longue durée - Entreprise cause - burn-out - plus d'attention au bien-être - Remboursement des soins psychologiques - Prévenir l'augmentation permanente du nombre des personnes en incapacité de travail - Mult-eMediatt - Projet TRIO

Question n° 854 posée le 8 juillet 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DE JONGE¹

Le 29 juin 2021, *De Standaard* a publié un article sur les causes de l'incapacité de travail de longue durée. Une récente enquête menée par la Mutualité chrétienne auprès de 4.350 membres a révélé que 56 % des malades de longue durée voient leur travail ou leur entreprise comme en étant, au moins en partie, la cause. Pour les personnes souffrant de burn-out, ce chiffre atteint 90 %.

La Mutualité chrétienne en conclut qu'il est grand temps que les entreprises accordent beaucoup plus d'attention au bien-être sur le lieu de travail, via le télétravail, le congé parental, le crédit-temps de fin de carrière, etc. Elle demande également un remboursement des soins psychologiques.

L'accord de gouvernement stipule : "Nous voulons prévenir l'augmentation permanente du nombre des personnes en incapacité de travail (de longue durée) en aidant les employeurs et les travailleurs à mettre en place des conditions de travail plus faisables, en concertation avec les partenaires sociaux. La responsabilisation de l'ensemble des acteurs concernés, c'est à dire les employeurs, les employés et les médecins (médecin généraliste, médecin du travail, médecin-conseil) est à cet égard d'une grande importance, tant en termes de prévention que de réintégration."

1. Que pensez-vous de la conclusion de cette étude à grande échelle ?
2. Le gouvernement fédéral envisage-t-il de rembourser l'aide psychologique ?
3. Où en est le gouvernement dans l'exécution de ce qui a été convenu à ce sujet dans l'accord de gouvernement ?

Réponse :

1. Sur la base du constat selon lequel 56 % des malades de longue durée qui travaillaient avant leur incapacité trouvent la cause de leur incapacité de travail au moins en partie dans le travail ou dans l'entreprise, un certain nombre de recommandations sont formulées, dont beaucoup relèvent de la compétence du ministre de l'Emploi.

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 237.

Cependant, de nombreuses actions sont également menées au sein de l'assurance maladie-invalidité.

- Le projet mult-eMediatt vise à envoyer, avec l'accord du patient, le certificat d'incapacité de travail (CIT) par voie électronique depuis le logiciel du médecin vers un ou plusieurs destinataires. Ce projet entrera en production début 2022. Dans une première phase, le médecin généraliste pourra envoyer le CIT par voie électronique aux organismes assureurs, à Medex et à HR Rail. Les avantages pour l'assuré seront nombreux : plus besoin d'avoir un certificat papier sur soi lors de la visite chez le médecin, plus besoin d'envoyer le CIT par courrier, plus d'obligations administratives envers l'organisme assureur après la visite chez le médecin, moins de risque d'envoi tardif du CIT et donc moins de risque de sanction. Ce projet constitue une première étape dans la numérisation de l'administration de l'incapacité de travail et une simplification des démarches administratives pour les assurés.
- Déjà en 2016, le projet TRIO a été lancé, d'abord en Flandre, puis également en Belgique francophone. Ce projet a permis la création d'un réseau visant à promouvoir la communication entre les médecins généralistes, les médecins du travail et les médecins-conseils afin de travailler plus efficacement à la réinsertion durable des malades de longue durée.
- Lors de sa réunion du 21 avril 2021, le Comité de gestion de l'assurance indemnités a approuvé des directives pour l'approche multidisciplinaire des dossiers relatifs aux cas d'incapacité de travail et à la réinsertion au sein des organismes assureurs. Le médecin-conseil est entouré d'une équipe pluridisciplinaire composée de praticiens de l'art infirmier, de psychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux. Cette équipe se concentre sur les besoins de la personne en incapacité de travail, tant dans le cadre du contrôle de l'incapacité de travail que dans celui de la réinsertion socioprofessionnelle. Cette approche devrait permettre de mieux accompagner et soutenir les assurés dans leur rétablissement et leur retour à l'emploi.
- Dans le cadre de l'accompagnement et du soutien des assurés dans leur reprise du travail, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) prévoit également le remboursement d'un examen d'orientation professionnelle. Cet examen se penche sur l'historique professionnel de l'assuré, ses compétences et ses points à améliorer, ses possibilités sur le marché de l'emploi et les mesures à prendre en matière de médiation, d'accompagnement et de formation. Dans cette phase, toutes les informations nécessaires à la réalisation d'un trajet sont collectées et la réelle nécessité de suivre un trajet est déterminée.
- L'accord de gouvernement prévoit de renforcer davantage la réinsertion des malades de longue durée. Dans ce contexte, une nouvelle fonction de "Coordinateur Retour au travail" est ajoutée aux équipes multidisciplinaires au sein des organismes assureurs. Ce coordinateur sera le premier point de contact au sein de l'équipe multidisciplinaire pour la "question du retour au travail". Il sera le pivot de l'approche multidisciplinaire entre tous les acteurs concernés : le travailleur salarié, le médecin-conseil (qui est en relation avec le médecin traitant et le médecin du travail), mais aussi éventuellement le service externe de prévention et de protection au travail, l'employeur et divers autres prestataires de services (tels que les offices régionaux de l'emploi, les centres d'accompagnement de carrière, les centres de revalidation fonctionnelle, etc.). Sa tâche principale consistera à promouvoir la volonté et l'opportunité du retour au travail visé : organisation et coordination des "activités de retour au travail", médiation avec les parties prenantes internes et externes, administration et suivi des "trajets de retour au travail".

2. Le remboursement de l'aide psychologique permet de rendre cette aide accessible à un plus grand nombre de personnes. Les travailleurs salariés qui bénéficient d'une aide psychologique en temps utile peuvent éviter une incapacité de travail. En cas d'incapacité de travail, une aide psychologique peut les aider à se rétablir et à reprendre le travail, et peut également contribuer à prévenir les rechutes après la reprise du travail.

À cet égard, une première forme de remboursement des soins psychologiques a été prévue à partir de 2018. Le 26 juillet 2021, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé une nouvelle convention ; elle constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à la population et permet de développer davantage les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires. C'est un complément important aux dispositions existantes.

Les soins psychologiques de première ligne sont des interventions visant à renforcer l'autonomie ou les soins informels via une évaluation de la demande d'aide par la clarification de la plainte, l'auto-assistance guidée, la psychoéducation, le renforcement de l'autonomie et de la résilience, le soutien des acteurs de première ligne et l'orientation si nécessaire.

L'objectif est que les besoins du patient soient détectés le plus rapidement possible (détection précoce) et traités adéquatement (*matched care*). La convention règle le financement de deux fonctions psychologiques dans les soins de première ligne : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés.

En fonction de la demande d'aide, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'auto-soin et la résilience dans le cadre de la fonction de soins psychologiques de première ligne. Si le bilan fonctionnel montre qu'un traitement du trouble psychologique sous-jacent est nécessaire, il est fait appel à la fonction de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale après requête au sein du réseau.

Cette nouvelle convention entre en vigueur le 1^{er} septembre.

3. Le plan Retour au travail dont font partie les coordinateurs Retour au travail, tels que décrits dans la réponse au point 1, a été approuvé en première lecture par le Conseil des ministres. Le concept a vu le jour en étroite concertation avec les parties prenantes et le cabinet du ministre Dermagne. Les textes légaux ont été soumis pour avis à l'Autorité de protection des données et au Conseil d'État. Après la seconde lecture au Conseil des ministres, les textes seront soumis aux parlementaires dans les meilleurs délais. Le déploiement final nécessite également un accord lors du conclave budgétaire de l'automne.

VI. Remboursement des frais médicaux à l'étranger

Cotisation en Belgique - Traiter dans leur pays de résidence
- Traitements en Belgique - Plaintes depuis des années -
accord avec l'INAMI – Négociations

Question n° 951 posée le 24 août 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante SAMYN ¹

De plus en plus de compatriotes vivent à l'étranger pour des périodes plus ou moins longues. Certains y résident même en permanence pour vivre de leurs rentes. Même s'ils paient une cotisation en Belgique, le remboursement de leurs frais médicaux est organisé de manière très différente. Dans certains cas, ils peuvent se faire traiter dans leur pays de résidence mais dans d'autres, ils ne sont remboursés que s'ils subissent des traitements en Belgique.

Le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/international/vivre>) comporte une liste limitée de pays pour lesquels des informations sont disponibles. Afin d'obtenir plus d'informations, les noms de certains pays sont cliquables, mais ce n'est pas du tout le cas de certains autres pays, ni de l'onglet "Autres". Les informations sont donc probablement datées et très incomplètes. Le remboursement ou non des frais médicaux de nos compatriotes résidant à l'étranger donne lieu à des plaintes depuis des années.

1. La liste des pays sera-t-elle mise à jour et les informations relatives à tous les pays seront-elles accessibles ?
2. Pourquoi tant de pays ne font-ils pas l'objet d'un accord avec l'INAMI concernant le règlement des frais médicaux ?
3. Des négociations sont-elles actuellement en cours avec certains pays afin de prévoir un règlement et, dans l'affirmative, quels sont ces pays et où en sont ces négociations ?
4. Dans la négative, pour quelle raison des accords ne sont-ils pas conclus ?

