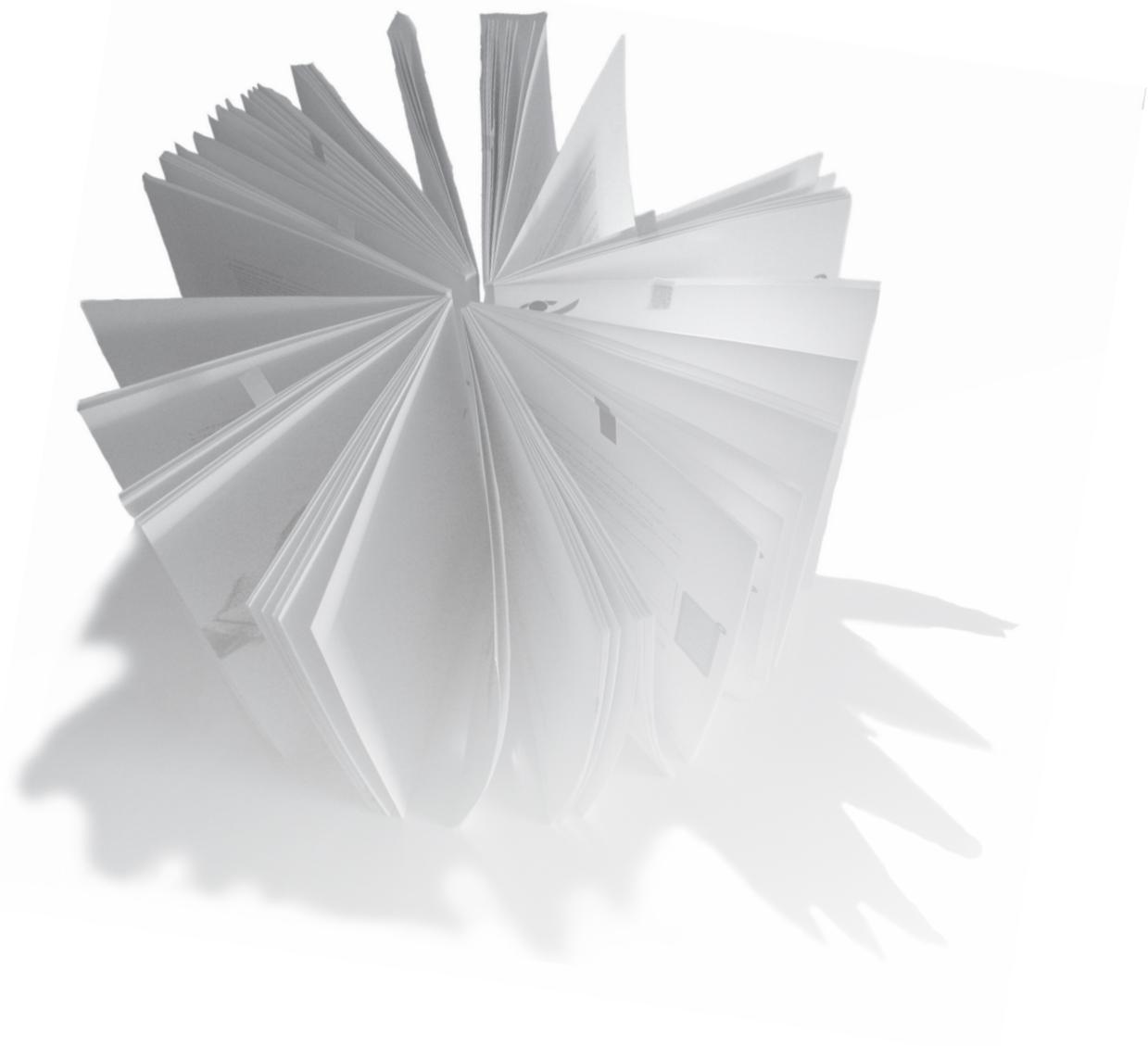


1^{re} Partie

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



4^e trimestre 2023

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2023	16.10.2023	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- en ce qui concerne l'octroi d'une prime de reprise du travail : dans le cadre du traitement des données à caractère personnel déterminé dans le Règlement général sur la protection des données (GDPR) suite à la demande d'octroi de la prime de reprise du travail, il est prévu de reprendre dans la disposition légale elle-même la finalité précise des traitements de données et la désignation du responsable du traitement, ainsi que les catégories de données traitées qui sont pertinentes et la durée maximale de conservation des données enregistrées. L'article 110/1 dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, est dès lors complété par un paragraphe 2
- en ce qui concerne le système de financement par l'intermédiaire d'une intervention par le "Fonds Retour Au Travail" pour l'achat de services par des titulaires reconnus en incapacité de travail, l'article 110/2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 connaît les adaptations suivantes :
 - => une première précision concerne la délégation au Roi prévoyant qu'il détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, les services spécialisés adaptés, ainsi que les critères auxquels ces prestataires de services agréés doivent répondre. Dans ce contexte, il est précisé que le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités est compétent pour agréer les prestataires de service sur base de ces critères ;
 - => une deuxième modification a pour objet la délégation au Roi prévoyant qu'il détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités d'octroi que les titulaires doivent remplir afin de pouvoir prétendre à une intervention du "Fonds Retour Au Travail", ainsi que les modalités de demande et les modalités de paiement, à respecter par ces titulaires, pour cette intervention octroyée par le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités dans la limite des ressources financières de ce fonds. Toutefois, le paiement concret de cette intervention devrait plutôt être effectué au prestataire de services agréé, ce qui devrait être clarifié dans la présente délégation (modalités à respecter par le prestataire de service agréé afin de pouvoir recevoir le paiement) ;
 - => un troisième groupe de modifications découle des diverses exigences prévues dans le Règlement général sur la protection des données (GDPR) :
 - la précision des catégories de données traitées dans le cadre des demandes respectives (la demande du prestataire de services afin d'être agréé par le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités pour fournir le service spécialisé adapté par le biais d'une intervention du "Fonds Retour Au Travail" au titulaire reconnu en incapacité de travail, la demande du titulaire reconnu en incapacité de travail afin de bénéficier d'une intervention du "Fonds Retour Au Travail" et la demande du prestataire de services agréé de recevoir le paiement pour le service spécialisé adapté fourni) ;

- la précision du responsable du traitement ;
- la précision de la finalité des traitements de données ;
- la précision des catégories de personnes au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qui ont accès aux données traitées ;
- la détermination de la durée maximale de conservation des données enregistrées ;
- la précision que si le Fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités accorde une intervention du "Fonds Retour Au Travail" au titulaire, l'INAMI en informe l'organisme assureur auquel ce titulaire est affilié ou inscrit.

En ce qui concerne l'article 10 de la loi du 5 septembre 2001 visant à améliorer le taux d'emploi des travailleurs, il y a une prolongation du délai à respecter par l'employeur invoquant la force majeure pour mettre fin au contrat de travail d'un travailleur en incapacité de travail, afin de notifier à l'INAMI un certain nombre de données et de verser une contribution de 1.800 EUR au "Fonds Retour Au Travail" (45 jours au lieu de 15 jours suivant la fin du contrat de travail).

Moniteur belge	Date	Titre
23.11.2023 – Édition 1	06.11.2023	Loi portant des dispositions diverses en matière de soins de santé

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- ajout des ergothérapeutes à la liste des auxiliaires paramédicaux
- adaptation technique mettant à jour le nom du Conseil fédéral des établissements hospitaliers
- introduction de la possibilité de conventions permettant le financement des entreprises qui installent et/ou maintiennent des dispositifs médicaux dans le cadre du traitement d'un patient en dehors d'un hôpital
- confirmation de la possibilité de limiter quantitativement les prestations attestables au cours d'une période de référence
- connexité entre l'entrée en vigueur des modifications de la liste des spécialités remboursables favorables aux patients et l'intégration dans la source authentique des médicaments, la SAMv2
- possibilité de réinscriptions sur la liste des spécialités remboursables pour éviter des indisponibilités dans le cadre de l'application du système de remboursement de référence
- adaptations à l'encadrement du remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs afin de responsabiliser davantage les distributeurs
- concernant le Service d'évaluation et de contrôle médicaux :
 - => une harmonisation des délais ;
 - => des règles complémentaires d'incompatibilité pour les membres des juridictions administratives ;
 - => une correction technique visant à mettre en concordance les textes néerlandais et français ;
 - => introduit une possibilité de compensation par l'INAMI en cas de dette du dispensateur de soins.

- possibilité donnée au Roi d'accorder aux Commissions de conventions et d'accords la possibilité de choisir comment allouer la masse d'indexation relative à leurs objectifs respectifs
- possibilité de prévoir des suppléments pour les prestations remboursables de laboratoire limitée au cadre fixé par la loi.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2023	06.11.2023	Loi relative à un cadre pluriannuel et aux objectifs en matière de soins de santé

Résumé des modifications

La loi crée une Commission pour les objectifs en matière de soins de santé au sein de l'INAMI. Cette Commission a pour mission d'orienter la politique des soins de santé pour la législature à venir d'un point de vue scientifique ainsi que d'évaluer et, le cas échéant, d'actualiser ces orientations dans la perspective des budgets annuels des soins de santé. Elle en fixe la composition et les missions.

La Commission a trois mandats :

- dans les quarante jours suivant chaque dissolution de la Chambre des représentants, proposer les objectifs en matière de soins de santé qui devraient être poursuivis au cours de la prochaine législature
- remettre chaque année un rapport au plus tard le 30 juin qui comprend une évaluation des progrès accomplis au cours de l'année précédente dans la réalisation des objectifs en matière de soins de santé, tels que déterminés par le Conseil général
- donner un avis sur la proposition de budget global du Comité de l'assurance pour l'année suivante au plus tard le deuxième lundi d'octobre du point de vue de la conformité de cette proposition avec les objectifs en matière de soins de santé en vigueur.

En outre, la loi prévoit une tâche supplémentaire pour le Conseil général, à savoir que le Conseil doit dans les nonante jours suivant la première Déclaration de gouvernement du nouveau gouvernement fédéral, déterminer les objectifs en matière de soins de santé qui seront poursuivis au cours de la législature dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Il peut à cet effet demander un avis au Comité de l'assurance.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2023	20.12.2023	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l'organisation du processus d'évaluation de l'incapacité de travail

Résumé des modifications

Cette loi modifie la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en vue de l'inscription explicite de l'équipe multidisciplinaire, composée d'ergothérapeute, de kinésithérapeute, de psychologue clinicien ou de praticien de l'art infirmier, dans le processus lié à l'évaluation de l'incapacité de travail et des capacités restantes (catégorisations), en lui attribuant des missions spécifiques permettant une répartition claire et transparente des tâches et compétences entre le médecin-conseil et le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire au sein de l'organisme assureur (utilisation optimale de l'expertise spécifique de chacun).

Le collaborateur de cette équipe multidisciplinaire disposera d'une compétence autonome dans l'exercice des tâches et compétences ainsi définies dans la loi (et les arrêtés d'exécution). Le médecin-conseil reste le responsable final du suivi du dossier médical.

En outre, cette loi prévoit aussi le cadre pour des nouvelles compétences pour les médecins du Service des indemnités membres du Conseil médical de l'invalidité et la mise en oeuvre de contrôles thématiques liés au processus d'évaluation de (l'in)capacité de travail. Cet outil d'analyse méthodologique permettra, sur la base des thèmes ainsi confirmés (sur présentation du fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités) par le Comité de gestion de l'assurance indemnités, de pouvoir disposer d'une vision plus globale et intégrée du processus d'évaluation de (l'in)capacité de travail. L'organisation concrète de ces contrôles thématiques sera effectuée par les médecins du Service des indemnités membres du Conseil médical de l'invalidité, qui rédigeront à l'issue de chaque contrôle un rapport de synthèse présenté au Comité de gestion de l'assurance indemnités.

Ces rapports de synthèse permettront notamment de pouvoir évaluer la conformité des pratiques de terrain par rapport au dispositif réglementaire applicable et de pouvoir apporter les ajustements nécessaires au travers de recommandations et/ou lignes directrices découlant des analyses réalisées par le Service des indemnités à l'issue de chaque contrôle thématique.

Moniteur belge	Date	Titre
29.12.2023 – Édition 1	22.12.2023	Loi-programme
09.01.2024 – Édition 1	22.12.2023	Loi-programme - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

La loi programme apporte les modifications suivantes à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- article 35^{bis} : la disposition relative à l'inscription d'une spécialité pharmaceutique, selon laquelle la base de remboursement doit appartenir au groupe des spécialités les moins chères ayant le(s) même(s) principe(s) actif(s), est modifiée étant donné que le modèle de prix plafond est supprimé au 1^{er} janvier 2024. Cette disposition fait référence au groupe des spécialités bon marché à partir du 1^{er} janvier 2024
- article 35^{ter} :
 - => une correction administrative est apportée pour indiquer que la nouvelle base de remboursement est fixée sur base d'une diminution de la base de remboursement existante - plutôt que du prix - lors de l'application du système de remboursement de référence ;
 - => les exceptions de plein droit sont étendues à partir du 1^{er} janvier 2024 ;
 - => à partir du 1^{er} janvier 2024, la mesure "combicliff" est adaptée et une baisse de prix n'est appliquée que lorsque le système de remboursement de référence est appliqué à toutes les préparations mono, ou lorsqu'il existe un générique disponible et remboursable de cette préparation combinée. En outre, l'exception pour les spécialités pharmaceutiques avec un code ATC5 J05AR est abrogée.
- un nouvel article 35^{ter}/1 est inséré, qui prévoit la base légale du système de remboursement de référence pour les médicaments biologiques
- un nouvel article 35^{ter}/2 est inséré, qui prévoit la base légale de la mesure "vieux médicaments

- à l'article 35^{quater} :
 - => les références sont adaptées aux nouvelles références résultant de l'adaptation législative des articles précédents ;
 - => une correction orthographique est également prévue dans le texte en français ;
 - => l'article prévoit que les dispositions de l'article 35^{ter}/1 et de l'article 35^{quater} ne peuvent pas être appliquées à une même spécialité.
- l'article 35^{quater}/1 et l'article 35^{quater}/2 sont supprimés
- à l'article 37, 71^{ter}, 73 et 191, les références sont adaptées aux nouvelles références résultant de l'adaptation législative des articles précédents
- l'article 72^{bis} reprend les dispositions relatives à la suppression de plein droit d'une spécialité de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables à la suite d'une indisponibilité de 3 ans
- l'abrogation de l'article 30 de la loi du 30 juillet 2013, vu l'insertion du nouvel l'article 35^{ter}/1, qui vient le remplacer
- l'abrogation de l'article 69 de la loi du 27 avril 2005, vu l'insertion du nouvel article 35^{ter}/2, qui vient le remplacer
- l'article 37, § 3/3, étend la possibilité pour le Roi de prévoir la tarification par unité aux autres catégories de bénéficiaires
- la "cotisation standard" (art. 191, al. 1^{er}, 15^onovies) et ses modalités d'exécution est reconduite pour l'année 2024
- la "cotisation contributive" (art. 191, al. 1^{er}, 15^oduodecies), la "cotisation orpheline" (art. 191, al. 1^{er}, 15^oterdecies) et la "contribution compensatoire" (art. 191, al. 1^{er}, 31^o), sont maintenues pour l'année 2024
- modulation des taxes pharmaceutiques INAMI (art. 191^{quinquies}) : extension inchangée d'un système déjà existant, jusqu'à l'année de référence 2026 (année budgétaire 2027)
- remboursement du tarif maximum des prothèses amovibles pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et l'inclure dans le maximum à facturer pour les bénéficiaires ordinaires
- l'évolution de l'indice santé lissé est calculé entre août T-2 et août T-1. L'établissement du budget de l'année T tiendra compte d'un indice plus récent. Se faisant, le mécanisme d'indexation de l'assurance maladie réagit plus rapidement à l'évolution de l'inflation
- à l'article 50, § 6, alinéa 2, dernière phrase, le nombre "2025" est remplacé par le nombre "2028" afin que les tarifs maximaux qui peuvent être prévus dans le cadre des accords dento-mutualistes soient être intégrés, au plus tard à la date de la fin de la durée de validité de l'accord national dento-mutualiste conclu avant l'année 2028. La même modification est apportée à l'article 63 de la loi du 18 mai 2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé
- augmentation du montant de la prime de reprise du travail. Cette prime est octroyée sous certaines conditions à l'employeur auprès duquel un titulaire reconnu en invalidité reprend une activité avec l'autorisation du médecin-conseil. À partir du 1^{er} janvier 2024, le montant de la prime de reprise du travail sera augmenté de 1.000 EUR à 1.725 EUR, à la condition que la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil et la reprise du travail du titulaire reconnu en invalidité auprès de l'employeur, sur la base de cette autorisation, ne débutent que le 1^{er} janvier 2024 au plus tôt

- la suppression de la prime de formation et de l'allocation de réussite octroyées dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle (une prime de 5 EUR par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage pour le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle et une allocation forfaitaire de 500 EUR pour le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réadaptation professionnelle). Ces primes ne sont plus octroyées si la demande de prise en charge d'un nouveau programme de réadaptation professionnelle est introduite auprès du Conseil médical de l'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2024
- une retenue provisoire sur le montant des frais d'administration octroyé aux cinq unions nationales. Concrètement, pour l'exercice 2024, une retenue provisoire de 0,5 % sera effectuée sur le montant total des frais d'administration octroyé aux cinq unions nationales conformément à l'article 195, § 1^{er}, 2^o, alinéa 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Le montant exact à retenir sera déterminé, pour chaque union nationale, selon la clé de répartition prévue en exécution de l'article 195, § 1^{er}, 2^o, alinéa 9, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'octroi final éventuel du montant retenu en mars 2025 dépendra de la manière dont l'union nationale concernée et les mutualités affiliées auront rempli et enregistré les missions préparatoires en ce qui concerne la première évaluation des capacités restantes des titulaires reconnus en incapacité de travail, selon un indicateur déterminé.

En outre, cette troisième section prévoit une modification de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Il peut arriver que, pour certaines raisons organisationnelles, le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire organise un seul contact physique lors du quatrième mois de la période d'incapacité primaire dans le cadre, d'une part, de l'évaluation de l'état d'incapacité de travail et, d'autre part, de l'évaluation des capacités restantes, parce que le titulaire reconnu en incapacité de travail n'a pas renvoyé le questionnaire dûment rempli. Dans une telle situation, il est prévu qu'en cas d'absence non valablement justifiée au contact physique, l'octroi des indemnités est supprimé jusqu'au moment où le titulaire remplit (à nouveau) les obligations d'évaluation (cette sanction prévaut sur celle prévoyant une réduction de 2,5 % du montant journalier des indemnités).

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
16.10.2023 – Édition 1	30.08.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace des lignes à l'annexe 1^{re} jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs.

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2023	12.07.2023	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, en ce qui concerne l'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 138 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 ce qui suit :

"Article 138. L'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle est subordonnée à l'autorisation préalable :

1° du Collège des médecins-directeurs :

- a) pour les prestations effectuées à l'étranger et qui sont prévues :
 - à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée
 - dans les conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée
- b) pour les prestations effectuées en Belgique et qui sont prévues :
 - à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, si l'intervention est explicitement subordonnée à l'autorisation préalable du Collège des médecins-directeurs

2° du médecin-conseil pour les prestations effectuées en Belgique et qui sont prévues :

- a) à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, à l'exception des prestations visées au point 1°, b), alinéa premier, de cet article ;
- b) dans les conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée. "

Moniteur belge	Date	Titre
06.11.2023	13.09.2023	Arrêté royal portant exécution de l'article 195, § 1 ^{er} , 2°, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les règles opérationnelles relatives à la réattribution des sommes reversées par les organismes assureurs dans le cadre du système de la responsabilisation financière des organismes assureurs sur leurs frais d'administration variables organisé par l'arrêté royal du 10 avril 2014.

Il est prévu une réattribution des montants finalement non-octroyés à la suite des évaluations annuelles des performances de gestion des organismes assureurs, à différents projets qui pourraient être réalisés par les organismes assureurs en collaboration avec les instances concernées.

Moniteur belge	Date	Titre
17.11.2023 – Édition 2	12.10.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à l'annexe 1^{re} jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs.

Moniteur belge	Date	Titre
07.12.2023 – Édition 2	23.11.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal modifie les critères pour agir en tant que "Coordinateur Retour Au Travail" au sein de l'organisme assureur (régime des travailleurs salariés et régime des travailleurs indépendants) et apporte les modifications suivantes dans l'article 215*octies*, § 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 :

- le 2^o est remplacé par ce qui suit : "2^o l'intéressé a suivi la formation "Disability Management" organisée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et a obtenu au moins la moitié des points à l'examen "Certified Return to Work Coordinator" organisé dans le cadre de cette formation. Toutefois, si l'intéressé ne remplit pas les conditions susmentionnées lors de son entrée en fonction, il doit les remplir dans un délai de trois ans à compter de la date de son entrée en fonction."
- le 3^o est remplacé par ce qui suit : "3^o après l'entrée en fonction, l'intéressé participe à deux moments d'intervisions par an organisés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité."

L'arrêté royal prévoit que la présomption légale d'incapacité de travail pendant le trajet formel de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle dans le régime des travailleurs salariés débute au moment où le titulaire reconnu en incapacité de travail signe la déclaration positive d'engagement (et non plus le jour où le plan de réintégration socioprofessionnelle est établi).