Réponse :

1. Les informations figurant sur le site web de l'INAMI doivent être mises à jour, mais les informations nécessaires peuvent être trouvées via www.leavingbelgium.be intégré au site portail de la sécurité sociale.
2. Je préfère inverser la question et constater avec vous qu'il y a 43 pays dans lesquels les frais médicaux sont pris en charge, soit sur la base de la réglementation de l'UE, soit sur la base d'une convention bilatérale. Il est également important de savoir que de telles conventions sont établies en Europe, ce qui n'est pas le cas dans d'autres parties du monde.

1. Bulletin n° 069, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 190.

3. À l'heure actuelle, mon administration, le SPF Sécurité sociale, mène des entretiens exploratoires avec la Thaïlande. Toutefois, cela ne signifie pas que des négociations sont également lancées. Les deux pays doivent en effet accepter d'entamer de telles négociations. Pour la Thaïlande, ce serait la première fois qu'elle conclurait une telle convention.

4. Tout d'abord, je voudrais attirer votre attention sur le fait que l'assurance soins de santé fait partie de la sécurité sociale et qu'elle est financée principalement par des cotisations de sécurité sociale. Lorsqu'une convention bilatérale sur la sécurité sociale est conclue, l'assurance soins de santé peut être incluse dans le champ d'application matériel d'une telle convention.

Avant que la décision soit prise de répondre positivement à la demande d'un autre pays ou de poser nous-même la question à un autre pays, une analyse de la situation est effectuée. Du côté belge, nous commençons une analyse lorsque, par exemple, nous sommes approchés par la communauté belge résidant sur place. Les critères utilisés dans l'analyse sont les suivants :

(i) L'autre pays dispose-t-il d'un système de sécurité sociale, y compris une assurance soins de santé ? Il existe donc des conventions bilatérales dans lesquelles l'assurance soins de santé n'est pas incluse car, par exemple, il existe un régime de pension élaboré dans l'autre pays, mais pas d'assurance soins de santé.

(ii) Combien de Belges séjournent/résident dans l'autre pays et combien de ressortissants de l'autre pays séjournent/résident en Belgique ?

(iii) Quelle est la relation économique et politique avec le pays concerné ?

(iv) Spécifiquement pour l'inclusion de l'assurance soins de santé dans une convention, le niveau des soins de santé dans le système de santé public est pris en considération. Les soins médicaux dispensés par des prestataires privés de soins de santé, qui ne relèvent pas du système de santé public, ne tombent jamais sous le principe du remboursement réciproque des frais de santé prévu par de telles conventions.

Les critères (i) et (iv) sont les plus importants pour nous. Si la réponse pour ceux-ci est négative, l'analyse n'est pas poursuivie. Le nombre de personnes concernées est également important, mais pas décisif, et la réponse au critère (iii) est particulièrement importante pour le ministre des Affaires étrangères, qui décide formellement d'ouvrir ou non des négociations avec un pays donné.

VII. Contrôles du SECM auprès des infirmiers à domicile

Aucun contrôle institutions d'assurance - Infirmiers à domicile indépendants se sentent visés - Pourcentage d'infractions par secteur - SECM - Inspection sur la base de notifications et de ses propres analyses de risques

Question n° 1000 posée le 14 septembre 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Mademoiselle la Représentante VAN CAMP¹

En réponse à ma question écrite n° 294 du 17 décembre 2020, vous avez indiqué que les contrôles du SECM sont effectués pour la grande majorité auprès des infirmiers à domicile indépendants (*Questions et Réponses, Chambre, 2020-2021, n° 37*).

1. Pourquoi en est-il ainsi et pourquoi pratiquement aucun contrôle n'est-il effectué auprès des services de soins infirmiers à domicile liés aux institutions d'assurance ?
2. Pouvez-vous comprendre que les infirmiers à domicile indépendants se sentent visés ?
3. Quel est le pourcentage d'infractions par secteur, c'est-à-dire les soins infirmiers à domicile indépendants, par rapport aux services de soins infirmiers à domicile liés à un organisme d'assurance ?

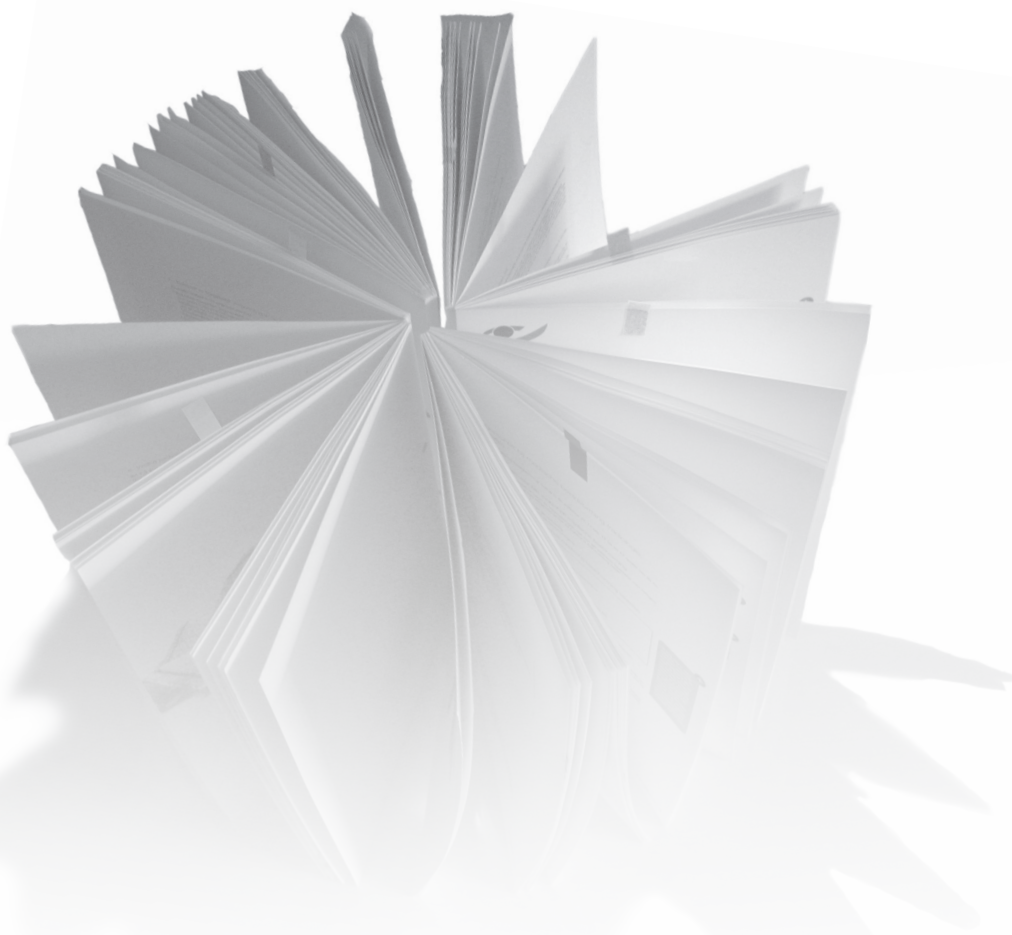
Réponse :

1. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité effectue des activités d'inspection sur la base de notifications et de ses propres analyses de risques. Il ne se concentre pas spécifiquement sur les "indépendants" ou les "salariés" mais plutôt sur le comportement de facturation et sur les éventuelles erreurs administratives, les abus ou les infractions intentionnelles. À des fins de clarté, les données dont dispose le service ne permettent pas de savoir si l'infirmier à domicile est affilié ou non à un organisme assureur.
2. Si de tels sentiments existent réellement, le SECM espère que les faits exposés dans sa réponse au point 1 permettront de les replacer dans le contexte adéquat. Seule une minorité d'infirmiers à domicile indépendants fait l'objet de contrôles de la part du SECM. En outre, les infirmiers à domicile salariés ne tirent eux-mêmes aucun avantage financier d'une infraction à la réglementation.
3. Le SECM ne dispose pas de données permettant de savoir si les infirmiers à domicile sont affiliés aux organismes assureurs. De plus, les infractions imputées à certains prestataires de soins ne sont pas représentatives de l'ensemble du groupe, ni extrapolables au secteur.

1. Bulletin n° 068, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 264.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Nouvelle convention sur les technologies avancées ou onéreuses pour les patients diabétiques (convention TAO) - Secteur 7.86.9

En vigueur à partir du 1^{er} octobre 2021 jusqu'au 30 septembre 2024.

A. Lors de sa réunion du 26 avril 2021, le Comité de l'assurance a approuvé **la convention relative aux technologies avancées ou onéreuses pour le patient diabétique (convention TAO)** ainsi que la liste des établissements qui remplissent les conditions pour conclure cette convention. Les *annexes¹ 1 et 2* de la présente circulaire contiennent respectivement cette convention et la liste des centres qui ont effectivement conclu la convention.

B. Lors de sa réunion du 4 octobre 2021, le Comité de l'assurance a approuvé **un avenant à la convention** et a également approuvé une première technologie pouvant être remboursée dans le cadre de cette convention. À cette fin, le Comité de l'assurance a approuvé une fiche relative à cette technologie. L'avenant et la fiche sont joints respectivement à la présente circulaire en *annexes 3 et 4*. Les organismes assureurs seront informés au moyen de circulaires O.A. séparées si des fiches supplémentaires pour d'autres technologies sont approuvées à l'avenir.

En vertu de l'avenant, la convention entre en vigueur le **1^{er} octobre 2021**. La convention est valable pour trois ans, **jusqu'au 30 septembre 2024 inclus**.

La première technologie approuvée dans le cadre de cette convention est la suivante : **Système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation combinée et simultanée par un même patient de**

- **la pompe à insuline Tandem t:slim X2™ avec technologie Control-IQ™ et**
- **le capteur et le transmetteur Dexcom G6.**

C. Bénéficiaires

Les patients n'entrent en ligne de compte pour la technologie approuvée (système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation simultanée de la pompe à insuline Tandem t:slim X2™ et du Dexcom G6) que s'ils remplissent les conditions de la convention et les conditions dont question dans la fiche relative à cette technologie (annexe 4 de la présente circulaire).

Plus précisément, entrent en ligne de compte :

Les patients adultes (âgés de 16 ans minimum)

- qui sont déjà traités par insulinothérapie intensive depuis au moins 12 mois dans le cadre de la convention d'autogestion pour les adultes (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) ou de la convention pompe à insuline (7.86.5xx.xx) ou, exceptionnellement, dans le cadre de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents (7.86.7xx.xx) et qui appartiennent au groupe A de la convention d'autogestion pour les adultes et

1. Toutes les annexes non publiées ici.

- qui répondent aux conditions pour un traitement par pompe à insuline en vertu de l'une de ces conventions, et
- qui mesurent déjà également leur glycémie à l'aide d'un capteur depuis au moins 12 mois,

ainsi que les enfants et les adolescents âgés d'au moins 6 ans (et de moins de 20 ans)

- qui sont déjà traités par insulinothérapie intensive depuis au moins 6 mois dans le cadre de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents (7.86.7xx.xx) et font partie des patients dont question à l'article 6, § 1 de cette convention, et
- qui répondent aux conditions pour un traitement par pompe à insuline en vertu de cette convention et
- qui mesurent déjà également leur glycémie au moyen d'un capteur depuis au moins 6 mois.

Seuls les patients qui commencent à utiliser cette technologie au plus tard le 31 décembre 2022 entrent en ligne de compte pour un remboursement.

Cette technologie peut être remboursée tant pour les patients qui ne parviennent pas à stabiliser leur glycémie malgré une insulinothérapie intensive que pour les patients qui y parviennent mais dont le traitement actuel exige tellement d'efforts qu'il réduit considérablement leur confort de vie.

La convention s'adresse principalement aux patients ambulatoires, mais les patients hospitalisés peuvent poursuivre le traitement pendant leur hospitalisation. Si nécessaire, le traitement peut également débuter pendant l'hospitalisation.

D. Demande de prise en charge

La demande de prise en charge d'un bénéficiaire (art. 11, 12 et 13) doit être soumise au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. Le médecin-conseil est compétent pour se prononcer sur la demande de prise en charge.

À cet effet, il convient d'utiliser le formulaire "Demande d'intervention au médecin-conseil de l'organisme assureur pour une intervention dans les coûts d'une TAO". Ce formulaire est joint en *annexe 5* à la présente circulaire.

Outre la déclaration du patient, ce formulaire contient également une prescription médicale qui doit être signée par un médecin de l'équipe de diabétologie de l'établissement.

Seuls les médecins qui agissent en tant que médecins prescripteurs pour les hôpitaux ayant une convention TAO dans le cadre de la convention d'autogestion du diabète pour les adultes, de la convention sur les pompes à insuline pour les adultes ou de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents peuvent signer des demandes de prise en charge pour leurs patients. Les listes des médecins prescripteurs dans le cadre de ces conventions sont publiées au moyen de circulaires O.A.

La période autorisée par le médecin-conseil, qui peut être renouvelable, commence le premier jour du traitement avec la TAO (premier jour où le bénéficiaire a la TAO à sa disposition) et ne peut pas dépasser 12 mois.

La décision prise par le médecin conseil porte toujours sur la TAO avec laquelle le bénéficiaire est effectivement traité selon la demande de prise en charge. La décision indiquera donc le pseudo-code du traitement TAO qui est pris en charge. Si, au cours de la période de prise en charge, le traitement change et que le bénéficiaire passe à un traitement TAO avec un pseudocode différent, une nouvelle demande de prise en charge doit être introduite en spécifiant la TAO avec laquelle le bénéficiaire sera traité à partir de la nouvelle date de prise en charge demandée.

L'intervention de l'assurance est refusée pour toute prestation effectuée plus de 30 jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil. S'il s'agit d'une première prescription, le médecin-conseil doit donc recevoir la demande dans les 30 jours qui suivent le premier jour durant lequel le bénéficiaire a commencé le traitement avec sa TAO. En cas de prolongation, le médecin-conseil doit donc recevoir la demande dans les 30 jours qui suivent le premier jour de la prochaine période accordée (art. 142, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996).

E. Prestations remboursables (art. 14)

Pour la technologie approuvée (système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation simultanée de la pompe à insuline Tandem t:slim X2™ et du Dexcom G6), les pseudocodes suivants doivent être utilisés :

- 784991 (bénéficiaires ambulatoires)
- 785002 (bénéficiaires hospitalisés)

Pour cette technologie, un forfait journalier de 6 EUR peut être porté en compte. Le montant de 1 EUR (cf. art. 14, § 2, 2^e point de la convention TAO) **ne peut être facturé** pour la technologie à laquelle la fiche se rapporte.

Ces montants ne sont pas indexables.

Une seule prestation ne peut être portée en compte par jour et par bénéficiaire dans le cadre de cette convention.

Les prestations des médecins, telles que stipulées dans la nomenclature des prestations de santé, ne sont pas comprises dans les prix ci-dessus.

En application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire 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*, la réduction de l'intervention de l'assurance prévue par ledit arrêté **ne s'applique pas** à l'intervention de l'assurance prévue dans le cadre de cette convention.

Les prestations prévues par cette convention sont cumulables avec les prestations prévues par la convention d'autogestion pour les adultes (secteur 7.86), par la convention pompe à insuline (secteur 7.86.5) et par la convention diabète pour les enfants et les adolescents (secteur 7.86.7) (cf. art. 14, § 6).

Pour les patients qui, dans le cadre de la convention TAO, ont été traités avec la technologie approuvée (système hybride en boucle fermée obtenu par l'utilisation simultanée du Tandem t:slim X2™ et Dexcom G6), le forfait TAO (6 EUR) est donc cumulable avec le forfait capteur de la convention d'autogestion pour les adultes ou de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents, et avec un forfait pompe à insuline de la convention pompe à insuline ou de la convention d'autogestion pour les enfants et les adolescents, même si une pompe à insuline et des capteurs ne sont mis à disposition du patient que dans le cadre de la convention TAO.

...



Circulaire O.A. n° 2021/287 - 370/2253 du 15 octobre 2021.

II. Mesures spéciales pour le transfert des patients COVID-19-ICU des hôpitaux belges vers des hôpitaux des pays voisins

En vigueur à partir du 1^{er} décembre 2021 jusqu'au 28 février 2022.

I. Introduction

Le nombre élevé de patients atteints de COVID-19 qui sont admis dans les hôpitaux belges rend la situation dans nos hôpitaux toujours précaire, tant dans le département des soins intensifs (ICU) que dans les unités ordinaires de soins non intensifs (non-ICU).

Conformément aux lignes directrices, les hôpitaux devraient s'organiser au sein de leur réseau pour assurer la capacité requise (ICU et/ou non-ICU). Dans la phase actuelle, les hôpitaux devraient répartir les patients au maximum au sein de leur propre réseau ou à l'intérieur de la province. Si cela n'est plus possible, une distribution supra-réseau et supra-provinciale sera également effectuée. En dernier ressort, on peut envisager de transférer les patients atteints de COVID-19-ICU vers un hôpital d'un pays voisin.

En cas de transfert de patients COVID-19-ICU des hôpitaux belges vers des hôpitaux d'un pays voisin, le système d'alerte précoce et de réaction (EWRS) est utilisé autant que possible, comme cela est proposé dans la *Communication de la Commission relative aux lignes directrices relatives à l'aide d'urgence de l'Union européenne en matière de coopération transfrontière dans le domaine des soins de santé en liaison avec la crise de la COVID-19* (Journal officiel de l'Union européenne, n° C 111 I du 03.04.2020).

La présente circulaire vise à expliquer la procédure et les mesures pour faciliter le transfert des patients COVID-19-ICU hôpitaux belges vers des hôpitaux d'un pays voisin.

II. Champ d'application

La présente circulaire porte sur le transfert des patients COVID-19-ICU des hôpitaux belges vers des hôpitaux d'un pays voisin.

Cette circulaire contient également des informations sur le remboursement des frais de retour en Belgique des patients COVID-19-ICU d'un hôpital d'un pays voisin.