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 2	17.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2017 portant exécution de l'article 73, § 1 ^{er} /1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 24 octobre 2017 portant exécution de l'article 73, § 1^{er}/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique :

- dans l'article 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :
 - => les mots "autorisés à effectuer des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994", sont insérés entre les mots "par les dispensateurs de soins" et les mots "n'ayant pas" ;
 - => les mots "ou la convention" sont insérés entre les mots "à l'accord" et les mots "ou y ayant" ;
- l'article 3 est remplacé par ce qui suit : "Art. 3. Sans préjudice de dispositions légales contraires, les suppléments visés à l'article 1^{er} ne peuvent être appliqués que si le prescripteur fait appel à un laboratoire figurant sur la liste visée à l'article 5 pour l'exécution des prestations visées à l'article 1^{er} et obtient le consentement écrit exprès du patient après l'avoir informé des conséquences financières. Le consentement du patient est mentionné sur la prescription."
- dans l'article 5, les mots "ou aux conventions" sont insérés entre les mots "aux accords" et les mots "ou y ont adhéré".

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	14.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 décembre 2014 en exécution de l'article 56, § 3 ^{ter} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les centres de psychiatrie légale

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 19 décembre 2014 en exécution de l'article 56, § 3^{ter}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les centres de psychiatrie légale :

- à l'article 3 :
 - => la première phrase du point f) est remplacée par : "Le CPL doit globalement disposer d'une équipe de soins de 21,25 ETP/30 lits, chargée des soins infirmiers, de l'accompagnement et de la surveillance continue des patients (24h/24, 7j/7). En vue de l'intensification de ces soins, cette équipe sera renforcée à partir du 1^{er} janvier 2023 par 1 ETP pour 30 lits pour totaliser 22,25 ETP/30 lits." ;
 - => la disposition sous q) est complétée par un point d., rédigé comme suit : "d. informe, en début d'admission, l'organisme assureur de l'interné, par écrit ou par voie électronique sécurisée, au sujet de l'admission."

- à l'article 4 :
=> au § 1^{er} est ajouté le point c) suivant : "c) à partir du 1^{er} janvier 2023 : 255,8 EUR. Dès que le nombre d'interventions par an dépasse les 77.088 jours, les jours supplémentaires sont facturés à 0 EUR" ;
=> le § 1^{er}/1, est remplacé ;
- l'article 7, § 1^{er}, est remplacé par les dispositions suivantes : "§ 1^{er}. Le budget annuel global à charge de l'assurance obligatoire soins de santé s'élève à 4.605.050 EUR pour 2014, à 17.093.928 EUR pour 2015, à 16.805.928 EUR pour 2016, à 18.740.845 EUR pour 2017 et à 29.332.472 EUR à partir de 2018 jusque 2022. À partir de 2023, ce budget s'élève à 34.159.398 EUR. Ce budget annuel global couvre l'intervention prévue à l'article 2, § 1^{er}."

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	14.12.2023	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À l'article 37bis, § 1^{er}, Bbis, 2^o, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le numéro d'ordre "102852" est remplacé par le numéro d'ordre "400374".

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2023 – Édition 2	30.11.2023	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 la modification suivante à l'article 6, d) 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 :

- Les mots "dans la rubrique" soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie" de l'article 5, § 1^{er} et 2" sont remplacés par les mots "dans le § 5" soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie" de l'article 5".

3. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
24.10.2023	15.09.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 36 de 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 :

- au § 3, 2^e alinéa, 4^e tiret, les mots "et § 2, f)" sont abrogés

Les dispositions sont d'application pour toutes les nouvelles demandes qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur.

Moniteur belge	Date	Titre
24.10.2023	15.09.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 36 de 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 :

- au § 2, b), 6°, 6.3, les mots "Troubles chroniques de la parole consécutifs à des affections neuromusculaires reprises dans la liste appliquée par les centres de référence pour les affections neuromusculaires, ou consécutifs à la maladie de Parkinson ou la maladie de Huntington ou l'infirmité motrice cérébrale chez des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, attestée par le neurologue, à l'exclusion de la démence ou des symptômes de démence débutante" sont remplacés par les mots "Troubles chroniques de la parole consécutifs à des affections neuromusculaires reprises dans la liste appliquée par les centres de référence pour les affections neuromusculaires, ou consécutifs à la maladie de Parkinson ou la maladie de Huntington, ou consécutifs à des affections démyélinisantes du système nerveux central, ou suite à une infirmité motrice cérébrale chez des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, attestée par le neurologue, à l'exclusion de la démence ou des symptômes de démence débutante".

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2023	15.09.2023	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le § 5 de l'article 9, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2023	01.10.2023	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 7 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 § 14, 5°, A, f) est complété par ce qui suit : "6) rupture aigüe complète ou quasi-complète non-opérée du tendon d'Achille."

Moniteur belge	Date	Titre
27.10.2023	04.09.2023	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1 ^{er} , e), 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 12, § 1^{er}, e), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- les prestations 202112-202123 et 202134-202145 et règles d'application sont insérées après la prestation 202775-202786.

Moniteur belge	Date	Titre
27.10.2023	11.10.2023	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 8 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, deuxième alinéa, le troisième tiret est remplacé comme suit : "- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 3^{o bis} et sous les rubriques IV et V du § 1^{er}, 1^o et 2^o à l'exception des soins d'hygiène et des soins de plaie(s);"
- au § 4, 2^o, les modifications suivantes sont apportées :
=> le quatrième alinéa est remplacé ;
=> dans le sixième alinéa, les mots "ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1^o de cet article," sont supprimés ;
=> le douzième alinéa est remplacé.
- au § 5, 3^o, c, dans le tableau contenant les prestations et les pseudo-codes qui leur sont attribués, la quinzième et seizième ligne sont remplacées par deux lignes
- le § 8 est remplacé
- au § 9, dernier alinéa, les mots ", 427954, 424373, 424535, 424675 et 427976" sont remplacés par les mots "et 427954".

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2023	28.09.2023	Arrêté royal modifiant l'article 11 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 11 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 1^{er}, la prestation 354325 et la règle d'application sont insérées après la prestation 354255-354266
- au paragraphe 5, les mots "354325," sont insérés entre les mots "354255 - 354266," et les mots " 355132 - 355143".

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2023 – Édition 1	13.11.2023	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 8 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 § 4, 2°, premier alinéa, est remplacé
- le § 5, 3°, d), est remplacé
- le dernier alinéa du § 5, 4° est supprimé
- le § 5bis, 2°, est remplacé
- le § 5bis, 6°, est remplacé
- le § 12 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2023 – Édition 1	06.11.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5 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 paragraphe 1^{er} est modifié comme suit :
 - => dans la rubrique "soins conservateurs" après la prestation 373612-373623, est insérée une nouvelle prestation 373796-373800 ;
 - => dans la rubrique "soins conservateurs" après la règle d'application relative à la prestation 373656-373660, est insérée une nouvelle prestation 374791-374802 ;
- dans le paragraphe 2, dans la rubrique "soins conservateurs" après la prestation 303612-303623, est insérée une nouvelle prestation 303796-303800.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 de la même annexe :

- dans le paragraphe 4bis., après le dernier alinéa, est inséré un nouvel alinéa rédigé comme suit : "Pour la prestation 373796-373800, l'agénésie d'une dent définitive correspondante OU l'agénésie d'une dent définitive doit être démontrée dans le dossier du patient."
- dans le paragraphe 4quater., première alinéa, les mots "373796-373800, 303796-303800" sont insérés entre les mots "305152-305163," et "pour les soins"

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	17.12.2023	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 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 2, B, 1., 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 :

- la prestation 102852 et les règles d'application qui suivent sont remplacées.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
09.10.2023	15.09.2023	Arrêté royal accordant une intervention financière aux dispensateurs de soins entièrement conventionnés et en fixant les conditions et les modalités

Résumé des modifications

Pour faire face à l'augmentation du coût de la vie, une compensation structurelle de 100 millions d'EUR est prévue dans le budget de l'assurance soins de santé pour 2023 et ce pour les dispensateurs de soins ayant entièrement adhéré aux conventions et accords qui fixent les tarifs et les honoraires.

Moniteur belge	Date	Titre
11.10.2023 – Édition 2	09.10.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 décembre 2022 visant l'instauration d'honoraires pour la préparation, la délivrance et l'administration de vaccins COVID

Résumé des modifications

Compte tenu de la nécessité d'administrer des vaccins à une partie relativement importante de la population sur une courte période au cours de l'automne 2023, l'arrêté royal prévoit un système d'honoraires pour l'administration des vaccins contre la grippe. Plus concrètement, l'honoraire pour l'administration d'un vaccin contre la grippe par un médecin, un infirmier, une sage-femme ou un pharmacien s'élève à 15,50 EUR. Il est en outre prévu que les médecins peuvent également facturer un honoraire de 15,50 EUR pour l'administration d'un vaccin-COVID et que les infirmiers, sage-femmes et médecins peuvent facturer un honoraire de 3,22 EUR pour la préparation d'un vaccin-COVID.

Les prestations spécifiques pour la préparation et l'administration des vaccins doivent être facturées via le tiers payant et le patient n'est redevable d'aucun montant pour ces prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	15.09.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité remboursable dans une officine ouverte au public

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1^{er}, il est ajouté un 10^o intitulé "prestation "Revue de la médication"
- dans l'article 4, il est ajouté un 5^o intitulé "5^o la prestation "Revue de la médication"
- un article 6/3 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
17.10.2023 – Édition 1	01.10.2023	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

Résumé des modifications

Le montant de la prime télémédecine s'élève à 800 EUR et est payée annuellement aux sages-femmes qui remplissent les conditions dans le cadre de l'e-Santé et déterminées dans l'arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2023	11.10.2023	Arrêté royal modifiant 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 royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 1^{er} est complété par le 52^o
- dans l'article 6, l'alinéa 1^{er} est abrogé
- à l'article 7, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans l'alinéa 1^{er}, les mots "et de traitement" sont insérés entre les mots "procédure d'introduction" et les mots "d'une demande d'adaptation" ;
 - => dans l'alinéa 1^{er}, les mots "ou d'un formulaire de suivi d'une demande introduite par une association scientifique ainsi que toutes les communications entre, d'une part, le secrétariat ou le fonctionnaire délégué, et d'autre part, le demandeur ou l'association demanderesse" sont insérés entre les mots "ou d'une liste nominative" et les mots "est communiqué au moyen du réseau Internet" ;

=> l'alinéa 2 est complété par les mots "et assurer le traitement de son dossier." ;

=> un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 2 et 3 : "Dès que le dossier a été introduit auprès du secrétariat, le demandeur ou l'association demanderesse ne peut plus ajouter de sa propre initiative de nouvelles données ou des documents supplémentaires à la demande d'adaptation de la liste ou d'une liste nominative."

- l'article 12 est complété par un alinéa
- l'article 31 est complété par un paragraphe 7
- dans le titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 1^{er}, il est inséré un article 35/1
- l'article 42 est complété par un paragraphe 7
- dans le titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 2, il est inséré un article 46/1
- l'article 52 est complété par un alinéa
- l'article 61 est complété par un paragraphe 6
- l'article 65, dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, est complété par un paragraphe 2
- à l'article 65/1, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 3, les mots "au moyen d'un formulaire de notification" sont remplacés par les mots "au moyen d'un formulaire de suivi, entièrement complété" ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 4, les mots "des notifications introduites" sont remplacés par les mots "des formulaires de suivi, introduits" ;
 - => le paragraphe 3 est remplacé ;
 - => il est complété par les paragraphes 4 et 5.
- à l'article 65/2, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 3, les mots "au moyen d'un formulaire de notification" sont remplacés par les mots "au moyen d'un formulaire de suivi, entièrement complété" ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 4, les mots "des notifications introduites" sont remplacés par les mots "des formulaires de suivi, introduits" ;
 - => le paragraphe 3 est remplacé ;
 - => il est complété par les paragraphes 4 et 5
- à l'article 65/3, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le paragraphe 2 est remplacé ;
 - => il est inséré les paragraphes 2/1 et 2/2.
- un article 66/1 est inséré
- l'article 79 est complété par un paragraphe 7
- l'article 88 est complété par un paragraphe 7
- l'article 96 est complété par un paragraphe 3
- l'article 102 est complété par un paragraphe 6
- à l'article 104/1, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 2, les mots "au moyen d'un formulaire de notification" sont remplacés par les mots "au moyen d'un formulaire de suivi, entièrement complété" ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 3, les mots "des notifications introduites" sont remplacés par les mots "des formulaires de suivi, introduits" ;
 - => le paragraphe 3 est remplacé ;
 - => il est complété par les paragraphes 4 et 5.

- à l'article 104/2, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 2, les mots "au moyen d'un formulaire de notification" sont remplacés par les mots "au moyen d'un formulaire de suivi, entièrement complété" ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 3, les mots "des notifications introduites" sont remplacés par les mots "des formulaires de suivi, introduits" ;
 - => le paragraphe 3 est remplacé ;
 - => il est complété par les paragraphes 4 et 5.
- à l'article 104/3, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le paragraphe 2 est remplacé ;
 - => il est complété par les paragraphes 3 et 4.
- l'article 112 est complété par un paragraphe 3
- l'article 119 est complété par un paragraphe 3
- l'article 124 est complété par un alinéa
- l'article 129 est complété par un paragraphe 3
- à l'article 137, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 2, un alinéa est inséré entre les alinéas 1 et 2 ;
 - => dans le paragraphe 2, l'alinéa 2 ancien, devenant l'alinéa 3, est remplacé ;
 - => il est complété par les paragraphes 5 et 6.
- l'article 139, dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, est complété par un paragraphe 2
- dans le titre III, chapitre 4, , il est inséré un article 140/1
- à l'article 154, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le paragraphe 3 est complété par le 6° ;
 - => le paragraphe 4 est complété par le 4°.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2023	24.09.2023	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2024 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

La date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2024 est établie par l'Institut national d'assurance maladie- invalidité, est fixée au 19 février 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
27.10.2023	21.07.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins

Résumé des modifications

Pour l'année 2023, le montant de base pour l'intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins est fixé à 133.966,14 EUR et le montant complémentaire est fixé à 89,94 EUR par vote valable émis.

Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2023	18.09.2023	Arrêté royal du 18 septembre 2023 modifiant l'arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d'avantages sociaux et d'autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes concernant les professionnels des soins et plus particulièrement les médecins, kinésithérapeutes et sage-femmes :

- les médecins :
 - => les dispensateurs de soins qui, pendant toute l'année, ont été formellement inactifs en raison notamment d'une incapacité du travail, mais qui ont malgré tout exercé une activité professionnelle autorisée pourront obtenir un montant de prime statut social ;
 - => le terme "agrément" pour les médecins est spécifié de telle façon que les médecins disposant d'un numéro INAMI avec le code de compétence destiné aux médecins sans titre professionnel particulier et sans droits acquis, ainsi qu'aux médecins généralistes avec droits acquis sont assimilés à des médecins agréés ;
 - => des seuils d'activité sont inscrits pour les nouvelles spécialités génétique clinique et médecine légale et s'élèvent pour ces deux nouvelles spécialités à 25.000 EUR de remboursements de prestations attestées, pour le statut social complet ;
 - => le montant indexé de la prime pour les médecins généraliste en formation et les médecins spécialistes en formation s'élève à 7.465,04 EUR pour l'année de prime 2023.
- les kinésithérapeutes : le montant pour l'année de prime de 2022 est fixé à respectivement 1.790,34 EUR, 2.365,79 EUR et 3.165,07 EUR
- les sage-femmes : les avantages sociaux et autres sont instaurés à partir de l'année de prime 2023, pour un montant de 593,44 EUR et pour un seuil d'activité minimal de 150 prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
06.11.2023	03.10.2022	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 de 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 :

- le paragraphe 1^{er} est remplacé

- au paragraphe 3, les modifications suivantes sont apportées :
 - => à l'alinéa 1^{er}, les mots "juin 2019" sont remplacés par les mots "juin 2021" ;
 - => à l'alinéa 2, les mots "1^{er} janvier 2022" sont remplacés par les mots "1^{er} janvier 2023".

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2023	19.10.2023	Arrêté royal déterminant les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2023

Résumé des modifications

Les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2023 sont fixés à :

- 1.194.981.000 EUR pour les cinq unions nationales
- 21.199.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2023	06.11.2023	Arrêté royal fixant le budget global en 2023 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et l'impact des éléments du budget annuel qui n'ont pas ou pas entièrement produit leurs effets

Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques visées dans l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, b), c) et e), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'élève à 5.640.374 milliers d'EUR pour l'année 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
28.11.2023	16.11.2023	Arrêté royal fixant à partir de l'année civile 2023 l'intervention financière pour différentes mesures prévues relativement aux secteurs fédéraux de la santé

Résumé des modifications

L'INAMI octroie une intervention financière pour les coûts des mesures prévues dans les accords sociaux relatifs aux secteurs fédéraux de la santé et pour les coûts du complément de spécialisation pour les praticiens de l'art infirmier à domicile.

Le montant maximal de l'intervention financière annuelle dans les coûts des mesures prévues dans les accords sociaux relatifs aux secteurs fédéraux de la santé est fixé pour 2023 à 168.878.091 EUR et les dépenses sont imputées par l'INAMI soit au budget des soins de santé, soit aux frais d'administration de l'INAMI.

Le montant maximal de l'intervention financière annuelle dans les coûts des mesures prévues dans les accords sociaux relatifs aux secteurs fédéraux de la santé est fixé à partir de 2024 à 174.587.399 EUR et les dépenses sont imputées par l'INAMI soit au budget des soins de santé, soit aux frais d'administration de l'INAMI.

À partir de l'année civile 2025, les montants visés et relatifs aux mesures salariales sont majorés chaque année de la norme de croissance réelle telle que définie à l'article 40 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2023	15.09.2023	Arrêté royal fixant des interventions financières aux secteurs fédéraux de la santé dans le coût du soutien au personnel de soins

Résumé des modifications

L'INAMI accorde l'intervention suivante dans les coûts du soutien au personnel de soins pour des tâches administratives et/ou logistiques :

- un montant de 5.793.131,25 EUR à verser au Fonds Maribel Social du Secteur Public auprès de l'ONSS au profit des employeurs des secteurs fédéraux publics de la santé qui mettent du personnel administratif et/ou logistique à disposition pour soutenir le personnel de soins
- un montant de 14.206.868,75 EUR à verser au Fonds Maribel Social pour les établissements et services de santé 330 au profit des employeurs des secteurs fédéraux privés de la santé qui mettent du personnel administratif et/ou logistique à disposition pour soutenir le personnel de soins.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2023	06.11.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires :

- dans l'article 3, au premier alinéa, le 12° est remplacé comme suit : "10,50 EUR pour les prestations 307112-307123 et 303796-303800"
- dans l'article 5, au deuxième alinéa, les mots "et 372632-372643" sont remplacés par les mots "372632-372643, 373796-373800 et 374791-374802".

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2023	19.11.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2018 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

Résumé des modifications

Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le prix de la journée d'entretien est fixé à 728,52 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2023	11.12.2023	Arrêté royal modifiant l'article 22 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

Cet arrêté royal prévoit que la présomption légale d'incapacité de travail pendant le trajet formel de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle dans le régime des travailleurs indépendants débute au moment où le titulaire reconnu en incapacité de travail signe la déclaration positive d'engagement (et non plus le jour où le plan de réintégration socioprofessionnelle est établi).

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2023	11.12.2023	Arrêté royal modifiant remplaçant l'article 32 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

À partir du 1^{er} janvier 2024, une nouvelle réglementation sur le droit aux indemnités d'incapacité de travail pendant une période de détention préventive ou de privation de liberté s'appliquera dans le régime des travailleurs indépendants. Cette nouvelle réglementation signifie essentiellement que :

- l'octroi des indemnités est suspendu si le titulaire reconnu en incapacité de travail fait l'objet d'une mesure de détention ou d'incarcération en exécution d'une condamnation pénale à la suite de laquelle il séjourne effectivement en prison ou en maison de transition. Ainsi, pendant la période de détention préventive, l'intéressé continue à prétendre au montant normal des indemnités
- le montant de l'indemnité est limité à la moitié pour le titulaire interné qui n'a pas de personne à charge et qui séjourne dans une institution désignée par l'instance compétente, sous le statut d'un placement. L'indemnité intégrale est toutefois octroyée au titulaire, s'il a obtenu, de la part de l'instance compétente, l'autorisation de quitter l'établissement pour une période ininterrompue d'au moins sept jours, à partir du premier jour de cette dernière période. Le titulaire ayant personne à charge conserve toujours le droit au montant normal de l'indemnité.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 2	17.12.2023	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 des modifications à l'article 2 de 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. Il s'agit de mesures destinées à maîtriser les dépenses de biologie clinique dans le domaine ambulatoire.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 2	17.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 juin 2001 fixant les modalités du financement du contrôle de qualité externe des laboratoires de biologie clinique agréés

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 10 juin 2001 fixant les modalités du financement du contrôle de qualité externe des laboratoires de biologie clinique agréés :

- les mots "0,20 %" sont remplacés par les mots "0,235 %".

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 1	21.11.2023	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 à l'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 :

- dans l'article 77, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, les mots "Aux 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre," sont remplacés par les mots "Le premier jour de chaque mois" ;

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, les mots "Au plus tard le 1^{er} novembre, le 1^{er} février, le 1^{er} mai et le 1^{er} août qui y précède," sont remplacés par les mots "Au plus tard le premier jour du mois qui précède," ;

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 3, le mot "trimestrielle" est remplacé par le mot "mensuelle" ;

=> le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit : "§ 2. Le premier jour ouvrable du mois précédant la fixation de la liste des spécialités concernées, le secrétariat de la Commission vérifie la disponibilité au jour de la fixation de la liste conformément à l'article 35^{ter}, § 1 de la loi, des spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, c), 2), pour lesquelles les dispositions de l'article 35^{ter}, § 1, n'ont pas encore été appliquées.

Le demandeur communique la disponibilité des spécialités pharmaceutiques concernées dans un délai de 5 jours suivant la réception de la communication du Service.

Après la réception du statut de la disponibilité des spécialités pharmaceutiques concernées, le Service informe les demandeurs pour lesquelles une ou plusieurs de leurs spécialités pharmaceutiques subiront une baisse de leur base de remboursement.

Si le statut de disponibilité de la spécialité pharmaceutique concernée change entre la date de la communication et le premier jour du mois précédant le jour de la modification de la liste conformément aux dispositions de l'article 35^{ter}, § 1 de la loi, le demandeur en informe le Secrétariat de la Commission." ;

=> le paragraphe 3 est abrogé ;

=> le paragraphe 4 est remplacé ;

=> dans le paragraphe 5, le mot "trimestrielle" est remplacé par le mot "mensuelle" ;

=> dans le paragraphe 5, les mots "de l'article 35^{ter} § 2 ou § 2^{bis}" sont remplacés par les mots "de l'article 35^{ter} § 2" ;

=> dans le paragraphe 6, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit : "Le demandeur communique son choix dans un délai de 5 jours suivant la réception de la liste visée au § 1^{er}, alinéa 2." ;

=> dans le paragraphe 6, alinéa 5, les mots "visée à l'art. 35^{ter} § 2 ou § 2^{bis}" sont remplacés par les mots "visés à l'art. 35^{ter} § 2".

• dans l'article 79, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, les mots "de l'article 35^{ter}, § 1^{er}, ou § 2^{bis}" sont remplacés par les mots "de l'article 35^{ter}, § 1^{er}, § 2" ;

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, les mots ", respectivement au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre de chaque année" sont remplacés par les mots "le premier jour de chaque mois" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots " respectivement au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre de chaque année" sont remplacés par les mots "le premier jour de chaque mois" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 2, a), les mots "de l'article 35^{ter}, § 1^{er}, ou § 2^{bis}" sont remplacés par les mots "de l'article 35^{ter}, § 1^{er}" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 2, point a) un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 1 et 2 : "Pour les spécialités pharmaceutiques, ayant plus qu'un principe actif, pour lesquelles au moins pour un des principes actifs, les dispositions de l'article 35^{ter}, § 2^{bis} de la loi ont déjà été appliquées, la base de remboursement (niveau ex-usine) est diminuée jusqu'à une valeur qui est de 27,82 pourcent plus basse que la base de remboursement (niveau ex-usine) au moment de l'inscription sur la liste de la spécialité, pour les spécialités pour lesquelles l'intervention de l'assurance représente 100 pourcent de la base de remboursement et pour les autres spécialités réduite jusqu'à une valeur qui est de 23,37 pourcent plus basse que la base de remboursement (niveau ex-usine) au moment de l'inscription sur la liste de la spécialité."

- dans l'article 80, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans l'article le mot "af-fabriek" est chaque fois remplacé par les mots "buiten bedrijf" dans le texte en néerlandais ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots "Au plus tard le 1^{er} novembre, le 1^{er} février, le 1^{er} mai et le 1^{er} août" sont remplacés par les mots "Au plus tard le 1^{er} jour du mois".

- dans l'article 127, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, le a) est remplacé par ce qui suit : "a) 100% de la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne *ad hoc* de la liste des spécialités qui sont classées en catégorie A, Fa, ou dans des groupes de remboursement B-181 à B-186, B-188 ou B-189 ;" ;

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, le b) est remplacé par ce qui suit : "b) la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne *ad hoc* de la liste des spécialités qui sont inscrites en catégorie B, à l'exclusion des spécialités qui sont classées dans des groupes de remboursement B-181 à B-186, B-188 ou B-189, ou la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne *ad hoc* de la liste des spécialités qui sont inscrites en catégorie Fb, chaque fois diminuée de 0,37 EUR par tranche du nombre d'unités du dosage prescrit comprises dans le plus grand conditionnement individuel remboursable de cette spécialité ou, en l'absence de cette référence, par tranche d'une quantité fixée dans la liste. Lorsque le patient est transféré de service dans l'établissement hospitalier, il y a lieu, pour le calcul du montant de 0,37 EUR, de considérer qu'une nouvelle tranche est entamée ;" ;

- dans l'article 128, alinéa 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

=> Au point 1 :

- le nombre "0,35" est remplacé par le nombre "0,36" ;
- les nombres "2,33" sont remplacés par les nombres "2,35" ;
- les mots "15 %" sont remplacés par les mots "15,3 %" ;
- le nombre "2,00" est remplacé par le nombre "2,04" ;
- les mots "0,9 %" sont remplacés par les mots "0,92 %".

=> Au point 2 :

- le nombre "6,04" est remplacé par le nombre "7,18" ;
- le nombre "3,624" est remplacé par le nombre "4,308" ;
- les mots "2 %" sont remplacés par les mots "2,37 %".

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 1	30.11.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'intitulé de l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, le mot "féminine" est abrogé
- dans les articles 1^{er}, 2, 3 et 4, dans le texte néerlandais, le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts"
- dans l'article 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :
 - => au 8^o, les mots "de la femme" sont remplacés par les mots "du bénéficiaire" ;
 - => au 8^o, dans le texte français, les mots "par femme" sont remplacés par les mots "par bénéficiaire";
- dans les articles 2, 3 et 4, du même arrêté, dans le texte français, les mots "à la bénéficiaire" sont chaque fois remplacés par les mots "au bénéficiaire"
- dans les articles 2 et 3, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le mot "patientes" est remplacé par le mot "bénéficiaires" ;
 - => dans le texte français, les mots "pour une même bénéficiaire" sont remplacés par les mots "pour un même bénéficiaire" ;
- dans l'article 3, alinéa 1^{er}, dans le texte français, les mots "chez une receveuse d'ovocyte(s)" sont remplacés par les mots "chez un receveur d'ovocyte(s)"
- dans l'article 4, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans l'alinéa 1^{er}, dans le texte français, les mots "une bénéficiaire" sont chaque fois remplacés par les mots "un bénéficiaire" ;
 - => dans l'alinéa 1^{er}, 2^o, les mots "dans un cas documenté d'infertilité féminine inexplicite, d'endométriose modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine." sont remplacés par les mots "dans un cas documenté d'infertilité inexplicite, de sub-fertilité modérée, d'endométriose ou de stérilité cervicale.";
 - => dans l'alinéa 4, dans le texte français, les mots "La bénéficiaire" sont remplacés par les mots "Le bénéficiaire".
- dans les articles 6, 7 et 8, dans le texte français, les mots "de la bénéficiaire" sont chaque fois remplacés par les mots "du bénéficiaire"
- les annexes A1, A2, A3, B1, B2 et B3, sont remplacées par les annexes A1, A2, A3, B1, B2 et B3.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 1	11.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 juin 2022 portant exécution de l'article 42, alinéa 1 ^{er} , 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 apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 23 juin 2022 portant exécution de l'article 42, alinéa 1^{er}, 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 :

- l'article 8, § 1^{er}, de est complété par un alinéa rédigé comme suit : "Ce budget total pour 2023 est estimé à 653.000 EUR." ;
- à l'article 9, les mots "le 31 décembre 2022" sont remplacés par les mots "le 31 décembre 2023".

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 1	03.12.2023	Arrêté royal abrogeant l'arrêté royal du 2 avril 2021 portant exécution de l'article 10/2 de la loi du 22 décembre 2020 portant diverses mesures relatives au tests antigéniques rapides et concernant l'enregistrement et le traitement de données relatives aux vaccinations dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 2 avril 2021 portant exécution de l'article 10/2 de la loi du 22 décembre 2020 portant diverses mesures relatives au tests antigéniques rapides et concernant l'enregistrement et le traitement de données relatives aux vaccinations dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19, modifié par l'arrêté royal du 18 septembre 2022, est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	17.12.2023	Arrêté royal modifiant l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations :

- le numéro d'ordre "102852" est remplacé par le numéro d'ordre "400374".

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	17.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires :

- un nouvel alinéa est inséré après le 10° et rédigé comme suit :

"En dérogation au 2° du présent article, l'intervention personnelle de la prestation 301593-301604 est nulle pour les bénéficiaires suivants :

- les bénéficiaires du trajet de démarrage diabète ayant bénéficié d'une intervention pour une des prestations 102852, 109594, 400374 ou 400396
- les bénéficiaires du trajet de soins diabète sucré de type 2 tel que défini par l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins
- les bénéficiaires suivis dans le cadre d'une convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents ou convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré en exécution des articles 22, 6°, et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994."

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	17.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix :

- l'article 5 est remplacé
- dans l'annexe à l'arrêté royal, les dispositions du chapitre I, A., sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes
- dans le chapitre I de la même annexe, des dispositions sont insérées à la suite des dispositions du A bis

- au chapitre I, B., de la même annexe, les mots "la prestation 102852" sont remplacés par les mots "la prestation 400374 ou 400396"
- au chapitre V de la même annexe, intitulé "Prestations d'éducation au patient diabétique", les modifications suivantes sont apportées :
 - => au 1. Définitions, le j) est remplacé ;
 - => les dispositions du 2.A. sont remplacées ;
 - => au 3. et au 5., les mots "prestation de suivi" sont à chaque fois remplacés par les mots "prestation trajet de démarrage";
 - => au 3.1.3 l'alinéa 1^{er} est complété par un d) ;
 - => les dispositions 3.2.C. sont complétées ;
 - => dans le texte français, le titre "4.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie" est remplacé par "5.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie" ;
 - => le chapitre est complété par un 5.4.

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	17.12.2023	Arrêté royal fixant pour l'année 2024 des interventions financières aux secteurs fédéraux de la santé dans le coût des projets de formation en art infirmier ou d'aide-soignant.e, "#Choisislessoins" et "Accès B", dans le coût du soutien au personnel de soins et dans le coût des projets pilotes "(de) Nouveau à bord"

Résumé des modifications

L'INAMI accorde les interventions suivantes :

- dans les coûts du soutien au personnel de soins pour des tâches administratives et/ou logistiques en 2024 :
 - => un montant de 5.577.785,41 EUR à verser au Fonds Maribel social du Secteur Public auprès de l'ONSS au profit des employeurs des secteurs fédéraux publics de la santé qui mettent du personnel administratif et/ou logistique à disposition pour soutenir le personnel de soins ;
 - => un montant de 15.422.214,59 EUR à verser au Fonds Maribel social pour les établissements et services de santé 330 au profit des employeurs des secteurs fédéraux privés de la santé qui mettent du personnel administratif et/ou logistique à disposition pour soutenir le personnel de soins.
- dans le coût des mesures relatives au projet de formation en art infirmier ou d'aide-soignant.e, au projet "#Choisislessoins" et au projet "Accès B" en 2024 :
 - => un montant de 6.109.003,07 EUR à verser au Fonds Maribel social du Secteur Public auprès de l'ONSS au profit des personnes qui suivent une formation dans le cadre du projet de formation en art infirmier ou d'aide-soignant.e ou du projet "Accès B" et qui sont employées par un employeur public relevant des secteurs fédéraux de la santé ;
 - => un montant de 16.890.996,93 EUR à verser au Fonds Maribel social pour les établissements et services de santé 330 au profit des personnes qui suivent une formation dans le cadre du projet de formation en art infirmier ou d'aide-soignant.e ou du projet "#Choisislessoins" et qui sont employées par un employeur privé relevant des secteurs fédéraux de la santé.

- dans le coût des projets pilotes "(de) Nouveau à bord" en 2024 :

=> un montant de 1.859.261,80 EUR à verser au Fonds Maribel social du Secteur Public auprès de l'ONSS ;

=> un montant de 5.140.738,20 EUR à verser au Fonds Maribel social pour les établissements et services de santé 330.

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2023 – Édition 2	13.11.2023	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2023

Résumé des modifications

Le montant forfaitaire, payé aux dentistes à certaines conditions, s'élève pour l'année de la prime à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2023 – Édition 2	12.12.2023	Arrêté royal du [xxxx] fixant les conditions et dispositions en vertu desquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux kinésithérapeutes pour l'usage de la télémédecine et la gestion électronique des dossiers

Résumé des modifications

Le montant forfaitaire, payé aux kinésithérapeutes à certaines conditions, s'élève pour l'année de la prime à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
29.12.2023 – Édition 1	25.12.2023	Arrêté royal abrogeant l'arrêté royal du 15 septembre 2023 accordant une intervention financière aux dispensateurs de soins entièrement conventionnés et en fixant les conditions et les modalités

Résumé des modifications

Étant donné que la prime ne sera plus payée pour 2024, l'arrêté royal du 15 septembre 2023 accordant une intervention financière aux dispensateurs de soins entièrement conventionnés et en fixant les conditions et les modalités est abrogé.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
13.10.2023	21.09.2023	Arrêté ministériel modifiant 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 à 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 :

- avant le chapitre "A. Ophtalmologie", les dispositions suivantes sont insérées : "1.4. Le terme "matériel implantable" dans un libellé d'une prestation en catégorie II (Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme) de la Liste fait référence à un dispositif médical implantable tel que défini par le règlement (UE) 2017/745 (MDR) utilisé lors d'une procédure de viscérosynthèse ou endoscopique et servant à faire une ligature ou une suture (y compris les renforts de suture), à l'exception des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une intervention de l'assurance via une autre prestation spécifique de la Liste."
- au chapitre "H. Gynécologie", à l'intitulé "H.5 Divers", dans le libellé de la prestation 182114-182125 les mots "d'une hysterosalpingo-foam-sonographie" sont remplacés par les mots "de la prestation 432832-432843 de la nomenclature".

Moniteur belge	Date	Titre
19.10.2023 – Édition 1	13.10.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "M. Autre" de la Liste et les Listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- au chapitre "M. Autre" 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, les modifications suivantes sont apportées au point "M.1 Diabète" :

=> la sous-division "M.1.1 Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel" est abrogée ;

=> les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 et leurs modalités de remboursement sont abrogées ;

=> la condition de remboursement M- § 01 liée aux prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 est abrogée.

- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les modifications suivantes sont apportées :

=> la liste nominative 37201 associée aux prestations 174370-174381, 174392-174403 et 174495-174506 est abrogée ;

=> la liste nominative 37301 associée à la prestation 174414-174425 est abrogée ;

=> la liste nominative 37401 associée aux prestations 174436-174440, 174451-174462 et 174510-174521 est abrogée ;

=> la liste nominative 37501 associée à la prestation 174473-174484 est abrogée.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2023	20.11.2023	Arrêté ministériel modifiant 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 met en concordance 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 en concordance avec les dispositions du Règlement général sur la protection des données.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2023	21.11.2023	Arrêté ministériel modifiant 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 à 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 :

- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 04 :
 - => le point "4.1. Première utilisation" est remplacé ;
 - => le point "6. Résultats et statistiques" est remplacé ;
- au chapitre "H. Gynécologie", les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement H- § 04 :
 - => dans le texte en français, le point "2. Critères concernant le bénéficiaire" est remplacé ;
 - => le point "4. Procédure de demande et formulaires" est remplacé ;
 - => le point "6. Résultats et statistiques" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	04.09.2023	Arrêté ministériel modifiant la Liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel insère une disposition au § 20000, b) dans la Liste partie I, titre 2, chapitre I de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	04.09.2023	Arrêté ministériel modifiant la Liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes dans la Liste partie I, titre 2, chapitre I de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- des dispositions sont insérées au § 10000
- une disposition est insérée au § 30000
- au § 80000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes :
=> § 80000. Préparations destinées au traitement de la glutaracidurie de type I. Le paragraphe 80000 a été remplacé par le paragraphe 80100. À titre transitoire, les autorisations de ce paragraphe, qui ont été délivrées avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation, peuvent conserver leur validité conformément aux dispositions énoncées dans ces autorisations, c'est-à-dire jusqu'au maximum le 30 septem31 octobre 2024 (sic !) dans le cas où il s'agissait d'une première demande de remboursement, ou à vie dans le cas où il s'agissait d'une prolongation.
- les paragraphes § 80100 (Préparations destinées au traitement de la glutaracidurie de type I) et § 80200 (Préparations destinées au traitement de l'épilepsie pyridoxino-dépendante) sont insérés entre le § 80000 et la liste des produits.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	04.09.2023	Arrêté ministériel modifiant la Liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel ajoute des moyens dans la Liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5 de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	25.09.2023	Arrêté ministériel modifiant la Liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- un moyen est ajouté dans la Liste partie I, titre 1, chapitre II, section 2
- des moyens sont ajoutés dans la Liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5
- un moyen est ajouté dans la Liste partie I, titre 1, chapitre III, section 1
- des modifications sont apportées dans la Liste partie I, titre 2, chapitre I.

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2023	24.11.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications :

- dans la partie I, Titre 1 de la Liste annexée à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :
 - => au chapitre I, un moyen est supprimé ;
 - => au chapitre II, section 1, des moyens sont supprimés et des lignes sont remplacées ;
 - => au chapitre II, section 2, des moyens sont supprimés ;
 - => au chapitre III, section 1, B, des moyens sont supprimés et les colonnes nommées "BEBAT (excl. T.V.A. - excl.btw)" et "RECUPEL (excl. T.V.A. - excl.btw)" sont supprimées ;
 - => au chapitre III, section 2, des moyens sont supprimés et les colonnes nommées "BEBAT (excl. T.V.A. - excl.btw)" et "RECUPEL (excl. T.V.A. - excl. btw)" sont supprimées ;
- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la Liste annexée au même arrêté
- dans partie I, Titre 3 de la Liste annexée au même arrêté
- dans la Partie I, Titre 4, Chapitre II, Section 1, a) de la Liste annexée au même arrêté, des dispositions sont supprimées.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	21.09.2023	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
18.10.2023	21.09.2023	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 indemnité. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" 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, modifiée en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 25 août 2023, les modifications suivantes sont apportées à l'intitulé "F.1.7. Assistance cardiaque" :

- le libellé de la prestation 180331-180342 est remplacé par "Matériel d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de "bridge-to-transplant"
- le libellé de la prestation 180353-180364 est remplacé par "Matériel d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de "bridge-to-transplant"
- le libellé de la prestation 180375-180386 est remplacé "Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de 'bridge-to-transplant' "
- le libellé de la prestation 180390-180401 est remplacé "Ensemble du matériel pour le remplacement d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé en cas de "bridge-to-transplant"
- le libellé de la prestation 180412-180423 est remplacé par "Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé en cas de "bridge-to-transplant"
- le libellé de la prestation 180434-180445 est remplacé "Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de "bridge-to-transplant"
- le libellé de la prestation 180456 est remplacé par "Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance"
- le libellé de la prestation 180471 est remplacé par "Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance"
- les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement sont ajoutées comme suit :
=> "181414-181425 Matériel d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de "bridge-to-decision" ;

- => "181436-181440 Matériel d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de "bridge-to-decision" ;
 - => "181451-181462 Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de "bridge-to-decision" ;
 - => "181473-181484 Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de "destination therapy" ;
 - => "181495-181506 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé en cas de "bridge-to-decision" ;
 - => "181510-181521 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé en cas de "bridge-to-decision" ;
 - => "181532-181543 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de "bridge-to-decision" ;
 - => "181554-181565 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de "destination therapy" ;
 - => "181576-181580 Ensemble de matériel pour le remplacement anticipé d'assistance ventriculaire en raison d'un problème lié au patient au cours de six premiers mois suivant l'implantation".
- la condition de remboursement F- § 25 est remplacée
 - les prestations 183610 et 183632 et leurs modalités de remboursement sont supprimées
 - la condition de remboursement F- § 27 est supprimée.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, modifiées en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 25 août 2023 :

- à la Liste nominative du matériel d'assistance ventriculaire :
 - => la Liste nominative 36801 associée aux prestations 180331-180342, 180390-180401, 181414-181425 et 181495-181506 est modifiée ;
 - => la Liste nominative 36802 associée aux prestations 180353-180364, 180412-180423, 181436-181440 et 181510-181521 est modifiée ;
 - => la Liste nominative 36803 associée aux prestations 180375-180386, 180434-180445, 181451-181462, 181473-181484, 181532-181543 et 181554-181565 est modifiée.