III. Procédure à suivre

En cas de transfert de patients COVID-19-ICU vers un hôpital situé à l'étranger, l'hôpital belge doit s'assurer à l'avance que l'hôpital étranger est prêt à admettre ces patients. Il s'agit de garantir que le traitement sera disponible dans l'hôpital étranger.

Lorsqu'un patient COVID-19-ICU est transféré d'un hôpital belge vers un hôpital étranger, l'hôpital belge doit en informer l'organisme assureur belge du patient, dès que possible, et fournir les informations suivantes :

- les données d'identité du patient (prénom, nom, numéro NISS)
- le nom et l'adresse de l'hôpital étranger vers lequel le patient est transféré
- la date du transfert vers l'hôpital étranger
- la durée prévue du séjour à l'hôpital étranger
- la notification que cela concerne le transfert d'un patient COVID-19-ICU.

Les organismes assureurs délivrent une autorisation (document S2) et l'envoient directement à l'hôpital étranger où est transféré le patient COVID-19-ICU. Les conditions fixées à l'article 20, paragraphe 2, du *Règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale*, ne s'appliquent pas en l'espèce.


L'autorisation (document S2) délivrée dans le cadre de la présente circulaire doit au moins mentionner les éléments suivants :

- les données personnelles de la personne assurée
- l'indication qu'il s'agit d'une admission liée au COVID-19-ICU
- le nom et l'adresse de l'hôpital étranger
- la durée prévue de l'admission telle que communiquée par l'hôpital belge.

Si le séjour dans l'hôpital étranger dans le cadre d'un traitement COVID-19-ICU dépasse la période indiquée sur l'autorisation (S2), les organismes assureurs peuvent accorder une prolongation de l'autorisation (document S2) à condition qu'un rapport médical justifiant cette prolongation soit présenté.

IV. Assurabilité du patient COVID-19-ICU transféré dans un hôpital étranger

Différentes situations peuvent survenir en ce qui concerne l'assurabilité d'un patient COVID-19-ICU transféré vers un hôpital étranger, par exemple :

- le patient est bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale : délivrance d'une autorisation (document S2) par l'organisme assureur compétent et les frais sont à charge de la Belgique
- le patient réside en Belgique avec un droit aux soins de santé à charge d'un autre État membre de l'UE/EEE ou de la Suisse : délivrance d'une autorisation (document S2) par l'organisme assureur belge en vertu de l'article 26, paragraphe 3, du *Règlement (CE) n° 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale* et les frais sont à charge de l'État membre compétent. Dans ce cas, l'organisme assureur belge auprès duquel le patient est enregistré doit informer l'organisme assureur de l'État membre compétent de la délivrance d'un document S2 par le S_BUC_11 ou par tout autre moyen si l'État membre compétent ne s'est pas encore déclaré *EESSI ready* pour ce S_BUC.
 **ATTENTION** : si le patient réside en Belgique avec un droit aux soins médicaux à charge d'un autre État membre et est transféré dans un hôpital du pays compétent, l'organisme assureur belge ne doit délivrer aucun document. Il appartient à l'État membre compétent de prendre les mesures nécessaires pour que le patient ait accès sur son territoire aux soins médicaux à charge de l'État membre compétent.

Les hôpitaux, ainsi que les organismes assureurs, sont tenus de vérifier avant qu'un patient ne soit transféré vers un hôpital étranger s'il est en règle avec son assurabilité. **Seuls les patients en règle d'assurabilité auprès de leur organisme assureur belge peuvent être transférés vers un hôpital étranger.**

V. Transfert des patients COVID-19-ICU d'un hôpital belge vers un hôpital situé à l'étranger

L'ambulance qui transfère un patient COVID-19-ICU d'un hôpital belge vers un hôpital d'un pays voisin, facture à l'hôpital belge. L'hôpital belge peut demander le remboursement conformément aux accords conclus avec le SPF Santé publique.

Toutefois, si l'hôpital doit utiliser une ambulance par le biais du système d'appel unifié, les coûts seront supportés conformément aux dispositions prises avec le SPF Santé publique.

VI. Transfert (retour) des patients COVID-19-ICU d'un hôpital situé à l'étranger vers la Belgique


Différentes situations peuvent survenir lorsque les patients COVID-19-ICU reviennent en Belgique d'un hôpital étranger, par exemple :


- le retour a lieu avec une ambulance étrangère : si le transport en ambulance est remboursable par l'assurance maladie légale étrangère, la facturation et le remboursement des frais de transport sont effectués conformément aux taux et conditions de remboursement de l'assurance maladie légale étrangère sur la base de l'autorisation (document S2) délivrée pour l'hospitalisation
- le retour a lieu avec une ambulance étrangère : si le transport en ambulance n'est pas remboursé par l'assurance maladie légale étrangère et qu'une facturation et un remboursement sur la base de l'autorisation (document S2) ne sont pas possibles, le paiement ou, le cas échéant, le remboursement peut être demandé au SPF Santé publique (Direction générale soins de santé, Service aide urgente)
- le retour a lieu avec une ambulance belge : dans ce cas, les dispositions du point V de la présente circulaire s'appliquent *mutatis mutandis*
- le retour est effectué soit par des moyens de transport propres, soit par des transports publics : dans ce cas, les coûts restent entièrement à charge du patient.

VII. Données statistiques

Les organismes assureurs collectent un certain nombre de données statistiques :

- (i) le nombre de documents S2 délivrés, ainsi que le nombre de personnes assurées ;
- (ii) le nombre de premières délivrances d'un document S2 et le nombre de prolongations ;
- (iii) l'hôpital belge à partir duquel le patient COVID-19-ICU est transféré ;
- (iv) l'hôpital étranger et le pays vers lequel le patient COVID-19-ICU.

 Les organismes assureurs transmettent ces données à l'INAMI (rir@riziv-inami.fgov.be) dans un délai de trois mois à compter de la fin de la période de validité de la présente circulaire.

 En outre, les organismes assureurs doivent également collecter les données relatives aux obligations financières associées à l'autorisation préalable (document S2) délivrée en application de la présente circulaire. Les organismes assureurs transmettent ces données à l'INAMI (rir@riziv-inami.fgov.be) dans un délai de trois mois à compter de la réception de la créance étrangère.

VIII. Période de validité

La présente circulaire est d'application aux patients COVID-19-ICU qui seront transférés du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022 d'un hôpital belge vers un hôpital situé dans un pays voisin.

 Circulaire O.A. n° 2021/333 - 392/86 - 80/127 du 7 décembre 2021.

III. Droit aux soins de santé pour le personnel militaire détaché auprès d'un autre État Membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen, en Suisse ou au Royaume-Uni, et pour les membres de leur famille – Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Brexit – Conséquences de l'“Accord de retrait” du 24 janvier 2020 et de l'“Accord de commerce et de coopération” du 30 décembre 2020

En vigueur à partir du 14 décembre 2021.

1. Introduction

La présente circulaire a pour objet d'expliquer aux organismes assureurs les conséquences, pour l'assurance obligatoire soins de santé (ci-après, l'assurance maladie obligatoire), d'un changement de politique de la Défense, en vertu de laquelle, à compter du 1^{er} juillet 2019, les cotisations d'assurance maladie obligatoire seront versées pour le personnel militaire détaché dans un autre État membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ou au Royaume-Uni.

2. Législation applicable et assurance obligatoire soins de santé

Conformément à l'article 11, paragraphe 3, b), du Règlement (CE) 883/2004, les "fonctionnaires" (au sens large du terme), y compris le personnel militaire, sont soumis à la législation de l'État membre dont relève l'administration qui les emploie. Ceux qui travaillent en tant qu'agent (ou assimilé) pour un organisme public belge (fédéral, entité fédérée, etc.) sont/restent donc soumis à la législation belge en matière de sécurité sociale s'ils sont affectés dans un État soumis aux dispositions des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 portant coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009). L'assujettissement concret relève du droit interne d'un État membre : par exemple, les conditions d'ouverture du droit aux soins de santé sont déterminées par la législation belge.

Le champ d'application personnel de l'assurance obligatoire soins de santé est précisé à l'article 32 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Parmi les bénéficiaires visés figurent, entre autres :

«les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969, révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs [...]»
(art. 32, 1^{er} al., 1^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Cela englobe le personnel contractuel et statutaire d'un service public.

En ce qui concerne les travailleurs statutaires d'un service de l'administration fédérale (dont la Défense), des Communautés, des Régions, des provinces et des organismes dépendant des provinces, des communes et des organismes dépendant des communes et des associations de communes, la loi du 27 juin 1969 limite son application au régime d'assurance obligatoire maladie-invalidité, secteur des soins de santé.

Toutefois, les travailleurs statutaires d'un service de l'administration fédérale, des Communautés ou des Régions ne sont plus soumis à la loi du 27 juin 1969 lorsqu'ils exercent leurs fonctions, pour le service public dont ils relèvent, à l'étranger, et y ont leur résidence administrative (cf. art. 9, § 1^{er}, al. 2, de l'A.R. du 28.11.1969 pris en exécution de la loi du 27.06.1969 révisant l'arrêté-loi du 28.12.1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs). Il en ressort que ces personnes ne sont plus assurées au titre de l'assurance maladie obligatoire.

Toutefois, en raison d'un changement de politique de la Défense, à compter du 1^{er} juillet 2019, des cotisations de sécurité sociale seront versées pour le régime de l'assurance maladie obligatoire du personnel militaire détaché dans un autre État membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse.