Moniteur belge	Date	Titre
08.12.2023	21.11.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" 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 à l'intitulé "F.1.6.2 Dilatation en cas d'une plastie valvulaire endoluminale" au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" 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 :

- la prestation 159294-159305 et ses modalités de remboursement sont modifiées
- les prestations 184870-184881, 184892-184903 et 184914-184925 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées
- à la condition de remboursement F- § 09, le premier alinéa du point "5.1 Règles de non-cumul" est modifié
- la condition de remboursement F- § 10 est remplacée
- à la condition de remboursement F- § 24, le troisième alinéa du point "5.1 Règles de non-cumul" est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2023	12.10.2023	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
- à l'annexe II
- le point VII.7.15 est inséré, rédigé comme suit : "Les anti-viraux contre le SARS-cov-2 : Fa-22" ;
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2023	17.10.2023	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
13.11.2023	17.10.2023	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. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2023	14.11.2023	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
20.11.2023	16.11.2023	2 arrêtés ministériels modifiant la Liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
30.11.2023	16.11.2023	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. - <i>Erratum</i>
15.12.2023	16.11.2023	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. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2023 – Édition 1	15.12.2023	Arrêté ministériel modifiant la Liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2023	12.12.2023	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
16.01.2024	12.12.2023	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. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2023	12.10.2023	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
20.11.2023	16.11.2023	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 au chapitre II.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2023	21.09.2023	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 17 février 2016 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des kinésithérapeutes telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 2 et 212 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Dans l'article 8, § 1, de l'arrêté ministériel du 17 février 2016 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des kinésithérapeutes telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 2, et 212 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les mots "avenue de Tervuren 211, à 1150 Bruxelles" sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2023	24.11.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" 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 "C. Oto-rhino-laryngologie" 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 :

- au point "C.1.1.1 Implant cochléaire en cas de perte auditive bilatérale sévère", les modifications suivantes sont apportées :
 - => le libellé des prestations 184310-184321, 184332-184343 et 184391-184402 est remplacé ;
 - => les prestations 184833-184844 et 184855-184866 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées ;
- le point "C.1.1.4. Remplacements" ancien, devenant le point "C.1.1.6. Remplacements" est remplacé
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement C- § 01 :
 - => à l'intitulé "Prestation(s) liée(s) :", les prestations 184774-184785, 184796-184800, 184811-184822, 184833-184844 et 184855-184866 sont ajoutées ;
 - => au point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier", l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => dans la version néerlandaise, dans le point "1.1. Pose d'indication", le mot "otorinolaryngologie" est remplacé par le mot "otorhinolaryngologie" ;
 - => au point "2. Critères concernant le bénéficiaire", l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => le point "2.2.2." est remplacé ;
 - => le point "2.2.5." ancien, devenant le point "2.2.7." est remplacé ;
 - => le nouveau point "2.2.6." est ajouté ;
 - => le point "2.2.5." ancien, devenant le nouveau point ajouté "2.2.7." est remplacé par ce qui suit ;

- => le 1^{er} alinéa du point "3. Critères concernant le dispositif" est remplacé ;
- => le point "4. Procédure de demande et formulaires" est remplacé ;
- => le point "5. Règles d'attestation" est remplacé ;
- => au 1^{er} alinéa du point "7. Traitement des données" les mots "points 4.1., 4.2. et 4.3." sont remplacés par les mots "points 4.1., 4.3. et 4.4."

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2023 – Édition 1	26.06.2023	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

À l'annexe du 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, les formulaires F-Form-I-11, F-Form-I-12, F-Form-I-13, F-Form-II-07 et F-Form-I-19 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
19.10.2023 – Édition 1	05.06.2023	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

À l'annexe du 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, les formulaires M-Form-I-01, M-Form-I-02, M-Form-I-03 et M-Form-II-01 concernant la pose de candidature et la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "M. Autre ; M.1. Diabète" de la liste, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2023	18.09.2023	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

Au 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, le formulaire T-Temp-I-03 concernant le "formulaire de demande association pour l'inscription ou la modification d'une prestation ou des modalités de remboursement de la Liste" et le formulaire T-Temp-I-04 concernant le "formulaire de suivi d'une demande introduite par une association pour l'inscription ou la modification d'une prestation ou des modalités de remboursement de la Liste" sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2023	10.08.2023	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

À l'annexe du 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, les formulaires H-FORM-I-01, H-FORM-I-02 et H-FORM-I-03 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "H. Gynécologie ; H.4. Filets pour la réparation d'un prolapsus" de la liste, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2023	18.09.2023	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

À l'annexe du 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, le formulaire F-Form-I-02 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2023	10.08.2023	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

À l'annexe du 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 concernant la procédure de demande pour un implant cochléaire, les formulaires C-Form-I-06, C-Form-I-10 et C-Form-I-12 auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, sont modifiés. Le formulaire C-Form-I-16 auquel il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, est ajouté. Les formulaires C-Form-I-01 et C-Form-I-02 auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2023	18.09.2023	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

Au 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, le formulaire T-Temp-I-01 concernant le "Formulaire de demande entreprise pour l'inscription ou la modification d'une prestation ou des modalités de remboursement de la Liste" est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2023	15.05.2023	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

L'annexe 5a 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.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2023	13.11.2023	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 la modification suivante dans l'article 31 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 :

- le paragraphe premier est remplacé par ce qui suit : "§ 1^{er}. Pour rappel, sauf dispositions contraires reprises dans les articles suivants du présent chapitre, un document justificatif répond au prescrit de l'article 53, § 1^{er}/2 de la loi."

Moniteur belge	Date	Titre
12.12.2023	27.11.2023	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 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 :

- dans l'article 32/4, les mots "QR code" sont remplacés par les mots "code datamatrix"
- l'article 32/4/2 est remplacé
- dans l'article 32/6, le deuxième tiret est remplacé
- dans l'article 32/8, le dernier alinéa, est complété par un tiret
- l'article 32/9 est remplacé
- dans l'article 32/12, les mots "QR code" sont remplacés par les mots "code datamatrix"
- l'article 32/14 est complété par un alinéa
- l'article 32/16, alinéa 3, est complété
- l'article 32/18 est remplacé
- dans l'article 32/19, le dernier tiret est remplacé
- l'article 32/20 est complété par un alinéa

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

13.10.2023

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

REGLE INTERPRETATIVE 13

Question

"Quel type de matériel est couvert par les mots "matériel implantable" dans un libellé d'une prestation en catégorie II (Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme) de la Liste ?"

Réponse

"Lorsque le terme "matériel implantable" est utilisé dans le libellé d'une prestation en catégorie II de la Liste, il faut comprendre ceci : un dispositif médical implantable tel que défini par le règlement (UE) 2017/745 (MDR) utilisé lors d'une procédure de viscérosynthèse ou endoscopique et servant à faire une ligature ou une suture (y compris les renforts de suture), à l'exception des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une intervention de l'assurance via une autre prestation spécifique de la Liste."

REGLE INTERPRETATIVE 43

Question

"Quel acte médical entend-on par une hysterosalpingo-foam-sonographie ?"

Réponse

"Il s'agit de la prestation 432832-432843 - Injection d'un produit opacifiant échogène pour l'hystérosalpingo(foam)sonographie afin d'évaluer la cavité utérine et la perméabilité des trompes de Fallope - de l'article 14, g) - Chirurgie - Gynécologie-obstétrique de la nomenclature médicale. La prestation 182114-182125 ne sera remboursée que si le code de nomenclature 432832-432843 est attesté."

La suppression des règles interprétatives 13 et 43 entre en vigueur le 1^{er} novembre 2023.

Moniteur belge

27.10.2023

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 12 (Anesthésiologie) de la nomenclature des prestations de santé

La règle interprétative 14 est abrogée.

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

Moniteur belge

31.10.2023

Règle interprétative - remboursement de bortezomib en combinaison avec cyclophosphamide, dexaméthasone et daratumumab (DarzalexR), dans le cadre d'un traitement de première ligne des bénéficiaires adultes atteints d'une AL-amyloïdose systémique

Question :

Dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant le bortézomib comme principe actif, peut-elle être remboursée pour le traitement d'une AL-amyloïdose systémique ?

Réponse :

"Lorsqu'un patient bénéficie du remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de daratumumab administrée en combinaison avec bortezomib, cyclophosphamide et dexaméthasone (DVCd), dans le cadre d'un traitement de première ligne des bénéficiaires adultes atteints d'une AL-amyloïdose systémique, conformément au § 12390000, la spécialité à base de bortezomib est remboursable sans autorisation préalable, même si certains des critères des conditions de remboursement de la spécialité à base de bortezomib ne sont pas remplis et ceci pour une période égale à la durée de l'autorisation de remboursement de DarzalexR 1800 mg, et pour autant que la délivrance de la spécialité à base de nab-paclitaxel soit exécutée par le pharmacien hospitalier qui exécute la délivrance de Darzalex^R 1800 mg. La posologie du bortézomib telle que mentionnée dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du daratumumab doit être respectée."

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} novembre 2023.

Moniteur belge

31.10.2023

Règle interprétative - remboursement de l'albumine humaine nécessaire pour la préparation de tebentafusp (Kimmtrak^R) pour le traitement du mélanome uvéal non résecable ou métastatique chez les patients adultes positifs à l'antigène leucocytaire humain HLA-A*02:01.

Question :

Dans quelle situation une spécialité pharmaceutique à base d'albumine humaine peut-elle être remboursée pour la préparation d'un traitement à base de tebentafusp ?

Réponse :

"Si conformément au § 450108, un patient, bénéficie du remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de tebentafusp en monothérapie pour le traitement du mélanome uvéal non résecable ou métastatique chez les patients adultes positifs à l'antigène leucocytaire humain HLA-A*02:01, une spécialité pharmaceutique à base d'albumine humaine peut être remboursée si elle est utilisée pour la préparation du tebentafusp, comme mentionnée dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de Kimmtrak^R."

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} novembre 2023.

Moniteur belge

08.11.2023 – Édition 2

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

REGLE INTERPRETATIVE 9

Question :

"Comment peut-on facturer une électrode pour stimulation médullaire qui doit être retirée pendant la période de test prévue à la condition de remboursement B- § 02 ?"

Réponse :

"Lorsqu'une infection, migration ou fracture de l'électrode nécessite le retrait de l'électrode d'essai utilisée dans les conditions reprises à la condition de remboursement B- § 02, cette électrode peut être attestée sous la prestation 171835-171846 ou 151351-151362 avec le code d'identification adéquat."

La suppression de la règle interprétative 9 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Moniteur belge

01.12.2023

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

REGLE INTERPRETATIVE 6

Question

"Quand est-ce qu'un remboursement peut être octroyé pour un remplacement d'un processeur vocal utilisé avec un implant cochléaire, pour un bénéficiaire qui a atteint ses huit ans (prestation 153031-153042 ou 153075-153086) ?

153031 - 153042 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

153075 - 153086 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire"

Réponse

"Un remboursement pour le remplacement d'un processeur vocal (prestation 153031-153042 ou 153075-153086) est prévu après 3 ou 5 ans, en fonction de l'âge de l'enfant au moment de la délivrance du processeur vocal précédent.

Si l'enfant avait moins de 8 ans au moment de la délivrance précédente, un remboursement est prévu après 3 ans pour la même oreille, même si l'enfant a atteint ses 8 ans entre-temps.

Si l'enfant avait déjà 8 ans au moment de la délivrance précédente, un remboursement est prévu après 5 ans."

REGLE INTERPRETATIVE 20

Question

"Un bénéficiaire de moins de 12 ans a reçu, en raison d'une surdité asymétrique, un implant cochléaire du côté de sa plus mauvaise oreille (prestation 170811-170822 ou 170833-170844). L'audition au niveau de l'oreille controlatérale se détériore et la perte d'audition s'élève finalement à ≥ 85 dB HL via audiométrie, ≥ 90 dB HL via BERA, et le score phonème est de ≤ 30 % à 70 dB SPL. Cet enfant, qui n'a pas encore 12 ans, peut-il prétendre à un implant cochléaire controlatéral ?"

Réponse

"Les prestations pour un implant cochléaire controlatéral sont les suivantes :

- 152972 - 152983 : Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 pour les bénéficiaires de moins de huit ans
- 152994 - 153005 : Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 ou 152950-152961 pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

La condition de remboursement C- § 01 mentionne en outre :

2.2.1.2. Pour les prestations 152972-152983 et 152994-153005 :

Les enfants ayant déjà bénéficié d'un accord pour une première aide auditive décrite sous la prestation 683690-683701, 152935-152946 ou 152950-152961, et pour lesquels l'implantation de la deuxième aide auditive complète a eu lieu avant leur douzième anniversaire ou avant leur dix-huitième anniversaire pour les enfants souffrant d'ossification bilatérale imminente.

Pour les prestations 152935-152946 ou 152950-152961, les deux oreilles doivent avoir une perte auditive de ≥ 85 dB HL via audiométrie, ≥ 90 dB HL via BERA, et il doit y avoir un score phonème de ≤ 30 % à 70 dB SPL (condition de remboursement C- § 01).

Si la prestation 170811-170822 ou 170833-170844 a déjà été attestée, alors le bénéficiaire obtenait au moment de la prestation un score phonème de ≤ 30 % à 70 dB SPL et la plus mauvaise oreille (celle qui a été implantée) répondait aux critères de ≥ 85 dB HL via audiométrie et ≥ 90 dB HL via BERA, étant donné que cela est exigé dans la condition de remboursement C- § 01 pour la prestation 170811-170822 ou 170833-170844.

Si, lors d'un examen ultérieur il ressort que l'audition de l'oreille controlatérale se détériore et que la perte d'audition s'élève aussi à ≥ 85 dB HL via audiométrie et ≥ 90 dB HL via BERA alors les deux oreilles satisfont aux critères tels qu'ils sont décrits sous les prestations 152935-152946 ou 152950-152961.

Si le bénéficiaire a obtenu un implant cochléaire en raison d'une surdité asymétrique (prestation 170811-170822 ou 170833-170844) et satisfait par la suite aux critères tel que décrit sous les prestations 152935-152946 ou 152950-152961 pour surdité bilatérale, alors le bénéficiaire peut prétendre à un implant cochléaire controlatéral décrit sous la prestation 152972-152983 (jusqu'à l'âge de 8 ans) ou 152994-153005 (à partir du 8^e au 12^e anniversaire)."

REGLE INTERPRETATIVE 44

Question

"Un bénéficiaire a reçu un premier implant cochléaire en raison d'une perte auditive bilatérale sévère, d'une perte auditive bilatérale sévère avec ossification imminente ou d'une neuropathie auditive, à l'étranger (intervention non couverte par l'assurance obligatoire belge). Il vient en Belgique et est assuré. Ce bénéficiaire, qui a encore moins de 12 ans ou moins de 18 ans, peut-il bénéficier d'un implant cochléaire controlatéral (dans le cadre de la prestation 152972-152983, 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 ou 180714-180725) ?"

Réponse

"Dans ce cas, la procédure décrite au point 4.2. de la condition de remboursement des implants cochléaires C- § 01 doit être suivie même s'il ne s'agit pas d'une demande de remboursement pour le remplacement d'un implant ou du processeur de son. De ce fait, si le Collège des médecins-directeurs évalue sur base du dossier de la primo-implantation que le patient répondait aux critères de la Liste alors cela implique que même si, pour ce patient, la prestation 152935-152946, 152950-152961, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 ou 180670-180681 n'a pas été attestée, un accord du Collège des médecins-directeurs peut être octroyé pour la prestation 152972-152983 ou 152994-153005 (le bénéficiaire a moins de 12 ans) ou la prestation 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 ou 180714-180725 (le bénéficiaire a moins de 18 ans). Les prestations pour l'implantation controlatérale ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant l'implantation, sur base d'une demande introduite par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera l'implantation et contenant les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement."

La suppression des règles interprétatives 6, 20 et 44 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2023	06.10.2023	Premier avenant à la Convention du 1 ^{er} janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs - Notification point 11

Résumé des modifications

À la convention du 1^{er} janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs, à l'article 5, B.2., il est ajouté une lettre-clé P pour la prestation "Sevrage aux benzodiazépines" et un article 15 *bis*.

À partir du 1^{er} février, sur prescription d'un médecin généraliste, les pharmaciens peuvent aider les personnes qui veulent réduire progressivement leur consommation quotidienne de somnifères. Cet accompagnement concerne les somnifères à base de benzodiazépines et les produits apparentés. Le nouveau programme de réduction progressive chez le pharmacien consiste en un entretien initial, la préparation et la délivrance de préparations visant à réduire, voire à arrêter la consommation, et un suivi étroit du patient concerné. Le nouveau service ne coûtera rien au patient. Il devra uniquement payer les médicaments que le pharmacien utilise dans les préparations.

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2023	01.09.2023	Deuxième avenant à la Convention du 1 ^{er} janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs. - Notification point 9

Résumé des modifications

L'avenant prévoit le cadre du remboursement de la prestation "Revue de la médication" et en fixe la rémunération. Il est ajouté une lettre-clé P pour la prestation "Revue de la médication" à l'article 5 B.2 et un article 15^{ter}.

La prestation "Bon usage des médicaments" (BUM) consiste en un accompagnement ou un suivi personnalisé par le pharmacien de référence en concertation avec le patient et le médecin traitant. Elle vise à optimiser les traitements médicamenteux ainsi que la concertation multidisciplinaire et est destinée aux patients qui ont ingéré de manière chronique cinq médicaments remboursés ou plus au cours des douze derniers mois. Ils peuvent bénéficier d'une revue de la médication remboursée toutes les deux années civiles.

Si cette prestations est gratuite pour les patients, les pharmaciens reçoivent quant à eux une indemnité de 95,40 EUR TVA incluse.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2023		Indicateurs pour la pratique de prescription d'antibiotiques par les porteurs du diplôme de médecin et les médecins généralistes
29.11.2023		Indicateurs pour la pratique de prescription d'antibiotiques par les porteurs du diplôme de médecin et les médecins généralistes. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'indicateur quantitatif vise une diminution substantielle de 40 % du nombre de prescriptions d'antibiotiques par les médecins généralistes et est établi séparément pour les enfants (≤ 14 ans) et les jeunes et adultes (≥ 15 ans).

Les deux indicateurs qualitatifs se focalisent sur une diminution substantielle d'antibiotiques qui sont réservés à des situations spécifiques, appelés les antibiotiques de deuxième ligne. Ces derniers sont trop souvent prescrits à tort au détriment des antibiotiques de première ligne recommandés.

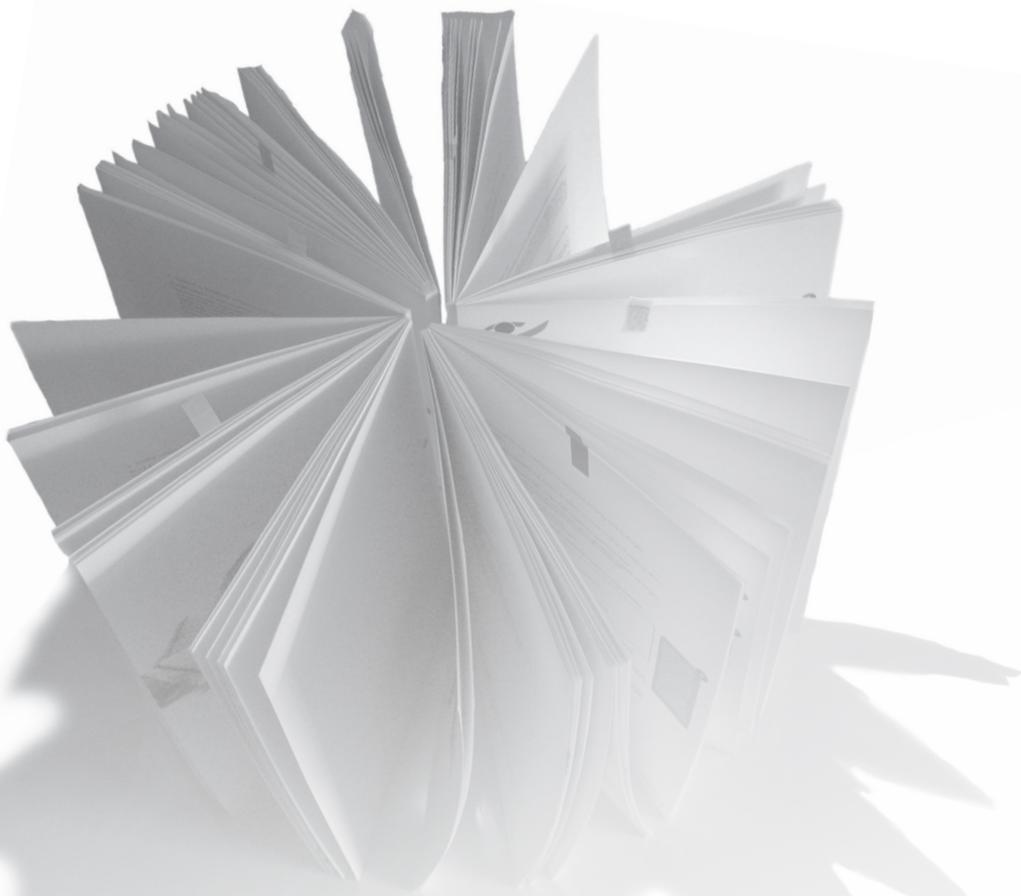
Parmi toutes les prescriptions d'amoxicilline (associée ou non à de l'acide clavulanique), l'indicateur montre le pourcentage minimum du volume (en doses définies journalières ou DDJ) d'amoxicilline "pure" (non associée à de l'acide clavulanique).

Parmi l'ensemble des prescriptions d'antibiotiques remboursés, l'indicateur montre le pourcentage maximal du volume (en doses définies journalières ou DDJ) d'amoxicilline associée à de l'acide clavulanique, des céphalosporines, des quinolones et des macrolides.

Les médecins qui prescrivent trop selon les indicateurs seront responsabilisés.

2^e Partie

Jurisprudence



Cour européenne des droits de l'homme, 14 novembre 2023

Le requérant invoque une violation du principe ne bis in idem (art. 4, § 1^{er}, du Protocole n° 7 à la Convention) en raison de sa condamnation au remboursement des prestations indûment perçues et au paiement d'une amende administrative et ce malgré son acquittement au pénal.

Le principe ne bis in idem comporte trois composantes : les deux procédures doivent être de nature pénale, elles doivent viser les mêmes faits et il doit s'agir d'une répétition des poursuites.

La procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire et la procédure administrative (condamnation au paiement d'une amende administrative) ont un caractère pénal au sens autonome de la Convention.

Ces procédures concernaient des faits qui sont en substance les mêmes au sens de la jurisprudence de la Cour EDH.

Concernant la répétition des poursuites, il n'est pas interdit de traiter de manière "intégrée" les faits reprochés en réprimant ceux-ci dans le cadre de phases parallèles, menées par des autorités différentes et à des fins différentes.

Cependant, il faut établir que les procédures mixtes en question étaient unies par un "lien matériel et temporel suffisamment étroit".

Ces procédures doivent se combiner de manière à être intégrées dans un tout cohérent. D'une part, les buts poursuivis et les moyens utilisés pour y parvenir doivent être en substance complémentaires et présenter un lien temporel. D'autre part, les conséquences découlant d'une telle organisation du traitement des faits reprochés doivent être proportionnées et prévisibles pour le justiciable.

Les deux procédures (pénale et administrative) visaient des buts complémentaires et concernaient des aspects différents de l'acte préjudiciable à la société.

Il n'est pas établi en l'espèce que la mixité des procédures ne constituait pas une conséquence prévisible, tant en droit qu'en pratique, du comportement qui était reproché.

Les deux procédures reposaient sur l'enquête administrative menée par le SECM, évitant de la sorte une répétition dans le recueil et l'appréciation des éléments de preuve.

Dans le cadre de la procédure administrative, il a été tenu compte de la décision prise dans le cadre de la procédure pénale.

En conséquence, les procédures pénales et administratives étaient bien unies par un lien matériel suffisamment étroit.

Par ailleurs, il existait en l'espèce un lien temporel suffisamment étroit entre les deux procédures.

En conclusion, il n'y a pas eu violation de l'article 4 du Protocole n°7 à la Convention.

... c./Belgique

N° 19961/17

...

INTRODUCTION

1. La requête concerne l'imposition d'une amende administrative au requérant pour avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées et des prestations non conformes à la loi et à ses arrêtés d'exécution. Invoquant l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention, le requérant se plaint d'avoir été poursuivi deux fois à raison de faits identiques ou en substance les mêmes, nonobstant un acquittement préalablement prononcé par la juridiction pénale.

EN FAIT

...

I. Le contexte de l'affaire et le procès-verbal d'infraction

4. Le requérant est un infirmier indépendant effectuant des soins à domicile.

5. En 2007, une enquête fut initiée à son encontre par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ("SECM") de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ("INAMI").

6. Après avoir entendu le requérant ainsi que huit de ses patients, un procès-verbal d'infraction fut établi le 29 mai 2007. Il était reproché au requérant d'avoir, entre le 1^{er} avril 2005 et le 6 décembre 2006, porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, des prestations non effectuées ainsi que des prestations non conformes à la loi et à ses arrêtés d'exécution.

7. Lors de son audition, le requérant a expressément reconnu les erreurs de facturation et sa négligence. Il s'est par ailleurs engagé à rembourser à l'INAMI l'indu pour un montant total de 124.902,23 EUR.

II. La procédure pénale

8. Le 10 janvier 2008, le SECM dénonça les faits auprès du Procureur du Roi. Des poursuites furent engagées à l'encontre du requérant pour les infractions de faux, usage de faux et escroquerie en application des dispositions pertinentes du code pénal (voir § 23 ci-dessous).

9. Par un jugement du 28 avril 2010, le tribunal correctionnel de ... condamna le requérant à une peine d'emprisonnement d'un an et à une amende de 550 EUR, avec sursis durant cinq ans. Le tribunal réserva à statuer à l'égard des demandes formulées par les organismes assureurs, parties civiles.

10. Le requérant et le ministère public interjetèrent, l'un et l'autre, appel de cette décision.

11. Par un arrêt du 27 janvier 2015, la cour d'appel de ... acquitta le requérant des préventions de faux, usage de faux et escroquerie et se déclara dès lors incompétente pour connaître des demandes des organismes assureurs. Elle constata, s'agissant des préventions de faux et usage de faux, que la preuve de l'intention frauduleuse n'était pas rapportée au-delà de tout doute. S'agissant de la prévention d'escroquerie, la Cour d'appel releva qu'elle n'avait décelé à charge du requérant aucun des éléments constitutifs de l'infraction, l'enquête préparatoire et les débats ne faisant apparaître ni manœuvres frauduleuses, ni fausse qualité.

12. Les organismes assureurs introduisirent un pourvoi en cassation lequel fut déclaré inadmissible par une ordonnance du 18 mai 2015, en sorte que l'arrêt de la Cour d'appel de ... devint définitif.

III. La procédure administrative

13. Parallèlement à sa plainte pénale, le SECM saisit, le 14 juillet 2008, la Chambre de première instance auprès du SECM ("la Chambre de première instance") afin d'obtenir le remboursement des prestations indûment perçues et d'imposer le paiement d'amendes administratives.

14. Par une décision du 3 décembre 2009, la Chambre de première instance condamna le requérant à rembourser les sommes indûment perçues (soit 124.902,23 EUR) et au paiement d'amendes administratives de 243.850,40 EUR et de 4.465,54 EUR, en application de l'article 141, § 5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ("loi AMI") (§ 24 ci-dessous). Cette décision était notamment fondée sur le fait que le requérant avait reconnu la réalité des griefs reprochés, qu'il s'était engagé à rembourser les sommes indument perçues et qu'il résultait de manière explicite des pièces du dossier que les faits étaient établis. S'agissant du montant des amendes administratives, la Chambre de première instance justifia la hauteur des amendes prononcées eu égard à la gravité des faits, leur nombre considérable, la période infractionnelle, le montant important de l'indu, la volonté de fraude dans le chef du requérant, l'absence de tout remboursement malgré l'engagement pris par le requérant et le principe général d'application de la loi pénale la plus douce. S'agissant du grief tiré du principe *ne bis in idem*, la Chambre de première instance estima que ce principe n'était pas d'application dès lors qu'aucune décision répressive définitive n'avait encore été adoptée.

15. Le requérant introduisit un recours auprès de la Chambre de recours auprès du SECM ("la Chambre de recours").

16. Par une décision du 15 juillet 2011, celle-ci décida de surseoir à statuer dans l'attente de l'issue de la procédure pénale (§§ 8 et suiv. ci-dessus).

17. Suite à l'arrêt de la Cour d'appel de ... du 27 janvier 2015 (§ 11 ci-dessus), l'INAMI sollicita, le 26 février 2015, la poursuite de la procédure devant la Chambre de recours.

18. Celle-ci se prononça par une décision du 17 mars 2016. Elle estima tout d'abord que le principe *ne bis in idem* ne trouvait pas à s'appliquer aux motifs suivants :

"En l'espèce, la Cour d'appel a acquitté [le requérant] des préventions retenues à son encontre, à savoir faux et usage de faux et escroquerie, en ce qui concerne les attestations de soins donnés faisant l'objet de la présente procédure. La Cour d'appel a acquitté [le requérant], non pas parce que les attestations de soins donnés correspondaient à des soins réellement effectués mais parce que les intentions frauduleuses, le dessein de nuire, les manœuvres frauduleuses ou de fausses qualités n'étaient pas établies. La présente Chambre relève du reste que la Cour d'appel considère que [le requérant] reconnaît avoir facturé des prestations non réalisées. La présente Chambre constate que les faits et infractions faisant l'objet des présents débats ne sont pas les mêmes que ceux soumis à la Cour d'appel. Il ne s'agit nullement, en la présente cause, de se prononcer sur des faits ou des infractions d'escroquerie et de faux ou d'usage de faux requérant un dol particulier ou spécial ou impliquant une intention frauduleuse mais simplement et sans plus de savoir si [le requérant] a :

- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations qui ne furent pas exécutées
- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

La circonstance que les attestations de soins donnés sont les mêmes, dans la présente cause, que celles visées dans la procédure pénale, en aucune manière ne permet de penser que [le requérant] est poursuivi dans la présente procédure pour les mêmes faits, les mêmes infractions ou le même comportement que ceux soumis aux juridictions répressives. La présente Chambre examine la réalité de faits, un comportement et des infractions n'impliquant aucun dol spécial ou particulier ou intention frauduleuse et ne pouvant se confondre avec des faux, usage de faux ou escroquerie.

Les infractions, faits et comportements n'étant pas les mêmes que ceux soumis à la juridiction pénale, le principe "*non bis in idem*" n'est pas applicable en l'espèce (Cf. Cass., arrêt du 25.05.2011, RG n° P.11.0199. F Juridat).

(...)

L'INAMI comme la présente Chambre est certes tenu par la décision pénale et les motifs déterminant l'acquittement. En ce qui concerne la hauteur de la sanction, la présente Chambre ne pourra retenir d'intention frauduleuse, l'absence de celle-ci ayant justifié l'acquittement. Par contre, la présente Chambre se prononcera sur la réalité et la conformité des soins donnés faisant l'objet des attestations en litige, l'acquittement n'ayant pas été prononcé en raison de ce que l'absence des soins donnés ou la non-conformité n'était pas établie."

19. La Chambre de recours estima ensuite que le montant total de l'indu suite aux prestations non effectuées ou non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution s'élevait à la somme de 113.048,48 EUR et condamna le requérant au remboursement de ce montant. Elle condamna par ailleurs le requérant à une amende administrative de 200 EUR, majorée des centimes additionnels, soit 1.200 EUR. Sa décision est motivée en ces termes :

"La récupération de l'indu

Conformément à l'article 141, § 5 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, tel qu'en vigueur au moment des faits, [le requérant] est tenu de rembourser l'indu du fait des infractions commises. La présente Chambre relève que les infractions en l'espèce sont des infractions "matérielle" ou "réalité" ou "conformité" ne nécessitant aucun dol particulier. Le fait d'avoir été négligent ou surchargé de travail ou dépassé par un logiciel en aucun cas ne peut constituer un cas de force majeure ou une cause d'excuse, [le requérant] devant s'assurer que les attestations de soins étaient conformes à la réalité.

[Le requérant] est donc redevable de la somme de 124.902,23 EUR, sous déduction de la somme de 11.853,75 EUR, soit 113.048,48 EUR.

Depuis mai 2007, à tout le moins, [le requérant] connaît les faits qui lui sont reprochés et il reconnaît depuis cette date ne pas avoir donné tous les soins qu'il a attestés. Il sait depuis mai 2007 qu'il sera tenu de rembourser un indu important. Vu l'ancienneté de la dette, il ne s'indique pas d'accorder des termes et délais.

La sanction

Plusieurs dispositions pénales ou répressives se sont succédées dans le temps depuis la date de la commission des infractions jusqu'à la date où les infractions sont jugées. En ce cas, conformément à l'article 2 du Code pénal, la loi pénale la moins sévère doit s'appliquer. Il s'agit en l'espèce de la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du Code pénal social, soit une amende administrative de 25 à 250 EUR à majorer des décimes additionnels (fois 6).

Les différents faits relevés à charge [du requérant] se sont déroulés au cours d'une même période et sont le résultat de la même intention, à savoir une négligence coupable consécutive à une désorganisation générale, un état de fatigue et un non suivi de son matériel informatique de facturation. En vertu de la règle de l'absorption une seule peine sera appliquée.

La présente Chambre relève que la période infractionnelle est longue, s'étendant sur 19 mois. Les agissements [du requérant] ont provoqué un indu important de 113.048,48 EUR. La négligence coupable [du requérant] a donc été de longue durée et fut totalement désinvolte. La présente Chambre considère dès lors qu'une amende administrative de 200,00 EUR à majorer des décimes additionnels (fois 6), soit une amende de 1.200,00 EUR, doit être infligée [au requérant].

Vu la durée de la période infractionnelle et la grave négligence [du requérant] ayant entraîné un indu important, la présente Chambre estime qu'il n'y a pas lieu d'accorder un sursis."

20. Par une requête du 20 avril 2016, le requérant demanda la cassation de la décision prise par la Chambre de recours devant le Conseil d'État.

21. Dans son rapport, l'auditeur du Conseil d'État proposa de casser la décision de la Chambre de recours. Il estima que cette dernière, bien qu'ayant considéré que les faits dont elle était saisie n'étaient pas les mêmes que ceux pour lesquels le requérant avait été acquitté par la cour d'appel en raison de l'absence d'élément moral, n'avait cependant pas exposé les raisons pour lesquelles elle avait jugé que les faits pour lesquels le requérant était poursuivi par le SECM n'étaient pas indissociablement liés dans le temps et l'espace à ceux pour lesquels il avait été acquitté par la Cour d'appel de

22. Par un arrêt du 28 octobre 2016, le Conseil d'État rejeta le recours en cassation. Il écarta le moyen pris de la violation du principe *ne bis in idem*, en ces termes :

"(...)

- En l'espèce, la Chambre de recours a jugé que les faits pour lesquels le requérant a été acquitté par la Cour d'appel de ... ne sont pas les mêmes que ceux pour lesquels il est poursuivi par le SECM. Elle indique notamment que "la Cour d'appel a acquitté [le requérant], non pas parce que les attestations de soins donnés correspondaient à des soins réellement effectués mais parce que les intentions frauduleuses, le dessein de nuire, les manœuvres frauduleuses ou de fausses qualités n'étaient [pas] établies", alors qu' "il ne s'agit nullement, en la présente cause de se prononcer sur des faits ou des infractions d'escroquerie et de faux ou d'usage de faux requérant un dol particulier ou spécial, ou impliquant une intention frauduleuse mais simplement et sans plus de savoir si [le requérant] a :
- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations qui ne furent pas exécutées

- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution". Elle précise que si les mêmes attestations de soins donnés sont visées dans les deux procédures, il ne s'agit pas pour autant de poursuites fondées sur les mêmes faits, les mêmes infractions ou le même comportement que ceux soumis aux juridictions répressives, dès lors qu'elle "examine la réalité de faits, un comportement et des infractions n'impliquant aucun dol spécial ou particulier ou intention frauduleuse et ne pouvant se confondre avec des faux, usage de faux ou escroquerie".

Ce faisant, la Chambre de recours a constaté souverainement que les circonstances factuelles concrètes dont l'existence doit être démontrée pour qu'une sanction puisse être prononcée ou que des poursuites puissent être engagées, ne sont pas identiques dans les deux causes. Elle a dès lors valablement pu constater que l'une des composantes de la notion de 'faits identiques ou substantiellement les mêmes' faisait défaut en l'espèce, en sorte que le principe *non bis in idem* ne trouvait pas à s'appliquer. Il importe peu, à cet égard, qu'il y ait, par ailleurs, identité de personnes, de temps et d'espace."

Le cadre juridique et la pratique internes pertinents

I. Le code pénal

23. Les dispositions pertinentes du code pénal se lisent comme suit :

Article 2

"(...) Si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps de l'infraction, la peine la moins forte sera appliquée."

Article 196

"Seront punis de réclusion de cinq ans à dix ans les autres personnes qui auront commis un faux en écritures authentiques et publiques, et toutes personnes qui auront commis un faux en écritures de commerce, de banque ou en écritures privées, soit par fausses signatures, soit par contrefaçon ou altération d'écritures ou de signatures, soit par fabrication de conventions, dispositions, obligations ou décharges ou par leur insertion après coup dans les actes, soit par addition ou altération de clauses, de déclaration ou de faits que ces actes avaient pour objet de recevoir ou de constater."

Article 197

"Dans tous les cas exprimés dans la présente section, celui qui aura fait usage de l'acte de faux ou de la pièce fausse sera punis comme s'il était l'auteur du faux."

Article 213

"L'application des peines portées contre ceux qui auront fait usage des monnaies, effets, coupons, billets, sceaux, timbres, poinçons, marques, dépêches télégraphiques et écrits contrefaits, fabriqués ou falsifiés, n'aura lieu qu'autant que ces personnes auront fait usage de la chose fausse, dans une intention frauduleuse, ou à dessein de nuire."

Article 496

"Quiconque, dans le but de s'approprier une chose appartenant à autrui, se sera fait remettre ou délivrer des fonds, meubles, obligations, quittances, décharges, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, ou pour abuser autrement de la confiance ou de la crédulité, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de vingt-six EUR à trois mille EUR."

II. La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ("loi AMI")

24. L'article 141 de la loi AMI, tel qu'applicable au moment des faits, prévoyait ce qui suit :

"§ 5. (...) le Comité peut infliger des amendes administratives selon les modalités suivantes :

- a) lorsqu'un dispensateur de soins a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, le Comité peut lui infliger une amende administrative égale au minimum à 50 % et au maximum à 200 % de la valeur des prestations indues ;
- b) lorsque les prestations portées en compte ne sont pas conformes à la présente loi ou à ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être égale au minimum à 1 % et au maximum à 150 % de la valeur des prestations concernées ;
- c) lorsque, à plusieurs reprises, et après avertissement, le dispensateur n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux règles de la présente loi ou de ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être de 10 EUR à 125 EUR par document incorrect. Elle ne peut être prononcée à charge du médecin qui fait l'objet, pour le même fait, d'une mesure énoncée à l'article 77bis.

Le dispensateur est également tenu de rembourser la valeur des prestations concernées dans les cas visés aux points a) et b) précités."

III. Le code pénal social

25. Le code pénal social a été introduit par la loi du 6 juin 2010. Il est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2010. Ses dispositions pertinentes, telles qu'applicables au moment des faits, se lisaient comme suit :

Article 101

"Les infractions visées au Livre 2 sont punies d'une sanction de niveau 1, de niveau 2, de niveau 3 ou de niveau 4.

La sanction de niveau 1 est constituée d'une amende administrative de 10 à 100 EUR.

La sanction de niveau 2 est constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 EUR, soit d'une amende administrative de 25 à 250 EUR.

La sanction de niveau 3 est constituée soit d'une amende pénale de 100 à 1.000 EUR, soit d'une amende administrative de 50 à 500 EUR.

La sanction de niveau 4 est constituée soit d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende pénale de 600 à 6.000 EUR ou de l'une de ces peines seulement, soit d'une amende administrative de 300 à 3.000 EUR."

Article 102

"Les décimes additionnels visés à l'article 1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales sont également applicables aux amendes administratives visées dans le présent Code.

L'administration compétente indique dans sa décision la multiplication en vertu de la loi précitée du 5 mars 1952 ainsi que le chiffre qui résulte de cette majoration."

Article 225

"Sont punis d'une sanction de niveau 2 :

(...)

3° les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux qui délivrent une attestation de soin alors qu'il n'est pas satisfait aux dispositions de la loi précitée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés et règlements d'exécution."

26. S'agissant des amendes administratives, les travaux préparatoires de la loi introduisant le code pénal social précisait notamment ce qui suit :

"24. Le présent projet accorde une place plus importante aux amendes administratives (...)

Le Code pénal social propose tout d'abord d'assortir l'ensemble des comportements relevant des quatre niveaux d'incriminations d'une amende administrative. Toutes les infractions, les infractions légères, les infractions de gravité moyenne, les infractions graves et les infractions très graves, peuvent désormais faire l'objet d'un traitement administratif. Dans un souci d'harmonisation, le présent projet ne réserve plus l'amende administrative aux seules infractions au droit du travail. Les incriminations relevant du droit de la sécurité sociale sont comprises dans le champ d'application de la répression administrative.

Ensuite, le projet reproduit le mécanisme prescrit par la loi du 30 juin 1971 applicable en cas d'infraction à certaines lois sociales aux infractions relevant des niveaux 2, 3 et 4. Les infractions très graves, les infractions graves ainsi que les infractions de gravité moyenne peuvent faire l'objet soit d'une peine, soit d'un traitement administratif. Le procès-verbal constatant une infraction dressé par l'agent qualifié est transmis au ministère public ; une copie de celui-ci est envoyée à l'administration compétente pour infliger les amendes administratives. Priorité est donnée aux poursuites pénales.

Enfin, la politique de dépenalisation mise en œuvre par le Code pénal social acquiert tout son sens dans le cas des infractions de niveau 1. Le Code pénal social propose de dépenaliser ces infractions légères et de les assortir d'une seule amende administrative.

(...)

B.1.3 Une échelle des incriminations :

25. La gradation des incriminations et des sanctions pénales que comportent les lois sociales peut utilement s'effectuer sur la base de l'intérêt que ces dispositions protègent et, le cas échéant, en fonction de l'élément moral qui accompagne les infractions pénales.

En effet, la classification des infractions pénales en fonction de l'intérêt protégé ou de l'élément moral permet d'appréhender celles-ci sur la base des comportements punissables et non plus de façon cloisonnée dans chaque loi sociale. L'analyse des critères précités permet de rapprocher les comportements interdits. Ainsi, un même comportement incriminé doit être sanctionné de la même sanction.