Selon l'Office national de sécurité sociale (ci-après, l'ONSS), les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 autorisent des dérogations à la règle énoncée à l'article 9 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969, selon laquelle le régime de l'assurance maladie obligatoire n'est plus applicable lorsque la résidence administrative du fonctionnaire est à l'étranger. L'ONSS n'a aucune raison de s'opposer à ce que les personnes ayant leur résidence administrative dans un autre pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse versent des cotisations pour les soins de santé à l'ONSS.

Étant donné qu'à partir du 1^{er} juillet 2019 des cotisations de sécurité sociale seront payées pour l'assurance maladie obligatoire de ce groupe de militaires détachés, ces derniers restent couverts par l'assurance maladie obligatoire et, à partir de cette date, ils ont droit à la prise en charge des soins de santé dans le pays d'occupation (= le pays où ils sont détachés) conformément à la législation de cet État en matière de soins de santé, et cela, pour le compte de la Belgique.

La manière dont ils peuvent exercer leur droit aux soins de santé dans le pays où ils sont détachés dépend du fait qu'ils transfèrent ou non leur résidence dans ce pays.

3. Domicile versus lieu de résidence et lien avec l'adresse de référence

3.1. Législation belge

En droit belge, la *résidence principale* est "soit le lieu où vivent habituellement les membres d'un ménage composé de plusieurs personnes, unies ou non par des liens de parenté, soit le lieu où vit habituellement une personne isolée". La détermination de la résidence principale est basée sur une situation factuelle, c'est-à-dire la détermination d'une résidence effective dans une commune pour la majeure partie de l'année. Le lieu où se situe le centre de la vie familiale d'une personne et où celle-ci, si elle exerce une activité en dehors de son domicile, revient régulièrement après sa journée de travail et réside habituellement, doit être considéré comme sa résidence principale. La résidence principale ne change pas en cas d'absence temporaire (cf. les *Instructions générales du SPF intérieur concernant la tenue des registres de la population, version coordonnée du 31.03.2019*, pp. 16-17).

Par *adresse de référence*, il y a lieu d'entendre "l'adresse soit d'une personne physique inscrite au registre de la population au lieu où elle a établi sa résidence principale, soit d'une personne morale, et où, avec l'accord de cette personne physique ou morale, une personne physique dépourvue de résidence fixe est inscrite".

La possibilité d'être enregistré à une adresse de référence est strictement limitée à certaines catégories de personnes, notamment celles qui, pour des raisons professionnelles, n'ont pas (ou plus) de résidence principale pendant une période maximale d'un an. Toutefois, cette limitation d'un an ne s'applique pas à un certain nombre de personnes, tel que le personnel militaire et civil des forces armées belges en poste à l'étranger, le personnel militaire détaché à l'étranger, que ce soit dans des organisations internationales ou supranationales ou dans une base militaire à l'étranger, ainsi que les membres de leur ménage, pour la durée du poste ou de leur détachement (cf. art. 17 et 18, § 3, 4^o, de l'A.R. du 16.07.1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers et les *Instructions générales du SPF intérieur sur la tenue des registres de la population, version coordonnée du 31.03.2019*, pp. 22-23).

L'adresse de référence est la résidence principale. Pour les personnes qui ont une adresse de référence, celle-ci doit être mentionnée sous la rubrique "résidence principale". Sauf dans les cas prévus d'absence temporaire et d'inscription à une adresse de référence, l'inscription d'une personne dans les registres de population d'une commune ne peut être maintenue si cette dernière n'y réside pas effectivement (cf. les *Instructions générales du SPF intérieur sur la tenue des registres de la population, version coordonnée du 31.03.2019*, p. 31).

Ainsi, en vertu du droit belge, un militaire qui se trouve en situation d'absence temporaire en raison d'un détachement à l'étranger conserve sa résidence principale en Belgique. En principe, il en va de même si le militaire conserve une adresse de référence en Belgique. Le maintien d'une adresse de référence durant une absence temporaire est (juridiquement) facultatif. Auparavant, le maintien d'une adresse de référence en Belgique était une obligation fondée sur une directive interne de l'armée belge. Les militaires envoyés à l'étranger (y compris dans des pays en dehors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse) sont toujours invités à conserver une adresse de référence, mais ce n'est plus une obligation.

3.2. Législation de l'Union européenne

L'article 1^{er} du Règlement (CE) 883/2004 fait une différence entre les notions de "résidence" et de "séjour" sous les points j) et k) : la résidence désigne le lieu où une personne réside *habituellement* alors que le séjour signifie le séjour *temporaire*.

Selon les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009, une personne ne peut avoir qu'une seule résidence. En cas de divergence de vues entre les mutualités/assureurs soins de santé de deux États membres concernant la détermination de la résidence d'une personne à laquelle le Règlement (CE) 883/2004 s'applique, l'article 11 du Règlement (CE) 987/2009 prévoit que ces institutions établissent d'un commun accord le *centre d'intérêt de la personne concernée*. Le centre d'intérêt d'une personne doit être déterminé sur la base des faits pertinents, en tenant compte de toutes les circonstances qui indiquent quel pays l'intéressé considère réellement comme son lieu de résidence.

Cette interprétation de la notion de "résidence" est valable dans toute l'UE, l'EEE et en Suisse pour toutes les branches de la sécurité sociale relevant du champ d'application matériel des Règlements (CE) 883/2004 et n° 987/2009. La définition européenne de la "résidence" a donc primauté sur une éventuelle définition nationale (cf. *Guide pratique sur la législation applicable dans l'Union européenne (UE), dans l'Espace économique européen (EEE) et en Suisse*, partie III sur la détermination de la résidence).

Il n'est toutefois pas exclu que la législation nationale des États membres exige que la personne concernée "réside" dans l'État membre selon une définition nationale de la "résidence". Une telle définition nationale pourrait être fondée sur d'autres critères ou des critères complémentaires, par exemple pour bénéficier d'une prestation "liée à la résidence", qui devraient également être conformes à la législation européenne.

3.3. Détermination

Il convient de noter que, tant la législation belge que la législation de l'Union européenne, font référence, lors de la détermination de la résidence, au centre de la vie familiale ou des intérêts familiaux d'une personne, sur la base d'une détermination factuelle. Nous constatons aussi que cela ne mène pas nécessairement à un seul résultat. Le droit européen en matière de sécurité sociale ne permet cependant pas qu'une personne possède deux lieux de résidence.

Dans le cadre de la présente circulaire O.A., il ne faut pas non plus perdre de vue que le détachement est, par définition, de nature temporaire.

Dans l'attente d'une initiative au niveau belge visant à clarifier, en particulier pour les Institutions publiques de sécurité sociale (IPSS), quelles sont les conséquences de l'application de la définition européenne pour les différentes branches de la sécurité sociale en Belgique et comment elle peut être appliquée de manière simplifiée par les IPSS, l'INAMI est tenu d'établir ses propres directives et, si nécessaire, des directives *ad hoc* à ce sujet. Comme dans le cas du personnel militaire belge détaché dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse, tout en conservant une adresse de référence en Belgique.

4. Droit aux soins de santé pour les militaires détachés dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse et pour les membres de leur famille

4.1. Remarque préliminaire

Nous avons constaté que les personnes qui disposent d'une adresse de référence en Belgique conservent leur résidence en Belgique, conformément aux instructions relatives au registre de la population. En principe, cela n'est possible que pour une durée maximale d'un an, mais il existe un certain nombre d'exceptions – notamment pour le personnel militaire envoyé à l'étranger – auxquelles cette période maximale ne s'applique pas. Selon la réglementation belge, les personnes ayant une adresse de référence résident toujours en Belgique, ce qui crée des problèmes lors de la délivrance d'un document S1. Le document S1, qui est délivré par l'organisme assureur du pays compétent, permet à la personne assurée – et aux membres de sa famille – de s'inscrire auprès d'un organisme assureur de son pays de résidence afin d'y ouvrir le droit aux soins de santé conformément à la législation du pays de résidence, et cela, pour le compte du pays compétent.


4.2. Droit aux soins de santé pour les militaires détachés et les membres de leur famille qui les accompagnent dans le pays d'emploi

Compte tenu de ce qui précède, les militaires et les membres de leur famille qui sont détachés dans un autre pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse et qui ont/conservent leur droit à l'assurance obligatoire soins de santé, peuvent exercer leur droit aux soins de santé dans le pays d'accueil, comme suit :

- (i) les militaires détachés pour une durée inférieure à un an, accompagnés ou non de leur famille, sont considérés comme ayant leur résidence en Belgique. Ils ont droit aux soins de santé dans le pays d'emploi sur la base de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). La CEAM donne droit au remboursement des soins de santé qui sont médicalement nécessaires, en tenant compte de :

- la durée du séjour (= durée du détachement) et de
- la nature des soins médicaux.

En d'autres termes : les militaires détachés et les membres de leur famille qui les accompagnent, ont droit à tous les soins médicaux qui ne peuvent pas attendre le retour à leur domicile (= "soins de santé non programmés").

 Pour plus d'informations sur le droit aux soins de santé durant un séjour temporaire dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse, voir <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/soins-de-sante-1>.