C'est ainsi que quatre catégories ont été dégagées, selon leur gravité. Parmi celles-ci, la catégorie des infractions de gravité moyenne constitue une catégorie résiduaire.

26. Les infractions très graves sont les suivantes : (...)

27. Les infractions graves sont les suivantes : (...)

28. Les infractions de gravité moyenne sont les suivantes :

(...)

b) pour le droit de la sécurité sociale :

- les atteintes aux droits des assurés sociaux
- les atteintes à la vie privée des assurés sociaux
- les atteintes au financement de la sécurité sociale. On observera toutefois que seule une sanction de gravité moyenne a été retenue pour ce type d'infractions en raison du fait que des mesures civiles renforcent déjà considérablement le respect des obligations que le soutien répressif peut donc être relativement léger au regard des enjeux financiers dont il s'agit.

29. Les infractions légères sont constituées de manquements à des obligations purement administratives, telles que documents à remplir, informations à transmettre entre administrations, etc." (projet de loi introduisant le Code pénal social, 2008-2009, DOC 52, 1666/01)

27. S'agissant plus particulièrement de l'infraction visée à l'article 225, 3^o du code pénal social, les travaux préparatoires justifiaient l'objectif poursuivi et le niveau de sanction comme suit :

"Ces dispositions assurent l'efficacité du système d'assurance soins de santé et indemnités. En effet, ces normes protègent le financement du régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés et, plus particulièrement du système de remboursement des prestations à charge de l'INAMI afin que celui-ci ne rembourse pas indûment les bénéficiaires des soins. Les incriminations prescrites par l'article 229 du projet sont de gravité moyenne et assorties d'une sanction de niveau 2." (projet de loi introduisant le Code pénal social, 2008-2009, DOC 52, 1666/01)

28. Le code pénal social incrimine distinctement le faux et l'usage de faux (art. 232) ainsi que l'escroquerie (art. 235) en droit pénal social. Ces infractions sont punies d'une sanction de niveau 4. L'article 231 du code pénal social précise que ces sanctions sont appliquées à l'exclusion de l'application des articles 196, 197 et 496 du code pénal (§ 23 ci-dessus).

IV. La jurisprudence interne pertinente

29. La mesure de répétition de l'indu au bénéfice de l'organisme assureur prévue dans le cadre de la loi AMI est considérée comme ayant un caractère purement civil (Cour const., n° 102/2000, 11.10.2000, considérant B.3.2.).

30. Dans un arrêt du 19 décembre 2013 (n° 181/2013), la Cour constitutionnelle a été appelée à statuer sur la question de savoir si l'article 233 du code pénal social interprété en ce sens qu'il conduirait le juge pénal à sanctionner des personnes qui ont déjà été punies par des sanctions administratives à caractère répressif pour des faits qui sont en substance les mêmes, viole les articles 10 et 11 de la Constitution (consacrant les principes d'égalité et de non-discrimination), lus séparément ou en combinaison avec notamment l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention.

L'article 233 du code pénal dispose que des infractions en rapport à des déclarations inexactes ou incomplètes concernant les avantages sociaux sont assorties d'une sanction de niveau 4 (soit une peine d'emprisonnement et/ou une amende pénale, soit encore une amende administrative) ou d'une sanction de niveau 3 (soit une amende pénale, soit une amende administrative). Les parties pertinentes de l'arrêt se lisent comme suit :

"B.3.2. Le principe *non bis in idem* interdit "de poursuivre ou de juger une personne pour une seconde 'infraction' pour autant que celle-ci a pour origine des faits identiques ou des faits qui sont en substance les mêmes" (CEDH, grande chambre, 10.02.2009, ... *c. Russie*, § 82).

B.4. Il ressort du dossier de procédure transmis à la Cour par la juridiction *a quo* que les prévenus dans l'affaire pendante devant elle se sont vu imposer les sanctions administratives prévues par les articles 153, 154 et 155 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 "portant réglementation du chômage" ou les sanctions administratives prévues par l'arrêté royal du 10 janvier 1969 "déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

B.5. La juridiction *a quo* a jugé que ces sanctions "ont un caractère répressif prédominant dès lors qu'elles visent à sanctionner, en privant durant un certain temps les allocataires sociaux, de revenus de remplacement".

La Cour répond à la question préjudicielle en tenant compte de cette appréciation du juge *a quo*.

B.6.1. La circonstance que la disposition en cause exige que le prévenu ait commis l'infraction sciemment et volontairement, alors que les sanctions administratives à caractère répressif précitées ne requièrent pas, en règle, cet élément moral particulier, n'enlève rien au constat que le même comportement peut être puni par deux sanctions de nature répressive. Dans l'hypothèse où les prévenus se verraient appliquer la disposition en cause après avoir subi les sanctions visées en B.4, le même comportement serait dès lors sanctionné deux fois, ce qui serait contraire au principe *non bis in idem* tel qu'il est défini en B.3.2.

B.6.2. La disposition en cause, interprétée comme imposant au juge pénal de prononcer la sanction qu'elle prévoit à l'encontre de prévenus qui ont déjà subi une sanction administrative présentant un caractère répressif prédominant pour des faits identiques à ceux qui sont à l'origine des poursuites ou qui sont en substance les mêmes, n'est pas compatible avec le principe *non bis in idem*.

Dans cette interprétation, la question préjudicielle appelle une réponse positive.

(...)"

31. Enfin, en ce qui concerne l'aspect "*idem*" du principe *non bis in idem*, la Cour de cassation a jugé dans plusieurs arrêts ce qui suit :

"Le principe général du droit *non bis in idem* et l'article 4.1 du Protocole additionnel n° 7 à la Convention prohibent la prononciation de deux sanctions de même nature à charge d'une même personne du chef de faits identiques ou de faits qui sont substantiellement les mêmes.

La notion de faits identiques ou substantiellement les mêmes vise un ensemble de circonstances concrètes concernant un même suspect, lesquelles sont indissociablement liées entre elles dans le temps et dans l'espace." (voir, parmi d'autres, Cass. 02.03.2016, P.15.0929.F, en matière fiscale ; voir également Cass. 17.06.2014, P.13.1747.N, en matière disciplinaire)."

EN DROIT

SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 4 DU PROTOCOLE N° 7 À LA CONVENTION

32. Le requérant allègue une violation du principe *ne bis in idem* en raison de sa condamnation au remboursement des prestations indûment perçues et au paiement d'une amende administrative et ce, malgré son acquittement au pénal par la Cour d'appel de ... Il invoque l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention, dont la partie pertinente en l'espèce est ainsi libellée :

"1. Nul ne peut être poursuivi ou puni pénalement par les juridictions du même État en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été acquitté ou condamné par un jugement définitif conformément à la loi et à la procédure pénale de cet État."

A. Sur la recevabilité

1. Arguments des parties

33. Le Gouvernement fait valoir que tant la récupération d'indu que l'amende administrative auxquelles le requérant a été condamné n'ont pas de caractère pénal au sens autonome de la Convention. Ainsi, à son estime, le remboursement de l'indu ne constitue ni une sanction administrative, ni une sanction pénale mais une action purement civile liée au remboursement d'une prestation indûment perçue. Le Gouvernement estime, par ailleurs, que l'amende administrative n'a pas de caractère pénal dès lors qu'elle ne vise pas à protéger les intérêts généraux de la société et qu'elle est peu sévère. Le Gouvernement fait en outre valoir, s'agissant de la répétition d'indu, que le requérant n'a pas épuisé toutes les voies de recours internes, le requérant ayant admis devant le Conseil d'État que la violation du principe *ne bis in idem* portait uniquement sur l'amende administrative et non l'indu.

34. Le requérant fait valoir que le remboursement d'indu et le paiement de l'amende administrative tirent leur origine des mêmes faits et qu'ils ne peuvent être dissociés l'un de l'autre. S'agissant de la sévérité de la sanction administrative, le requérant fait valoir que la faiblesse relative de l'enjeu ne peut retirer à une infraction son caractère pénal intrinsèque (... *c. Finlande* [GC], n° 73053/01, § 31, CEDH 2006-XIV). Enfin, s'agissant de l'épuisement des voies de recours internes, il précise que la répétition d'indu était évoquée dans sa requête en cassation administrative.

2. Appréciation de la Cour

A) PRINCIPES GÉNÉRAUX

35. La Cour rappelle que pour que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention s'applique, il faut que le requérant ait été poursuivi ou puni pénalement en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été définitivement acquitté ou condamné.

36. Comme la Cour l'a déjà dit à de nombreuses reprises, la Convention doit se lire comme un tout et s'interpréter de manière à promouvoir sa cohérence interne et l'harmonie entre ses diverses dispositions (... *c. Norvège* [GC], n°s 24130/11 et 29758/11, § 133, 15.11.2016). La Cour estime ainsi que les termes "procédure pénale" employés dans le texte de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention doivent être interprétés à la lumière des principes généraux applicables à l'expression "accusation en matière pénale" (*criminal charge*) figurant à l'article 6 de la Convention (... *c. Russie* [GC], n° 14939/03, § 52, CEDH 2009).

37. Selon la jurisprudence constante de la Cour, l'existence d'une "accusation en matière pénale" doit s'apprécier sur la base de trois critères (... *c. Pays-Bas*, 08.06.1976, § 82, série A n° 22). Le premier est la qualification juridique de l'infraction en droit interne, le second la nature même de l'infraction et le troisième le degré de sévérité de la sanction que risque de subir l'intéressé. Les deuxième et troisième critères sont alternatifs, et pas nécessairement cumulatifs. Cela n'empêche pas l'adoption d'une approche cumulative si l'analyse séparée de chaque critère ne permet pas d'aboutir à une conclusion claire quant à l'existence d'une accusation en matière pénale (... *c. Belgique* [GC], n° 49812/09, § 67, 03.11.2022).

B) APPLICATION DE CES PRINCIPES AU CAS D'ESPÈCE

38. Dans le cas d'espèce, le caractère "pénal" de la procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire contre le requérant pour faux, usage de faux et escroquerie (§§ 8-12 ci-dessus) n'est ni contestable ni contestée.

39. En revanche, les parties sont en désaccord sur le point de savoir si le remboursement de l'indu, d'une part, et l'amende administrative, d'autre part, auxquels le requérant a été condamné dans le cadre de la procédure administrative, avaient un caractère "pénal" au sens autonome de la Convention.

i. Quant à la répétition de l'indu

40. S'agissant de la répétition de l'indu, la Cour constate que le requérant a été condamné à rembourser la somme de 113.048,48 EUR (§ 19 ci-dessus). Cette somme représente le montant des prestations indument perçues des organismes assureurs du fait des prestations non effectuées ou non conformes à la loi et/ou ses arrêtés d'exécution. Visant à récupérer des sommes indument perçues, la répétition de l'indu ne poursuit aucun but dissuasif et répressif, et revêt un caractère civil en droit belge (voir § 29 ci-dessus).

41. L'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention n'est dès lors pas applicable à la répétition de l'indu. Il s'ensuit que le grief à cet égard est incompatible *rationae materiae* avec les dispositions de la Convention au sens de l'article 35 § 3 et doit être rejeté en application de l'article 35 § 4 de la Convention. Il n'y a dès lors pas lieu de statuer sur l'exception de non-épuisement des voies de recours internes soulevée par le Gouvernement.

ii. Quant à l'amende administrative

42. S'agissant de l'amende administrative, la Cour constate que le requérant avait initialement été condamné par la Chambre de première instance au paiement d'amendes administratives de 243.850,40 EUR et de 4.465,54 EUR. Sur recours, le requérant a été condamné au paiement d'une amende administrative de 1.200 EUR en application des articles 101 et 225, 3° du code pénal social (§§ 18 et 23 ci-dessus).

43. Quant au premier critère "...", la Cour observe que l'amende à laquelle le requérant a été condamné par la Chambre de recours était prévue par le code pénal social et qu'il a été fait application, en l'espèce, des principes généraux de droit pénal, notamment l'article 2 du code pénal, pour déterminer la loi applicable et le montant de l'amende administrative (§ 19 ci-dessus).

44. S'agissant du deuxième critère, la Cour relève que l'amende administrative en cause poursuit un but à la fois dissuasif et répressif (§ 26 ci-dessus). Par ailleurs, même si elle ne s'adresse qu'aux catégories de personnes visées par l'article 225, 3° du code pénal social (comparer avec ..., précité, § 55, et ... *c. Roumanie*, n° 37697/13, §§ 53-54, 08.09.2020), elle vise à assurer l'efficacité du système d'assurance soins de santé et indemnités et à protéger le financement général de la sécurité sociale (§ 27 ci-dessus). En l'occurrence, l'amende administrative s'est ajoutée à la mesure de la répétition de l'indu et visait à sanctionner le requérant négligent.

45. Enfin, pour ce qui concerne le troisième critère "... " et la sévérité de la sanction, à savoir la peine maximale possible prévue par la loi applicable (... *c. Malte*, 27.08.1991, § 34, série A n° 210, et ... *c. Roumanie* [GC], n° 54012/10, § 61, 08.08.2019), la Cour relève que la Chambre de recours a appliqué l'article 225, 3° du code pénal social qui prévoyait l'application d'une sanction de niveau 2. Selon l'article 101 du code pénal social, les sanctions d'un tel niveau sont constituées soit d'une amende pénale de 50 à 500 EUR, soit d'une amende administrative de 25 à 250 EUR. Ces sommes doivent être multipliées par six (étant les décimes additionnelles applicables au moment des faits) (voir § 25 ci-dessus). Si le montant maximal de l'amende administrative est relativement limité, cela ne peut ôter à l'infraction son caractère pénal intrinsèque (... *c. Portugal* [GC], nos 55391/13 et 2 autres, § 122, 06.11.2018, et ... *c. Islande* [GC], nos 68273/14 et 68271/14, § 78, 22.12.2020). En outre, la Cour observe que ce niveau 2 de sanction a été déterminé par le législateur en ayant à l'esprit que la personne condamnée devra en outre rembourser les sommes indûment perçues au niveau civil (§ 26 ci-dessus).

46. Ayant évalué le poids respectif des éléments susmentionnés, la Cour note la prédominance de ceux qui présentent une coloration pénale. Additionnés et combinés entre eux, ils confèrent à la procédure administrative ayant mené à l'imposition de l'amende administrative litigieuse un caractère "pénal" au sens autonome de la Convention. Au surplus, le caractère "pénal" au sens autonome de la Convention de cette amende n'a pas été remis en question ni par la Chambre de recours ni par le Conseil d'État lorsqu'ils se sont prononcés sur le respect du principe *ne bis in idem*. Il en ressort que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention trouve à s'appliquer en l'espèce.

47. Constatant, pour le surplus, que ce grief n'est pas manifestement mal fondé ni irrecevable pour un autre motif visé à l'article 35 de la Convention, la Cour le déclare recevable.

B. SUR LE FOND

1. Arguments des parties

48. Le requérant estime qu'il a été poursuivi deux fois pour la même infraction. Il fait valoir que les faits pour lesquels il a été poursuivi dans le cadre de la procédure pénale et dans le cadre de la procédure administrative sont les mêmes et que l'on ne peut avoir égard à la qualification juridique donnée ou aux éléments constitutifs de l'infraction (... , précité, §§ 82-84), tels l'élément moral. Il estime, par ailleurs, que les deux procédures ne présentent pas un lien suffisamment étroit afin d'être considérées comme faisant l'objet d'une procédure mixte. Il fait valoir qu'elles ne poursuivaient pas des objectifs complémentaires, que la seconde procédure ne reposait pas directement sur la première, les procédures parallèles n'étaient pas prévisibles et enfin que la sanction prononcée n'a pas été prise en compte vu qu'il a fait l'objet d'un acquittement.

49. Le Gouvernement objecte que les faits et infractions pour lesquels le requérant a été poursuivi dans les deux procédures ne sont pas les mêmes. Ainsi, les infractions de faux, usage de faux et escroquerie nécessitent un dol particulier, un dol spécial ou une intention frauduleuse, tandis que l'infraction à la loi AMI (avoir porté en compte des prestations non effectuées ou non conformes) ne nécessite aucun élément intentionnel. Par ailleurs, le Gouvernement estime qu'en tout état de cause, il existe un lien suffisamment étroit entre les deux procédures, matériellement et temporellement, pour qu'elles soient considérées comme faisant partie de la même procédure (... *c. Norvège*, précité, § 130). Il fait valoir à cet égard la complémentarité des objectifs poursuivis par les deux procédures. Il souligne que les poursuites administratives, visant les contestations entre les dispensateurs de soins et l'INAMI, prévoient des sanctions spécifiques qui ne visent que les dispensateurs de soins et qui ne relèvent pas du "noyau dur du droit pénal", à l'inverse des poursuites pénales pour faux, usage de faux et escroquerie telles que prévues par le code pénal et ayant fait l'objet des poursuites pénales. Il explique que la sanction administrative ne vise pas tant à protéger les intérêts généraux de la société tels que généralement protégés par le droit pénal, mais à protéger les intérêts de l'INAMI en sanctionnant un comportement qui, s'il n'a pas été jugé pénalement répréhensible, n'en complique pas moins la bonne organisation et le bon fonctionnement de cet organisme.

Le Gouvernement met également en exergue la prévisibilité des procédures pénale et administrative, l'interaction entre les différentes autorités compétentes notamment dans l'administration de la preuve et le fait qu'en l'espèce, la Chambre de recours, dans la détermination de l'amende administrative, a tenu compte de l'acquittement du requérant pour faux, usage de faux et escroquerie.

2. Appréciation de la Cour

50. La Cour rappelle que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention consacre un droit fondamental en vertu duquel nul ne peut être poursuivi ou puni pénalement en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été acquitté ou condamné par un jugement définitif (... , précité, § 58). Tel qu'il est libellé, le premier paragraphe de l'article 4 du Protocole n° 7 énonce les trois composantes du principe *ne bis in idem* : les deux procédures doivent être de nature "pénale"(1) elles doivent viser les mêmes faits ("*idem*"), (2) et il doit s'agir d'une répétition des poursuites ("*bis*") (3) (... , précité, § 49).

a) Les procédures étaient-elles de nature "pénale" au sens autonome de la Convention ?

51. Comme déjà exposé (§§ 38 et 42 à 46 ci-dessus), tant la procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire pour faux, usage de faux et escroquerie ("procédure pénale") que la procédure administrative ayant mené à la condamnation du requérant au paiement d'une amende administrative ("procédure administrative") ont un caractère pénal au sens autonome de la Convention.

b) Le requérant a-t-il été poursuivi dans les deux procédures pour les mêmes faits ("*idem*") ?

i. Principes généraux

52. S'agissant du point de savoir si le requérant a été poursuivi deux fois pour une même infraction ("*idem*"), la Cour a considéré dans l'affaire ... (précité, § 82) que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention devait être compris comme interdisant de poursuivre ou de juger une personne pour une seconde "infraction" pour autant que celle-ci avait pour origine des faits identiques ou des faits qui étaient en substance les mêmes (voir également ... *c. Norvège*, précité, § 108, et ... *c. Grèce*, n° 1735/13, § 68, 16.06.2022). La Cour doit par conséquent faire porter son examen sur les faits concernés dans les deux procédures afin de vérifier s'ils constituent un ensemble de circonstances factuelles concrètes qui impliquent le même contrevenant et qui sont indissociablement liées entre elles dans le temps et l'espace (... , précité, § 84).

53. Il ressort de la jurisprudence de la Cour que les faits des deux infractions représentent le seul point de comparaison, indépendamment de la qualification juridique des infractions (*ibidem*, § 81), de la gravité de la peine qu'elles emportent (*ibidem*, § 97) ou de leurs éléments constitutifs (... et ... *c. Roumanie*, n° 8516/07, § 36, 23.06.2015), y compris l'élément intentionnel (... *c. Finlande*, n° 13079/03, § 56, 16.06. 2009).

54. Ainsi, dans l'affaire ... (*ibidem*), dans laquelle le requérant avait été condamné à deux reprises pour des infractions aux lois relatives aux taxes, la Cour a conclu que les faits reprochés à l'intéressé lors des procédures en cause étaient essentiellement les mêmes, bien que l'élément intentionnel n'ait été retenu que dans le cadre de la première procédure.

55. La Cour rappelle également que, dans l'affaire ... *c. Norvège* (précité, § 141), elle a estimé à la suite de la Cour suprême norvégienne que les circonstances factuelles sur lesquelles reposaient la majoration d'impôt et la condamnation pénale litigieuses – c'est-à-dire dans les deux cas l'omission dans la déclaration fiscale de certaines informations concernant des revenus – étaient suffisamment similaires pour satisfaire à la condition tenant au "*bis*", malgré l'élément factuel supplémentaire de fraude qui caractérise l'infraction pénale.

ii. *Application au cas d'espèce*

56. La Cour relève que la procédure pénale et la procédure administrative reposaient sur un même complexe factuel lié dans le temps et dans l'espace, à savoir le fait reproché au requérant d'avoir, entre le 1^{er} avril 2005 et le 6 décembre 2006, rédigé de fausses attestations, en ce qu'elles attestaient de prestations non effectuées (au nombre de 4.030) et de prestations non conformes (au nombre de 128) créant respectivement un préjudice à l'assurance maladie invalidité de 121.925,20 EUR et de 2.977,03 EUR. La seule distinction entre les deux procédures réside dans l'élément intentionnel requis par les incriminations pénales, à savoir le fait d'avoir agi avec une intention frauduleuse. En l'espèce, le requérant était poursuivi pénalement pour faux, usage de faux et escroquerie, ces incriminations dépassant le simple fait d'avoir porté en compte des prestations non effectuées ou non conformes. Cependant, il ressort de la jurisprudence de la Cour que cet élément intentionnel n'est pas pertinent aux fins d'examiner si le requérant a été poursuivi pour les mêmes faits (*bis*) (... *c. Norvège*, précité, § 141, ..., précité, § 56, et ..., et ..., précité, § 69). En conséquence, la Cour considère que le requérant a été poursuivi, dans la procédure pénale et la procédure administrative, pour des faits qui sont en substance les mêmes au sens de sa jurisprudence.

c) Y a-t-il eu une répétition des poursuites ("*bis*") ?

i. *Principes généraux*

57. En ce qui concerne la répétition des poursuites ("*bis*"), les principes généraux concernant les critères de compatibilité des procédures mixtes (pénales et administratives) avec l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention ont été exposés dans l'affaire ... *c. Norvège* (précité, §§ 130-134). À cet égard, la Cour rappelle que si cette disposition a pour objet d'empêcher l'injustice que représenterait pour une personne le fait d'être poursuivie ou punie deux fois pour le même comportement délictueux, il ne bannit toutefois pas les systèmes juridiques qui traitent de manière "intégrée" le méfait néfaste pour la société en question, notamment en réprimant celui-ci dans le cadre de phases parallèles, menées par des autorités différentes et à des fins différentes (*ibidem*, § 123). Dans une telle hypothèse, l'État défendeur doit établir de manière probante que les procédures mixtes en question étaient unies par un "lien matériel et temporel suffisamment étroit". Autrement dit, il doit être démontré que celles-ci se combinaient de manière à être intégrées dans un tout cohérent. Cela signifie non seulement que les buts poursuivis et les moyens utilisés pour y parvenir doivent être en substance complémentaires et présenter un lien temporel, mais aussi que les éventuelles conséquences découlant d'une telle organisation du traitement juridique du comportement en question doivent être proportionnées et prévisibles pour le justiciable (*ibidem*, § 130). Les éléments pertinents pour statuer sur l'existence d'un lien suffisamment étroit du point de vue matériel sont notamment les suivants (*ibidem*, § 132) :

- "le point de savoir si les différentes procédures visent des buts complémentaires et concernent ainsi, non seulement *in abstracto* mais aussi *in concreto*, des aspects différents de l'acte préjudiciable à la société en cause
- le point de savoir si la mixité des procédures en question est une conséquence prévisible, aussi bien en droit qu'en pratique, du même comportement réprimé (*idem*)
- le point de savoir si les procédures en question ont été conduites d'une manière qui évite autant que possible toute répétition dans le recueil et dans l'appréciation des éléments de preuve, notamment grâce à une interaction adéquate entre les diverses autorités compétentes, faisant apparaître que l'établissement des faits effectué dans l'une des procédures a été repris dans l'autre
- et, surtout, le point de savoir si la sanction imposée à l'issue de la procédure arrivée à son terme en premier a été prise en compte dans la procédure qui a pris fin en dernier, de manière à ne pas faire porter pour finir à l'intéressé un fardeau excessif, ce dernier risque étant moins susceptible de se présenter s'il existe un mécanisme compensatoire conçu pour assurer que le montant global de toutes les peines prononcées est proportionné."

58. La mesure dans laquelle la procédure administrative présente les caractéristiques d'une procédure pénale ordinaire est un élément important. Des procédures mixtes satisferont plus vraisemblablement aux critères de complémentarité et de cohérence si les sanctions imposables dans la procédure non formellement qualifiée de "pénale" sont spécifiques au comportement en question et ne font donc pas partie du "noyau dur du droit pénal" (pour reprendre les termes des arrêts ..., précité, § 43 et ..., précité, § 76). Si, à titre additionnel, cette procédure n'a pas de caractère véritablement infamant, il y a moins de chances qu'elle fasse peser une charge disproportionnée sur l'accusé. À l'inverse, plus la procédure administrative présente de caractéristiques infamantes la rapprochant dans une large mesure d'une procédure pénale ordinaire, plus les finalités sociales poursuivies par la punition du comportement fautif dans des procédures différentes risquent de se répéter ("*bis*") au lieu de se compléter (... *c. Norvège*, précité, § 133).

59. Enfin, la condition du lien temporel n'exige, quant à elle, pas nécessairement que les deux procédures soient menées simultanément du début à la fin. L'État doit avoir la faculté d'opter pour la conduite des procédures progressivement si ce procédé se justifie par un souci d'efficacité et de bonne administration de la justice, poursuit des finalités sociales différentes et ne cause pas un préjudice disproportionné à l'intéressé. Toutefois, il doit toujours y avoir un lien temporel suffisamment étroit pour que le justiciable ne soit pas en proie à l'incertitude et à des lenteurs, et pour que les procédures ne s'étalent pas trop dans le temps, même dans l'hypothèse où le régime national pertinent prévoit un mécanisme "intégré" comportant un volet administratif et un volet pénal distincts. Plus le lien temporel est ténu, plus il faudra que l'État explique et justifie les lenteurs dont il pourrait être responsable dans la conduite des procédures (*ibidem*, § 134).

ii. Application au cas d'espèce

60. La Cour constate que la procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire relatives aux infractions de faux, usage de faux et escroquerie a donné lieu à une décision définitive de la Cour d'appel de ... (§ 11 ci-dessus).

a) L'existence d'un lien matériel

- Complémentarité des buts poursuivis

61. La Cour relève que les deux procédures (pénale et administrative) visaient des buts complémentaires et concernaient non seulement *in abstracto* mais aussi *in concreto* des aspects différents de l'acte préjudiciable à la société.

62. En effet, tel que cela ressort des explications du Gouvernement (§ 49 ci-dessus) mais aussi des travaux préparatoires (§ 27 ci-dessus), l'objectif poursuivi par la procédure administrative n'est pas de protéger les intérêts généraux de la société tels que ceux-ci sont ordinairement protégés par le droit pénal. Il consiste plus spécialement à protéger les intérêts de l'INAMI, garantir son bon fonctionnement et assurer plus largement le financement général de la sécurité sociale. En revanche, les incriminations de faux, d'usage de faux et d'escroquerie ont un caractère général et visent à protéger la société dans son ensemble en réprimant des actes intentionnellement posés qui s'avèrent nuisibles à celle-ci (voir *mutatis mutandis* ... *c. Norvège*, précité, § 144). Ainsi, l'incrimination des infractions de faux et d'usage de faux visées aux articles 196 et 197 du code pénal (§ 23 ci-dessus) a pour objectif de garantir le respect de la foi publique, tandis que l'incrimination d'escroquerie visée à l'article 496 du code pénal (§ 23 ci-dessus) tend, quant à elle, à lutter contre l'utilisation de manœuvres frauduleuses en vue de se faire remettre une chose. Ces infractions, qui relèvent du "noyau dur du droit pénal", supposent une intention frauduleuse dans le chef de leur auteur.

63. En l'occurrence, la Cour observe que le requérant a été acquitté par la juridiction pénale au motif que cette intention frauduleuse n'était pas établie (§ 11 ci-dessus). Elle relève également que le requérant a expressément reconnu, au cours des procédures internes, avoir porté en compte des prestations de soins non réalisées ou non conformes pour un montant de 124.902,23 EUR (voir § 7 ci-dessus). Dans ce contexte, la Cour constate que l'amende administrative imposée par la Chambre de recours (d'un montant sensiblement inférieur à celui imposé par la Chambre de première instance) visait, en l'espèce, à sanctionner la négligence du requérant à l'égard de l'INAMI, cette négligence étant indépendante d'une quelconque intention frauduleuse dans son chef.

64. Au vu de ce qui précède, la Cour peut dès lors admettre que les procédures administrative et pénale en cause poursuivent des objectifs complémentaires et différents, et que la complémentarité et la différence de ces objectifs se sont révélées dans la présente affaire. Conclure autrement reviendrait à considérer au regard de l'article 4 du Protocole n° 7 qu'un acquittement prononcé par la juridiction pénale pour des infractions de faux, d'usage de faux et d'escroquerie en l'absence d'une intention frauduleuse empêcherait toute imposition ultérieure d'une quelconque sanction administrative revêtant un caractère pénal au sens autonome de la Convention à un individu qui a méconnu la législation pertinente par négligence et bénéficié du système de la sécurité sociale à des fins étrangères à celles qui lui sont assignées.

- Prévisibilité

65. En l'espèce, il ne ressort d'aucun élément du dossier, et le requérant ne démontre pas, que la mixité des procédures ne constituait pas une conséquence prévisible, tant en droit qu'en pratique, du comportement qui lui était reproché.

- Absence d'une répétition dans le recueil et dans l'appréciation des éléments de preuve

66. La Cour note que la procédure pénale et la procédure administrative reposent toutes deux sur l'enquête administrative menée par le SECM sur la base de listings de prestations (attestations de soins) transmis par les organismes-assureurs, de l'audition du requérant et de huit de ses patients, de la reconnaissance par le requérant de la matérialité des faits reprochés (attestations erronées), ainsi que du procès-verbal d'infraction établi le 29 mai 2007. Les éléments recueillis lors de l'enquête administrative ont été repris dans la procédure pénale, évitant de la sorte une répétition dans le recueil et l'appréciation des éléments de preuve.

- Prise en compte de la sanction imposée dans la première procédure

67. La Cour relève que la Chambre de recours a expressément tenu compte de l'arrêt de la Cour d'appel de ... du 27 janvier 2015 acquittant le requérant des préventions de faux, usage de faux et escroquerie. Elle avait d'ailleurs décidé de surseoir à statuer dans l'attente de cet arrêt. Une fois celui-ci rendu, la Chambre de recours a indiqué être tenue par la décision pénale et les motifs déterminant l'acquittement. Elle a explicitement tenu compte de l'absence d'intention frauduleuse pour déterminer la hauteur de la sanction (1.200 EUR), qui fut sensiblement moindre que celle infligée initialement par la Chambre de première instance (243.850,40 EUR et 4.465,54 EUR) (§§ 18 et 19 ci-dessus).

- Conclusion concernant l'existence d'un lien matériel

68. Eu égard aux éléments qui précèdent (§§ 61 à 67), la Cour estime que les procédures pénale et administrative étaient unies par un lien matériel suffisamment étroit dans les circonstances de l'espèce (... *c. Norvège*, précité, § 132).

B) L'existence d'un lien temporel

69. La Cour observe que l'existence d'un lien temporel suffisamment étroit en l'espèce n'est pas contestée par le requérant. Elle note que les deux procédures ont commencé et se sont déroulées en parallèle jusqu'au 15 juillet 2011, date à laquelle la Chambre de recours décida de surseoir à statuer dans l'attente de la décision de la Cour d'appel de ... (§ 16 ci-dessus). Suite à l'arrêt de la cour d'appel de ... du 27 janvier 2015 (§ 11 ci-dessus), la procédure administrative a poursuivi son cours. La Chambre de recours a rendu sa décision le 17 mars 2016 (§§ 18 et 19 ci-dessus), soit un peu plus d'un an après l'arrêt de la Cour d'appel. Dans ces circonstances, la Cour considère qu'il existait en l'espèce un lien temporel suffisamment étroit entre les deux procédures.

Y) Conclusion

70. Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la Cour considère qu'il n'y a pas eu violation de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention.

PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

1. *Déclare* le grief au titre de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention relatif à l'amende administrative recevable et le surplus de la requête irrecevable ;
2. *Dit* qu'il n'y a pas eu violation de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention.

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Implants dentaires

Dispositifs fabriqués en série et sur mesure - Conformité au règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux – Certification CE– Enregistrement – Traçabilité - Contrôle des exigences – Pas de non-conformité – Intervention du FAM

Question n° 2070 posée le 12 avril 2023 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante GIJBELS¹

Les implants dentaires peuvent être posés par les dentistes ou par les médecins ayant suivi une formation en stomatologie ou en chirurgie maxillofaciale.

Bien entendu, il est important que cette chirurgie implantaire se déroule correctement et qu'une formation appropriée ait donc été prévue, mais également que des implants de qualité soient utilisés.

1. À quelles exigences les implants dentaires qui sont posés dans notre pays doivent-ils satisfaire ?
2. De quelle manière le respect de ces exigences est-il contrôlé ?
3. Des implants non conformes aux exigences sont-ils posés dans notre pays ? Pouvez-vous fournir un relevé pour les cinq dernières années ?
4. Les dentistes et les médecins sont-ils tenus d'enregistrer les implants dentaires ? De quelle manière ? Comment s'organise le contrôle à cet égard ?
5. Un suivi est-il assuré pour savoir si certains types d'implants dentaires posent problème ? De quelle manière ? Dans l'affirmative, certains types d'implants ont-ils été identifiés comme étant des implants "à problèmes" ? Comment cela est-il porté à la connaissance des prestataires de soins ?
6. Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a-t-il connaissance de dossiers concernant des implants dentaires ? Dans l'affirmative, pouvez-vous expliquer la nature du problème ?
7. Doit-on communiquer aux patients quels implants ont été posés ? Dans l'affirmative, de quelle manière et cette communication fait-elle l'objet d'un contrôle ?

Réponse

1. Le terme "implant dentaire" est généralement utilisé pour désigner un ensemble composé de trois éléments : un implant (vis), un pivot et une couronne. L'implant (vis) sert d'ancrage pour maintenir les deux autres éléments. Le pivot est vissé dans l'implant et sert de support à la couronne qui coiffe l'ensemble.

Certains de ces composants sont fabriqués sur mesure par des fabricants de dispositifs médicaux sur mesure (généralement des techniciens dentaires), tandis que d'autres sont fabriqués en série par des fabricants de dispositifs médicaux.

1. Bulletin n° 124, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 168.

En général, la couronne est fabriquée sur mesure. Le pivot peut être fabriqué en série ou sur mesure. La partie de l'implant (vis) est généralement fabriquée en série.

Selon que le dispositif est fabriqué en série ou sur mesure, différentes exigences s'appliquent.

Pour les dispositifs fabriqués en série : ces dispositifs doivent être certifiés conformes au règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux. La conformité est démontrée par le marquage CE. La certification CE garantit que les dispositifs présents sur les marchés belge et européen répondent aux normes de sécurité et de qualité de l'Union européenne, ce qui contribue à garantir leur efficacité et leur sécurité pour les patients.

Il convient de noter que certains dispositifs peuvent encore être mis sur le marché conformément à l'ancienne directive 93/42/CE. Il s'agit de dispositifs soumis à une période de transition pour se conformer au nouveau règlement 2017/745.

Cela signifie que les dispositifs certifiés en vertu de la directive et du règlement coexistent actuellement sur le marché tout en ayant été légalement mis sur le marché.

Pour les dispositifs sur mesure : selon le règlement européen 2017/745 (art. 2, pt 3), un dispositif sur mesure est défini comme suit : "Un dispositif fabriqué expressément suivant la prescription écrite de toute personne habilitée par la législation nationale en vertu de ses qualifications professionnelles, indiquant, sous sa responsabilité, les caractéristiques de conception spécifiques, et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé et exclusivement en réponse aux besoins et à l'état de santé de ce patient."

Comme les dispositifs médicaux fabriqués en série, les dispositifs sur mesure doivent être certifiés conformément au règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux, mais ils ne portent pas le marquage CE. Les dispositifs sur mesure pour les implants dentaires ne bénéficient pas de période de transition et doivent tous être conformes au règlement européen 2017/745 depuis le 26 mai 2021.

La Commission européenne a confié aux États membres la responsabilité de surveiller les fabricants de dispositifs médicaux sur mesure. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (afmps) a donc imposé une obligation d'enregistrement au niveau national : les fabricants établis en Belgique ou les mandataires de fabricants de dispositifs sur mesure doivent enregistrer les dispositifs sur mesure qu'ils fabriquent auprès de l'afmps.

2. Pour les dispositifs fabriqués en série relatifs aux implants dentaires, la certification CE est délivrée par un organisme notifié (*notified body*). Il s'agit d'un organisme indépendant désigné par les autorités européennes compétentes pour évaluer la conformité des dispositifs aux exigences de la législation européenne. L'organisme notifié vérifie que le produit répond aux normes techniques et de sécurité imposées par l'UE.

Pour obtenir la certification CE, les fabricants doivent être en mesure de démontrer de manière détaillée que leurs produits répondent aux exigences du règlement 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux. Ils doivent également assurer la traçabilité de leurs produits et mettre en place un système de gestion de la qualité conforme aux normes européennes.

Pour les dispositifs médicaux sur mesure qui concernent les implants dentaires, il n'y a pas d'intervention d'un organisme notifié. Toutefois, conformément à la loi du 22 décembre 2020 relative aux dispositifs médicaux, les fabricants ou mandataires de fabricants de dispositifs sur mesure établis en Belgique doivent communiquer les informations suivantes à l'afmps au plus tard le jour de la mise sur le marché des dispositifs :

- son nom ou sa raison sociale ainsi que son lieu de résidence ou son siège social et, s'il est différent, le lieu où s'exercent les activités

- la classe des dispositifs mis sur le marché
- la description du dispositif
- le code de nomenclature (voir l'art. 26 du règlement 2017/745)
- le certificat de conformité, le cas échéant
- le mode d'emploi, le cas échéant
- la déclaration de conformité.

L'obligation d'enregistrement des fabricants de dispositifs médicaux sur mesure et de leurs dispositifs au niveau national vise donc à permettre à l'afmps de connaître les acteurs actifs dans ce secteur. Cela permet à l'afmps de mener à bien sa mission de surveillance du marché afin de vérifier que les dispositifs sur mesure mis à disposition des patients répondent aux exigences du règlement européen 2017/745.

3. Pour les dispositifs produits en série : L'afmps n'a jamais rencontré de tels cas jusqu'à présent. Sachez qu'en cas de non-conformité, l'afmps peut prendre des mesures pour retirer du marché les implants dentaires non conformes.

Pour les dispositifs fabriqués sur mesure : l'afmps n'a pas rencontré de tels cas jusqu'à présent.

4. Pour ce qui concerne les dispositifs fabriqués en série : la loi du 22 décembre 2020 relative aux dispositifs médicaux met en oeuvre les choix belges mentionnés dans le règlement européen 2017/745 relatifs aux dispositifs médicaux. L'article 16, § 2 impose aux prestataires de soins (dont les dentistes) d'enregistrer et de conserver l'IUD (=unique device identifier) des dispositifs implantables qui leur sont fournis, de préférence par des moyens électroniques. Cette obligation ne concerne que les implants conformes au règlement et non à la directive. Un arrêté royal pourrait déterminer les modalités de cet enregistrement et de sa conservation, mais il n'existe pas encore.

Les services d'inspection de l'afmps sont chargés de contrôler l'application du règlement 2017/745, de la loi du 22 décembre 2020 et des arrêtés d'exécution de ses articles sur les dispositifs médicaux, en procédant à des inspections, inopinées si nécessaire.

Pour les dispositifs sur mesure : les dispositifs sur mesure ne disposent pas d'IUD et ne tombent donc pas sous l'obligation de l'article 16, § 2 de la loi du 22 décembre 2020.

5. Comme pour tous les autres dispositifs médicaux, les incidents graves impliquant des implants dentaires doivent être rapportés par les fabricants. Toutefois, les distributeurs, les professionnels de santé et les patients peuvent également signaler des incidents ou des problèmes à l'afmps. Sur base de toutes ces informations, l'afmps analyse si de nouveaux risques apparaissent ou, pour les risques existants, s'ils sont plus fréquents ou ont des conséquences plus graves. Lorsque la balance bénéfices-risques évolue dans un sens négatif, le fabricant est censé prendre des mesures correctrices et/ou préventives.

Si une mesure correctrice est prise pour des dispositifs (y compris, par conséquent, des implants dentaires) qui ont déjà été mis sur le marché afin de prévenir ou au moins de minimiser les risques pour les patients, le fabricant est tenu d'en informer tous ses clients par le biais d'un avis de sécurité sur le terrain. Cette lettre doit fournir à chacun des informations claires sur le dispositif médical concerné, le problème identifié, les risques qu'il présente et les actions à entreprendre par le client et le fabricant pour réduire ces risques. L'afmps contrôle à la fois le contenu de cette lettre et la mise en oeuvre des actions à entreprendre.

Si l'afmps estime que des actions correctrices (supplémentaires) sont nécessaires, elle peut également imposer légalement au fabricant des actions telles qu'une quarantaine, un rappel, une interdiction de mise sur le marché de (certains) dispositifs médicaux, etc.

6. Le Fonds des accidents médicaux reçoit effectivement des demandes d'avis/d'indemnisation à la suite de la pose d'implants dentaires. Ces demandes sont diverses.

Il est parfois question de la qualité des implants (implants Peek), mais c'est exceptionnel.

La plupart du temps, les demandes concernent la pose de l'implant, son rejet ou la mise en place de la prothèse sur l'implant.

Dans de nombreux cas, les personnes qui demandent un avis se plaignent également du coût.

Compte tenu de la nature des soins, les dommages restent inférieurs au seuil de gravité et, par conséquent, le Fonds des accidents médicaux n'intervient pas, sauf dans le cas extrêmement rare d'un prestataire de soins non assuré.