- (ii) les militaires détachés pour une durée supérieure à un an, mais qui ne sont pas accompagnés de leur famille (qui habite en Belgique ou dans un autre pays), et qui retournent généralement auprès de leur famille pendant les week-ends, sont considérés comme ayant leur résidence en Belgique. Ils ont droit aux soins de santé dans leur pays d'emploi sur la base de la CEAM (cf. *supra* (i)).
- (iii) les militaires détachés pour une durée supérieure à un an, qui sont célibataires et qui retournent généralement en Belgique pendant les week-ends (par ex., auprès de leur famille – comme leurs parents – ou de leurs amis) sont considérés comme ayant leur résidence en Belgique. Dans leur pays d'emploi, ils ont droit aux soins de santé sur la base de la CEAM (cf. *supra* (i) et (ii)).

! **ATTENTION**: le point (iii) n'exclut pas que les militaires détachés pour une période supérieure à un an, qui sont célibataires, reçoivent néanmoins un document S1. Si les faits démontrent que, par exemple, le militaire détaché – célibataire – ne vient en Belgique qu'occasionnellement/quelques fois par an, alors il est considéré comme ayant sa résidence/son centre d'intérêts dans le pays d'emploi. Par dérogation à la règle générale, un document S1 peut – exceptionnellement – être délivré à ces militaires. Ils ont droit aux soins de santé dans le pays d'emploi, conformément à la législation de ce pays, comme s'ils étaient assurés dans ce pays, et cela, pour le compte de la Belgique.

- (iv) les militaires détachés pour une durée supérieure à un an, accompagnés de leur famille et ne possédant pas d'adresse de référence en Belgique, sont considérés comme ayant leur résidence à l'étranger. Ils ont droit aux soins de santé dans leur pays de résidence sur la base d'un document S1 délivré par leur organisme assureur belge. Ils ont droit aux soins de santé dans le pays d'emploi conformément à la législation de ce pays, comme s'ils étaient assurés dans ce pays, et cela, pour le compte de la Belgique.
- (v) les militaires détachés pour une durée supérieure à un an, accompagnés de leur famille et possédant une adresse de référence en Belgique, sont considérés comme ayant leur résidence/centre d'intérêt dans le pays d'emploi. Par dérogation à la règle générale, un document S1 peut – exceptionnellement – être délivré à ces militaires. Ils ont droit aux soins de santé dans le pays d'emploi conformément à la législation de ce pays, comme s'ils étaient assurés dans ce pays, et cela, pour le compte de la Belgique.

4.3. Détails

(i) *La preuve du maintien d'une adresse de référence*

Pour les personnes qui ont une adresse de référence, celle-ci figure sous la rubrique "résidence principale" (cf. point 3.1). Afin de permettre aux organismes assureurs de faire la distinction entre le personnel militaire détaché ayant sa résidence principale effective en Belgique, d'une part, et le personnel militaire détaché détenant une adresse de référence en Belgique, d'autre part, il convient que les militaires concernés, et les membres de leur famille qui les accompagnent, soumettent un document confirmant l'enregistrement à une adresse de référence.

Un modèle de document destiné à l'enregistrement d'une adresse de référence à la résidence principale d'une personne physique (annexe 1)¹ et un modèle de document destiné à l'enregistrement d'une adresse de référence au siège d'une personne morale (annexe 2)² sont joints à la présente circulaire. Les modèles figurent également dans les *Instructions générales du SPF Affaires intérieures sur la tenue des registres de population, version coordonnée du 31 mars 2019*, pages 108-109 et 110-111, respectivement.

Les organismes assureurs doivent conserver ce document dans le dossier administratif du militaire concerné et, le cas échéant, des membres de sa famille.

(ii) *La durée de validité du document S1*

La durée de validité du document S1, délivré dans les situations (iii), (iv) et (v) visées au point 4.2, est limitée à la période de détachement mentionnée sur le document A1 ("déclaration concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire") ou une attestation officielle équivalente de la Défense.

1. Non publiée ici.

2. Non publiée ici.

(iii) *La qualité de membre de la famille (personne à charge)*

Il convient d'attirer l'attention sur les conséquences pour le droit aux soins de santé des membres de la famille dans les situations décrites au point 4.2.

Conformément à l'article 1^{er}, i) du Règlement (CE) 883/2004, la qualité de membre de la famille (personne à charge) est déterminée par la législation du pays de résidence.

Ceci implique que :

- dans les situations (i) et (ii) du point 4.2, la qualité de membre de la famille est déterminée par la législation belge
- dans les situations (iv) et (v) du point 4.2, la qualité de membre de la famille est déterminée par la législation (étrangère) du pays de résidence. Dès lors, les membres de la famille accompagnants qui ne remplissent pas les conditions prévues par la législation de leur pays de résidence pour être considérés comme membres de la famille, sont couverts par l'assurance maladie de leur pays de résidence et ne bénéficient plus de l'assurance maladie obligatoire belge.

5. Conséquences du Brexit pour les militaires détachés au Royaume-Uni

Deux situations peuvent se présenter :

- (i) Premièrement, il y a les militaires détachés au Royaume-Uni avant le 1^{er} janvier 2021, auxquels les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 continuent de s'appliquer en vertu de l'Accord du 24 janvier 2020 sur le retrait du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de l'Union européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique. Les points 2 à 4 n'en sont pas affectés.
- (ii) Pour les militaires détachés au Royaume-Uni à partir du 1^{er} janvier 2021 et auxquels le *Protocole en matière de coordination de la sécurité sociale* s'applique, en vertu de l'Accord de commerce et de coopération du 30 décembre 2020 entre l'Union européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique, d'une part, et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, d'autre part, les points 2 à 4 s'appliquent *mutatis mutandis*.

6. Entrée en vigueur

La présente circulaire O.A. entre en vigueur à la date de sa publication, à l'exception du point 5 qui s'applique, avec effet rétroactif, à partir du 1^{er} janvier 2021.

Abroge la circulaire n° 2019/223 du 15 juillet 2019.



Circulaire O.A. n° 2021/363 – 826/7 - 83/510 du 21 décembre 2021.

IV. Conversion DmfA en bons de cotisation pour l'année de cotisation 2020

1. Introduction

Pour avoir droit au remboursement des soins de santé, les assurés sociaux inscrits en qualité de travailleur salarié (art. 32, 1^{er} al., 1^o, de la loi SSI) doivent remplir leur obligation de cotisation en cette qualité afin de prolonger leur droit. Lors de la prolongation du droit SSI en qualité de travailleur salarié, la pièce justificative est le bon de cotisation. (cf. art. 276, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

L'O.A. doit vérifier chaque année que la valeur minimum de cotisations payées est payée pour ses membres en cette qualité. Cela se fait au moyen du bon de cotisation.

Depuis 1994, on travaille surtout avec des bons de cotisation électroniques qui sont échangés via divers échanges de données électroniques. Cette circulaire décrit le contenu et le déroulement de ces échanges de données ainsi que la répartition des tâches entre les différentes institutions concernées.

L'Office national de sécurité sociale (ONSS) établit, sur la base des déclarations des employeurs, des bons de cotisation pour chaque travailleur salarié et ce, pour toutes les périodes prestées au cours desquelles des cotisations sociales ont été payées. Les bons de cotisations sont donc établis par l'ONSS sur la base des déclarations DmfA trimestrielles. Les déclarations DmfA sont converties par un programme de conversion en un bon de cotisation. Le bon de cotisation contient un résumé des données relatives à l'occupation de l'année écoulée. Les bons de cotisation sont ensuite transmis par voie électronique à l'organisme assureur (O.A.) de l'assuré social.

Cette transmission électronique s'opère via la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et le Collège intermutualiste national (CIN). La BCSS établit les bons de cotisation via une distribution au CIN qui les transmet à son tour aux différents O.A. Ce processus est décrit dans la circulaire O.A. n° 2020/242 du 9 octobre 2020.

Cette circulaire traite d'un aspect de ce processus, à savoir la conversion des déclarations DmfA en bons de cotisation, et ce, pour l'année de cotisation 2020.

2. Procédure de conversion annuelle des déclarations DmfA en bon de cotisation

2.1. Introduction

Cette actualisation de la conversion relève de la compétence de la Direction ACCES et est réalisée en collaboration avec l'ONSS (Smals) et le groupe de travail "Bons de cotisation travailleur salarié" organisé par la BCSS. L'actualisation se fait en concertation avec le SI et le SSS, et se traduit par le texte de conversion pour l'année concernée.

Les décisions finales relatives à la conversion sont prises au sein de ce groupe de travail BCSS "Bons de cotisation travailleur salarié" en concertation avec la Smals, l'ONSS et les O.A.

La conversion validée est élaborée dans un document, à savoir le texte de conversion.

L'actualisation de la conversion suit une procédure fixe, et cette procédure a consisté en 3 étapes jusqu'à l'année de cotisation 2020. À partir de la publication de cette circulaire et de l'année de cotisation 2020, une 4^e étape est ajoutée. Chacune de ces étapes de la procédure est accompagnée d'un document :

- le récapitulatif
- la préparation de la conversion (questionnaire)
- le texte de conversion
- la circulaire de conversion par année de cotisation

Les 3 étapes préparatoires de cette circulaire et de son document y afférent sont présentées ci-dessous.

2.2. Étape 1 : Suivi trimestriel des modifications de la DmfA (le récapitulatif)

L'ONSS établit un aperçu trimestriel des modifications apportées à la DmfA. Ces aperçus sont envoyés à la Smals. C'est là qu'intervient une première analyse des modifications. L'objectif de cette analyse est de vérifier si ces modifications ont ou non une incidence sur l'établissement des bons de cotisation.

En règle générale, les cotisations de sécurité sociale sont calculées sur la totalité du salaire brut du travailleur salarié. Il existe toutefois différentes dérogations et règles spécifiques par secteur¹ ou type de travailleur salarié². Des mesures particulières sont également prises chaque année pour les secteurs en difficulté ou pour de nouvelles catégories de travailleurs salariés³. Vous trouverez de plus amples informations sur les différentes notions dans le lexique de l'annexe 1.⁴

Le récapitulatif donne un résumé de toutes les modifications apportées à la DmfA et y ajoute une proposition motivée en ce qui concerne l'adaptation de la conversion.

En outre, l'INAMI reçoit un document trimestriel, RFC Évolution Bons de cotisation – Impact DmfA XXX TRIM X analyse, qui contient les résultats de l'analyse et donne une estimation du coût des adaptations.

2.3. Étape 2 : Préparation de la conversion (le questionnaire)

Après 3 trimestres d'une année de cotisation, la Smals fait une synthèse des analyses des 3 trimestres déjà écoulés. Ils résument les modifications apportées à la DmfA qui pourraient entraîner une modification du programme de conversion pour l'établissement des bons de cotisation. Cette synthèse est présentée à l'INAMI sur la base de plusieurs questions.

À la fin du 4^e trimestre, ces modifications de la DmfA qui pourraient encore avoir une incidence sont synthétisées dans un questionnaire séparé.

Cette ventilation a lieu après 3 trimestres, car la validation de cette synthèse nécessite une concertation et un travail d'analyse de la part de l'INAMI. L'avis de l'INAMI doit également être validé par le "Groupe de travail bons de cotisation" de la BCSS. Tout cela doit être en place avant que les bons de l'année de cotisation ne soient mis en production au début de l'année suivante. Si toutes les discussions doivent attendre la fin du 4^e trimestre, ce délai est impossible à respecter.

C'est la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité (Direction ACCES) du Service du contrôle administratif qui est chargée de vérifier les modifications proposées de la conversion à partir du/des questionnaire(s). La Direction soumet un avis motivé aux services juridiques du Service des soins de santé et du Service des indemnités de l'INAMI.

1. Horeca, jardinage, travail saisonnier, ...

2. Ouvriers ou employés.

3. Ainsi, en 2020, il y a plusieurs mesures dans le cadre de la crise du Covid qui ont une incidence sur les données de la DmfA.

4. Non publiée ici.

Le questionnaire sur les bons de cotisation 2020 et les réponses de l'INAMI se trouvent dans les annexes 2 et 3¹.

2.4. Étape 3 : Préparation et validation de la conversion (document Texte de conversion)

L'avis validé au sein de l'INAMI par les différents services concernés est transmis à la Smals et à la BCSS. Sur la base des réponses à leurs questions/propositions, une proposition est faite pour le texte de conversion pour l'année de cotisation concernée.

Ce texte de conversion est ensuite inscrit à l'ordre du jour du groupe de travail BCSS Bons de cotisation. Cela se produit pour les 3 premiers trimestres en septembre-octobre et pour le 4^e trimestre en décembre-janvier.

Les 3 paramètres suivants sont importants pour la mise en page du texte de conversion final : les plafonds salariaux journaliers, la valeur minimum de la cotisation et les jours ouvrables de l'année concernée. Ceux-ci seront examinés plus en détail au chapitre 3.

Le texte de conversion est finalement validé lors d'une réunion du Groupe de travail BCSS bons de cotisation. Cette décision se reflète dans le rapport de ce groupe de travail.

Au début de l'établissement et de l'envoi des bons de cotisation, une circulaire de conversion est établie et publiée pour l'année de cotisation concernée.

Le texte de conversion validé pour 2020 se trouve dans les annexes 3 et 4².

3. Les 3 paramètres fixes et leur valeur pour la conversion 2020

Chaque année, au minimum 3 paramètres sont nécessaires pour pouvoir établir le texte de conversion, à savoir : les plafonds salariaux journaliers, la valeur minimale de la cotisation et les jours ouvrables.

Depuis 2017, la valeur utilisée pour la valeur minimale annuelle d'un bon de cotisation et les plafonds salariaux journaliers de la Direction ACCES sont publiés dans une circulaire O.A. La Direction ACCES met à jour les paramètres chaque année et les communique aux O.A. et à la BCSS au plus tard le 3^e vendredi de novembre. Ces paramètres sont également fixés dans les circulaires O.A.

Outre ces 3 paramètres, il y a des aspects spécifiques annuels liés à la conversion. Ils sont tributaires des adaptations réglementaires au sein de la sécurité sociale.

3.1. Les plafonds salariaux journaliers

Les salaires mentionnés sur un bon de cotisation sont limités pour des raisons de vie privée. S'il est satisfait à la cotisation maximale, il ne faut pas préciser sur le bon de cotisation à combien s'élève réellement le revenu d'un assuré.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que pour l'établissement du bon de cotisation, la rémunération est limitée au montant obtenu en multipliant le "plafond de rémunération journalier" par le nombre de jours de travail. (art. 277, § 3, 1^o de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

1. Non publiées ici.

2. Non publiées ici.

Plafonds salariaux journaliers 2020		
Indice au 1 ^{er} juillet précédent (base 103,14)	Semaine de 6 jours 119,52	Semaine de 5 jours 143,43
1,4002	167,35	200,83

Les plafonds salariaux journaliers pour l'année de cotisation 2020 ont été publiés dans la circulaire O.A. n° 2020/56 du 4 mars 2020.

3.2. Le nombre de jours de travail

Comme mentionné dans le cadre de la base réglementaire des plafonds salariaux journaliers, le nombre de jours de travail est important pour l'établissement des bons de cotisation.

Le nombre de jours de travail dépend du régime de travail dans lequel une personne travaille. Le régime de travail est le nombre moyen de jours de travail par semaine qu'un travailleur salarié est censé prester en vertu de son contrat. Le régime peut être une semaine de 5 ou 6 jours.

Nombre de jours de travail 2020	T1	T2	T3	T4	Total
Régime de 5 jours	64	61	65	64	254
Régime de 6 jours	78	78	79	79	314

3.3. La valeur annuelle minimale d'un bon de cotisation

La valeur annuelle minimale d'un bon de cotisation : les bons de cotisation doivent atteindre une valeur minimale pour être établis et envoyés. Ce minimum est fixé en tenant compte du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail (CCT) n° 43 conclue au Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988 (art. 286 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

Valeur minimale bon de cotisation 2020		
21 ans et plus	1.593,81 EUR x 4	= 6.375,24 EUR
Moins de 21 ans	6.375,24 EUR x 3/4	= 4.781,43 EUR

La valeur minimale pour l'année de cotisation 2020 a été publiée dans la circulaire O.A. n° 2020/58 du 4 mars 2020.

4. Adaptations spécifiques conversion 2020

4.1. Introduction

Les modifications spécifiques annuelles de la conversion des DmfA en bons de cotisation dépendent des adaptations réglementaires au sein de la sécurité sociale.

Pour ce qui est de la conversion 2020, les adaptations apportées aux DmfA ont conduit aux éléments suivants :

- erreurs AB : 2 nouvelles erreurs AB
- erreurs DC : pas de modifications
- aucune modification applicative, uniquement des modifications aux paramètres annuels (voir chapitre 3).

4.2. Nouvelles erreurs AB

Les erreurs AB proviennent de la DmfA. Nous vérifierons ensuite avec l'ONSS si nous les utiliserons ou non pour l'établissement bons de cotisation.

Pour les bons de cotisation 2020, les nouvelles erreurs AB sont celles indiquées en jaune.

Statut du travailleur salarié (00053) – ONSS – bloc 90015

Description erreur DmfA	Code erreur DmfA	Gravité erreur DmfA	Fautes Bons cot.
Pas dans le domaine de définition	00053-008	B	B
Incompatible avec le trimestre	00053-034	B	B
Erreur de cardinalité	00053-090	B	B
Longueur incorrecte	00053-093	B	B
Non admis	00053-146	B	B
Erreur de séquence	00053-091	B	B
Non présent	00053-001	NP	A
Incompatible avec le nombre de travailleurs	00053-030	B	B
Incompatible avec la catégorie employeur	00053-025	P	A
Incompatible avec la Commission paritaire	00053-020	B	B
Valeur non admise pour cet employeur	00053-379	NP	A

Bloc fonctionnel – Rémunération de l'occupation ligne travailleur – ONSS – ORPSS – bloc 90019

Description erreur DmfA	Code erreur DmfA	Gravité erreur DmfA	Fautes Bons cot.
Non présent	90019-001	P	A
Trop d'occurrences avec les mêmes identifiants	90019-006	B	B
Erreur de séquence	90019-091	B	B
Non admis	90019-146	B	B
Incompatible avec le code travailleur	90019-030	B	B
Incompatible avec les prestations	90019-196	B	B
(anomalie valable jusqu'à 2020/3, plus valable à partir de 2020/4)	90019-025	B	B
Incompatible avec la catégorie employeur			

4.3. Jours de vacances flexi-jobs

Les prestations fournies dans le cadre d'un flexi-job (code de prestation 15) ouvrent également un droit à des jours de vacances. Étant donné que le pécule de vacances flexi est versé en même temps que le salaire flexi, cela signifie que lorsque le travailleur salarié prend un tel jour de vacances, que ce soit chez l'employeur chez qui il exerce le flexi-job ou chez un autre employeur, aucun salaire et aucun double pécule de vacances ne doivent être versés.

Les jours de vacances flexi ne sont ajoutés aux jours de vacances qu'au moment de l'établissement des bons de cotisation dans le cas des ouvriers, et ils ne sont pas ajoutés dans le cas des employés. Cette adaptation sera mise en œuvre rétroactivement à partir de l'année de cotisation 2019.

4.4. Nouveaux codes de prestation en conversion

En 2020, il y a 1 nouveau code de prestation, à savoir le code de prestation 77, qui correspond au chômage temporaire pour force majeure en raison du coronavirus.

Les prestations dans la DmfA sous ce code ne doivent pas être incluses dans la conversion en bon de cotisation. Ces informations figurent dans le flux de pièces justificatives chômage (Question 230 en annexes 2 et 3)¹

4.5. Nouveaux codes travailleurs dans la conversion

Parmi les prestations dans les DmfA pour les travailleurs salariés avec les 3 codes travailleurs 488, 805, et 407, seules les prestations avec le code travailleur 488 devraient être incluses dans la conversion en bons de cotisation.

Le code travailleur 488 est attribué aux bénéficiaires d'une bourse de (post-)doctorat octroyée par un employeur cité aux articles *3bis* ou 15 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 (M.B. du 05.12.1969).

Le code travailleur 805 est octroyé aux assurés bénéficiant d'une Cotisation de responsabilisation Allocation de garantie de revenus (AGR). Pour cette catégorie, la cotisation n'est pas liée à une personne physique. Les prestations dans les DmfA pour les travailleurs salariés ayant ce code travailleur ne sont pas incluses dans la conversion en bon de cotisation.

Il en va de même pour les prestations avec le code travailleur 407. Les assurés ayant ce code travailleur sont des membres d'un gouvernement fédéral ou régional. Les prestations figurant sous ce code travailleur n'ouvrent aucun droit au sein de l'ASSI.

Ces deux points figurent dans la question 232 en annexes 2 et 3.

4.6. Nouveaux codes de rémunération dans la conversion

Les prestations de la DmfA avec le code de rémunération 41 "Bénéficiaires d'une bourse de (post-) doctorat octroyée par un employeur cité aux articles *3bis* ou 15 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969" sont incluses dans la conversion de la DmfA en bon de cotisation (231 en annexes 2 et 3).

4.7. Nouvelles catégories d'employeurs dans la conversion

Prestations des travailleurs salariés avec la nouvelle catégorie d'employeurs 293 : “Les employeurs qui ressortissent à la Commission paritaire de l'agriculture et qui ont pour activité principale la culture de lin, la culture du chanvre, la transformation primaire du lin et/ou du chanvre” sont inclus dans la conversion.

4.8. Nouveaux statuts du travailleur dans la conversion

Prestation avec le nouveau code d'activité/statut du travailleur RM : Les “militaires de réserve” ne sont pas inclus dans la conversion, car les bons ne comprennent que l'activité à temps partiel ou à temps plein, et non l'activité en tant que réserve (Question 364 en annexes 2 et 3).

Il en va de même pour le statut du travailleur BA : Travailleur salarié employé en dehors du circuit normal de travail (Question 365 en annexes 2 et 3).



Circulaire O.A. n° 2021/298 – 260/9 du 26 octobre 2021.

5^e Partie

Données de base



I. 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)

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

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 1^{er} janvier de chaque année et pour la première fois le 1^{er} janvier 2011, le montant pour les soins de santé est 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 2022

2020	indice santé	moyenne
mars	109,96	
avril	110,22	
mai	110,10	
juin	110,05	110,08

(A)

2021	indice santé	moyenne
mars	110,56	
avril	110,93	
mai	110,99	
juin	111,31	110,95

(B)

(B) = 110,95

(A) = 110,08

0.79 %

Calcul du montant au 1^{er} janvier 2022

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 %
1 ^{er} janvier 2019	29,09	1,45 %
1 ^{er} janvier 2020	29,66	1,95 %
1 ^{er} janvier 2021	29,96	1,01 %
1 ^{er} janvier 2022	30,20	0,79 %



Circulaire O.A. n° 2021/321 – 65/32 du 29 novembre 2021.

II. Cotisation à payer par certains titulaires

À partir du 1^{er} janvier 2022, 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 2021, soit 114,20 (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 1,91 EUR
- 18 à 21 ans 1,45 EUR
- 14 à 18 ans 0,96 EUR

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

- 21 ans et plus 47,75 EUR
- 18 à 21 ans 36,25 EUR
- 14 à 18 ans 24,00 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2022

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 : 66,56 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2022

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 :	785,10	EUR
Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3 ^o alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :	392,54	EUR
Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée :	66,56	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 2022

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	100,54	EUR
b) Titulaire de plus de 65 ans	28,75	EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2022

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 : 45,28 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2022

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



Circulaire O.A. n° 2021/323 – 270/84, 273/85, 274/86, 276/135, 2790/87, 2791/84, 2792/83 et 83/508 du 30 novembre 2021.

III. 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

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

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

Indexation des plafonds

	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1 ^{er} octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 ^{er} septembre 2007 (bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 ^{er} janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 ^{er} mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 ^{er} septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1 ^{er} juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 ^{er} septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 ^{er} septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 ^{er} juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 ^{er} mars 2020	36.835,39	3.694,61
À partir du 1 ^{er} juillet 2021 (bien-être)	36.835,39	3.768,51
À partir du 1 ^{er} septembre 2021	37.571,19	3.843,96

Moyenne annuelle (montants en EUR)

	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71



Circulaire O.A. n° 2021/371 - 270/85 - 273/86 - 274/87 - 276/136 - 2790/88 - 2791/85 - 2792/84 - 3910/1893 - 83/511 du 22 décembre 2021.

IV. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2021

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

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

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2021)	
Titulaires	Personnes à charge
20.292,59 EUR	3.756,71 EUR



Circulaire O.A. n° 2021/373 - 3991/339 du 23 décembre 2021.

V. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

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

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

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

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

1^{er} septembre 2008 indexation

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

1^{er} septembre 2010 indexation

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

1^{er} mai 2011 indexation

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

1^{er} février 2012 indexation

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

1^{er} décembre 2012 indexation

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

1^{er} juillet 2015 indexation

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

1^{er} juin 2016 indexation

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

1^{er} juin 2017 indexation

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

1^{er} septembre 2018 indexation

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

1^{er} mars 2020 indexation

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

1^{er} septembre 2021 indexation

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

Valeurs par trimestre		
1 ^{er} trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 ^e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 ^{er} trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 ^e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 ^{er} trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 ^e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 ^{er} trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 ^{er} trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 ^e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 ^{er} trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 ^e trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 ^{er} trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 ^e trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 ^e trimestre 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 ^e trimestre 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 ^e trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 ^e trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 ^e trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 ^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 ^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 ^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1 ^{er} trimestre 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2 ^e trimestre 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 ^e trimestre 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4^e trimestre 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR



Circulaire O.A. n° 2021/374 – 248/74 du 23 décembre 2021.

VI. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2022 - Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 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, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription, ou au moment de sa réinscription en situation d'accomplissement du délai d'attente pour le droit aux soins de santé tel que décrit à l'article 130 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil national du travail, a été adapté à l'indice au 1^{er} septembre 2021, et s'élève depuis cette date à 1.658,29 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2022 :

21 ans et plus	:	1.658,29 EUR x 4	=	6.633,16 EUR
moins de 21 ans	:	6.633,16 EUR x 3/4	=	4.974,87 EUR

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

A. de la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation ;

- B. ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240 ;
- C. le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à l'euro supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR, il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, articles 149-167 (M.B. du 31.12.2002, pp. 58716 et 58717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2017 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.

Nous signalons que pour le personnel statutaire du secteur public, uniquement le pourcentage pour l'assurance soins de santé est mentionné, puisque le personnel statutaire n'est pas soumis à l'assurance indemnités.

Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mineurs	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Services publics	7,35 %	3,80 %	3,55 %

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80.400 FB ou 1.993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64.800 FB ou 1.606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48.000 FB ou 1.189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40.800 FB ou 1.011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

En annexe¹, sont joints les tableaux qui donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR.



Circulaire O.A. n° 2021/313 - 271/75 du 22 novembre 2021.

1. Non publiés ici.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus
M. Jonathan Owczarek
Mme Marleen Stevens
Mme Zoé De Clippel
Mme Céline Henne
M. Jules Poppe
Mme Jolanda Gashi
Mme Charlotte Lefebre

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726