7. Pour les dispositifs fabriqués en série : le règlement 2017/745 exige que les fabricants livrent des implants accompagnés d'une carte d'implant (art. 18 du règlement). Cette carte contient les informations suivantes sur l'implant : nom, numéro de série, numéro de lot, l'IUD, le modèle du dispositif, ainsi que le nom, l'adresse et le site internet du fabricant. Cette carte doit être remise au patient par le prestataire de soins. Cette obligation ne concerne que les implants certifiés au titre du règlement et non ceux bénéficiant de la phase transitoire (c.-à-d. encore certifiés au titre d'une des directives).

Lorsque les implants dentaires seront enregistrés dans le registre de traçabilité centrale (voir modification de l'A.R. mentionné à la question 4), cela fournira au patient plus d'informations sur les implants affichés.

Pour les dispositifs sur mesure: pour être mis sur le marché, les dispositifs sur mesure doivent être accompagnés d'une déclaration mise à la disposition du patient ou de l'utilisateur (voir l'art. 21 et l'annexe XIII, partie 1, du règlement 2017/745). Cette déclaration permet notamment d'identifier le patient ou l'utilisateur, le dispositif concerné et ses caractéristiques.

Toutes les informations devant figurer dans cette déclaration sont reprises à l'annexe XIII du règlement européen 2017/745.

Comme mentionné au point 4, les services d'inspection de l'afmps sont chargés de contrôler l'application du règlement 2017/745 en effectuant des inspections, inopinées si nécessaire, tant pour les dispositifs fabriqués en série que pour les dispositifs sur mesure.

II. Reprises partielles du travail

Augmentation du nombre de reprises partielles du travail – Trajet ReAT – Catégorisation - Appels périodiques – Contact concret

Question n° 2431 posée le 24 novembre 2023 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant VAN DER DONCKT¹

Faisant suite à votre réponse du 25 octobre 2023 à ma question parlementaire sur l'augmentation réduite du nombre de malades de longue durée (question n° 39452C, *Compte Rendu Intégral*, Ch., 2022-2023, CRIV 55 COM 1210), je souhaiterais vous poser les questions suivantes. Ces nouvelles questions ont trait spécifiquement à l'augmentation du nombre de reprises partielles du travail.

1. Les reprises partielles du travail affichaient déjà une tendance à la hausse depuis plusieurs années, même lorsque vous n'étiez pas encore ministre. Ainsi, le nombre de nouvelles autorisations pour reprises partielles du travail est passé de 34.447 en 2016 à 54.972 en 2019 (soit une hausse de près de 60 %). Le calcul de l'objectif de 4.600 emplois supplémentaires pour les personnes en incapacité de travail tient-il compte du fait que la tendance est à la hausse depuis plusieurs années déjà ? Peut-on effectivement parler d'une rupture de tendance, dès lors que le nombre de reprises partielles du travail augmente encore plus vite qu'il n'augmentait initialement ? Pouvez-vous indiquer le nombre de nouvelles reprises partielles du travail (un jour maximum) en 2022 ?
2. Le système de reprises partielles du travail n'a bien entendu pas été inventé par le gouvernement lui-même. Celui-ci a toutefois pris des initiatives, à savoir par exemple la réforme des trajets retour au travail (ReAT) en 2022. Il va sans dire qu'une reprise partielle du travail ne peut donc être attribuée au gouvernement que si elle résulte de la nouvelle politique menée. En 2022, combien de reprises partielles du travail ont résulté d'un trajet ReAT ? Combien de reprises partielles du travail ont résulté des trajets de réintégration 2.0 du ministre Dermagne ? Et combien de trajets ReAT ont été initiés par le travailleur malade lui-même ? Le nombre de reprises partielles du travail faisant suite à un trajet ReAT en 2022 est-il supérieur au nombre de reprises partielles du travail faisant suite aux précédents trajets de réintégration par le biais des mutualités (le système antérieur à la réforme) ?
3. L'accent mis les reprises partielles du travail pris comme base pour les chiffres du succès de la politique gouvernementale nous semble quelque peu curieux. D'une part, parce que les reprises partielles du travail ne résultent pas nécessairement d'un trajet ReAT, et d'autre part, parce qu'un retour au travail peut prendre bien d'autres formes qu'une reprise partielle du travail. Une personne peut par exemple simplement reprendre à temps plein, mais un travail adapté ou un autre travail (provisoirement ou non). Disposez-vous de chiffres permettant de savoir dans quelle mesure les trajets ReAT (en 2022 et 2023) mènent à un travail adapté ou à un autre travail, sans réduction du temps de travail ? Peut-on parler de rupture de tendance dans la mesure où, depuis 2022, les trajets ReAT mènent avec succès à un travail adapté ou un autre travail ?

Réponse

Je vais tenter d'illustrer pourquoi je pense qu'il y a effectivement eu une augmentation du nombre d'emplois de personnes reconnues en incapacité de travail au cours des dernières années.

1. Bulletin n° 127, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 302.

Toujours dans la réponse à votre question 39452C (commission Affaires sociales, Emploi et Pensions du 25.10.2023, *Compte Rendu Intégral*, Ch., 2023- 2024, CRIV 55 COM 1210) qui a été abordée lors de la séance de la commission, j'ai commencé par dire que le nombre de reprises partielles du travail augmentait constamment depuis plusieurs années - c'est-à-dire avant même le début de ce gouvernement. Ce que j'ai attribué (en partie) à l'impact du renforcement et du suivi (p. ex. par le biais du C-ReAT et de la sensibilisation de tous les partenaires) est l'excédent qui s'ajoute à la poursuite de la tendance croissante de la période précédente.

Concrètement, nous avons examiné le nombre de jours indemnisés par année pour lesquels une indemnité réduite (en vertu de la règle de cumul en cas de reprise de travail à temps partiel) a été accordée. Au cours de la période 2017- 2019, 2.421.129 jours supplémentaires ont en moyenne été indemnisés chaque année par rapport à l'année précédente. Sur la période 2021/2022, la croissance annuelle moyenne a été de de 3.169.238, soit 748.108 de plus. Converti en équivalents temps plein (ETP), cela représente 2.400 bénéficiaires ETP. Compte tenu du taux de reprise de travail que nous avons appliqué lors des exercices budgétaires depuis le début de l'année 2021, cela représente 8.220 "têtes" (personnes). J'ajoute que sur la seule période 2021/2022, 3.251.000 jours d'indemnités réduites ont été ajoutés.

Ce chiffre est confirmé par une autre approche. Si l'on examine la situation du nombre de personnes employées dans ce régime au 31 décembre de chaque année, on constate que, pendant la législature actuelle, ce nombre est en moyenne supérieur de 2.200 unités à la moyenne des années précédentes. Il est donc plausible de partir du principe que si ce phénomène existe à un moment de la situation (le 31.12 de l'année en question), il y ait eu une tendance similaire à d'autres moments de l'année en question. Nous parlons donc de 2.200 emplois ETP supplémentaires. Sur un total de 100 jours indemnisés entre 2022 et 2021, il y a eu 76,6 jours d'indemnités réduites. Au cours de la période 2017-2019, la moyenne était de 40, avec un maximum de 47,3 en 2017.

En 2022, 138.087 bénéficiaires du régime salarié ont été actifs dans le dispositif de reprise partielle du travail pendant au moins un jour.

Sur les neuf premiers mois de 2023, on constate que le nombre de nouvelles autorisations pour ces reprises d'activité est supérieur de 6 % à celui de 2022. Alors que l'augmentation attendue du nombre de jours indemnisés pour de l'incapacité de longue durée cette année par rapport à 2022 est tombée à 3,3 %.

Le nombre d'autorisations accordées par un médecin-conseil n'est pas enregistré séparément en fonction de l'inspirateur de la demande d'autorisation du bénéficiaire. Par conséquent, je ne comprends pas non plus très bien ce que vous entendez par "trajets ReAT" par rapport aux "trajets via les organismes assureurs". Et ce que vous entendez exactement par "trajet". Là où nous tentons d'innover, c'est qu'à partir de la dixième semaine d'incapacité de travail, le bénéficiaire reçoive un questionnaire qui mesure sa propre évaluation et soit tenu de le renvoyer rempli. Cela conduit en soi à une "auto-réflexion" de la part du bénéficiaire.

Au quatrième mois de l'ITP, le médecin-conseil utilise ce questionnaire rempli, entre autres, pour réaliser une première estimation des capacités restantes, ce que l'on appelle la catégorisation. Avec le projet de loi qui nous est soumis, cela se fera toujours après que le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire ait eu un contact physique avec la personne concernée. Et nous répéterons cela au plus tard au cours des 7^e et 11^e mois de l'ITP. La catégorisation pourra alors être adaptée à chaque fois. Dorénavant, il y aura également des contacts physiques périodiques avec le bénéficiaire pendant la période d'invalidité, en fonction de la dernière catégorisation.

Pour une partie de ces titulaires, le C-ReAT, à la demande du médecin-conseil (ou, à l'avenir, d'un membre de l'équipe multidisciplinaire), est obligé de débiter le processus en les invitant à un entretien. Cette démarche peut déboucher sur une orientation vers un accompagnement spécialisé par les services régionaux dans le cadre des accords-cadres. Mais les bénéficiaires eux-mêmes peuvent également s'adresser au C-ReAT pour obtenir de l'aide. Dans ce cas également, il sera évalué si l'accompagnement spécialisé par ces services est appropriée. Mais le coordinateur peut également suggérer d'autres mesures s'il estime qu'un tel accompagnement spécialisé n'est pas nécessaire. Et pour lesquelles un consentement du médecin-conseil est nécessaire.

Par exemple, en mettant le bénéficiaire intéressé sur la voie d'une reprise progressive "spontanée" du travail ou d'autres formes de conseils moins intensifs tout en aidant et en soutenant le bénéficiaire dans cette démarche. C'est pourquoi j'ai lancé une campagne intitulée "Il n'y a pas de mauvaise voie vers le travail". Car le bénéficiaire peut aussi, par exemple, se diriger spontanément vers un service régional pour un accompagnement spécialisé. Par conséquent, sur simple notification, le médecin-conseil l'honorera généralement.

Pour moi, il n'y a donc pas "un" trajet ReAT. De plus, cela se limiterait aux trajets d'orientation "formels" prévus par les accords-cadres conclus avec les régions, qui fournissent des accompagnements et des conseils spécialisés, principalement à long terme. Avec, par conséquent, un coût relativement élevé. Pour moi, les trajets ReAT commencent au moment où les bénéficiaires d'une certaine durée d'incapacité de travail sont invités à réfléchir à leur situation et à leurs possibilités. On leur rappelle systématiquement et périodiquement que la maladie n'est pas une fatalité qui doit entraîner une perte totale de contact avec le marché du travail. Et pour moi, chaque étape et intervention qui rappelle cela fait partie d'un "trajet ReAT". Quant à savoir quel contact concret, pris par qui et à quel moment concret a contribué aux 140.000 reprises partielles par an, cela ne m'intéresse pas vraiment. Mais je veux que ces appels périodiques soient faits, même s'il n'y a pas eu d'opportunités ou d'intérêts immédiats à première vue. C'est l'essence même du projet de loi que nous avons examiné aujourd'hui au sein de cette commission.

Ce qui m'amène à votre question : "Combien de trajets mènent à un retour au travail sans baisse du volume de travail ? Ce faisant, je voudrais encore rappeler le thème de la politique sous son "ancien" nom : "réinsertion des personnes en incapacité de travail de longue durée".

Il s'agit donc de travail (volontaire), selon les possibilités donc en travail adapté, de personnes en incapacité de travail. Car sinon, elles ne seraient plus reconnues et il y aurait soit (avec un peu de chance) un retour complet au travail, soit, le cas échéant, du chômage. Il s'agit donc de malades (de longue durée). Dont, aujourd'hui, près de 17 % (malgré cette maladie de longue durée) travaillent encore. En 2019, ce chiffre était de 13,5 %. Et je reconnais que ce premier pas se fait le plus souvent à temps partiel et même le plus souvent à mi-temps. Mais je vois aussi que ces reprises de travail à temps partiel se transforment de plus en plus en reprises de travail à temps plein. Pour ceux qui ont commencé pendant une période d'ITP, c'était le cas de 66 % en 2022 contre 45 % en 2018.

Pour conclure, collègue Van der Donckt et d'autres collègues :

- "Sommes-nous arrivés" ? Non. Parce qu'il s'agit d'un thème de renforcement et d'appel constant des partenaires à leur rôle. La meilleure illustration en est le projet de loi que nous examinons/avons examiné aujourd'hui
- Avançons-nous ? J'espère avoir pu l'illustrer
- Ces progrès doivent-ils être attribués exclusivement à ce gouvernement ou à telle mesure ou à aucune mesure : j'espère avoir pu illustrer que c'est comme un ruisseau dont nous avons déplacé le lit par de nombreux cailloux au cours de nombreuses années. J'ose dire que nous avons ajouté quelques gros cailloux au cours de cette législature.

III. Accréditation des médecins

État et suivi des demandes – Délai - Système implémenté - Site web de l'INAMI -- Commission d'accréditation – Postes vacants

Question n° 2445 posée le 4 décembre 2023 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEPOORTER²

L'accréditation est considérée comme un label de qualité essentiel pour les médecins qui participent, à intervalles réguliers, à un programme de formation continue et exercent leur activité conformément à des normes de qualité spécifiques. Cela inclut l'usage intelligent et socialement responsable des moyens professionnels mis à leur disposition. L'accréditation donne, par ailleurs, droit à des avantages financiers. Malgré tout, les médecins sont dans l'incertitude puisqu'ils ne savent pas par avance si la formation continue à laquelle ils participent conduira à l'accréditation.

1. Pourriez-vous préciser s'il est prévu de mettre en place un système permettant aux médecins de savoir par avance si la formation continue à laquelle ils participent sera reconnue et, dans l'affirmative, le nombre de points qu'elle leur permettra d'obtenir ?
2. Pourriez-vous expliquer quelles possibilités ont les médecins de participer à des commissions d'accréditation et de contribuer au processus d'évaluation des formations continues ?

Réponse

1. En principe, les demandes d'accréditation d'activités doivent être introduites avant la date à laquelle l'activité a lieu. Cela permet aux organes d'accréditation de traiter les demandes en temps utile et d'informer les participants en temps voulu si l'activité a été accréditée et avec combien de points.

La responsabilité de la soumission incombe à l'organisateur (ou au médecin individuel dans le cadre d'activités à l'étranger, pour autant qu'elles ne soient pas déjà reconnues au niveau supranational). Il n'y a pas d'autre restriction quant au délai dans lequel l'organisateur peut demander cette accréditation. Un organisateur responsable le fera donc suffisamment tôt pour que toutes les parties intéressées sachent à l'avance si des points ont été attribués et combien.

L'état des demandes introduites et des points attribués peut toujours être contrôlé via le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui contient également les règles d'accréditation. Le système proposé a donc déjà été implémenté.

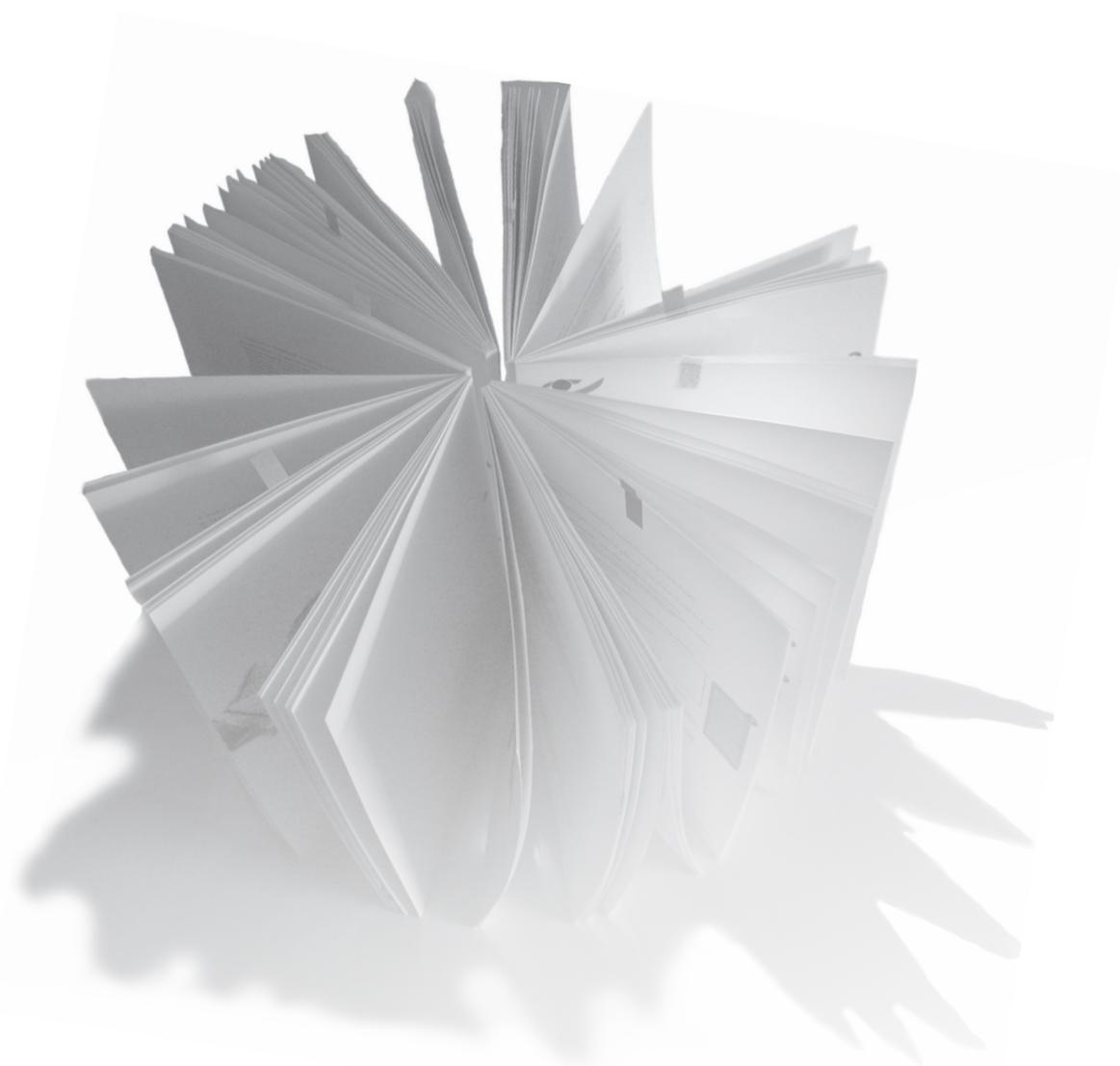
2. La composition des organes d'accréditation est déterminée par l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Des postes sont régulièrement vacants. Les médecins intéressés peuvent donc toujours prendre contact avec les organismes respectifs énumérés dans l'arrêté ou directement avec l'INAMI.

2. Bulletin n° 128, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 210.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale - Conventions bilatérales sur la sécurité sociale - Délivrance d'un document d'ouverture de droit aux soins de santé pour les veufs/veuves et/ou bénéficiaires de pension de survie résidant dans un autre État

1. Introduction

L'objet de la présente circulaire est d'aborder la question de la délivrance, par les organismes assureurs belges, d'un document d'ouverture de droit aux soins de santé (document S1/SED S072 ou formulaire bilatéral équivalent) pour les personnes qui ont la qualité de veuf/veuve en Belgique et/ou une pension de survie (ou allocation de transition) versée par la Belgique, tout en résidant dans un autre État, avec lequel la Belgique est liée, soit par la réglementation européenne, soit par une convention bilatérale de sécurité sociale couvrant les soins de santé.

Quatre hypothèses ont été soumises à la Direction RIR :

- (i) qualité de veuf/veuve avec pension de survie ;
- (ii) qualité de veuf/veuve sans pension de survie ;
- (iii) pas de qualité de veuf/veuve avec pension de survie ;
- (iv) pas de qualité de veuf/veuve sans pension de survie.

La Direction RIR a constaté des positions parfois contradictoires dans les textes. Il apparaît également que tous les O.A. n'adoptent pas la même position par rapport à cette question. Une clarification s'avérerait nécessaire à ce sujet.

2. La qualité de veuf/veuve

Conformément à l'article 32, alinéa 1^{er}, 16°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le veuf ou la veuve d'un bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire belge, peut bénéficier d'un droit à l'assurance maladie obligatoire belge.

D'une part, il faut bénéficier du statut de veuf ou veuve à l'état civil. L'état civil de veuf ou veuve se déduit, en premier lieu, des données du Registre national des personnes physiques et de l'acte de décès, duquel il ressortira qu'il s'agit bien du veuf ou de la veuve d'un(e) ancien(ne) titulaire¹. Dans les dossiers internationaux (par ex., lorsque le veuf ou la veuve n'a jamais résidé ou séjourné en Belgique), le versement d'une pension de survie peut servir comme indication de la possession de l'état civil de veuf/veuve.

D'autre part, la personne prédécédée doit être titulaire de l'assurance obligatoire belge relative aux soins de santé au moment de son décès. Une nuance a été apportée à ce principe, puisqu'il suffit que la personne prédécédée soit effectivement inscrite en qualité de titulaire au moment de son décès (par ex., en qualité de pensionné de la législation belge), même si elle ne dispose pas de droit aux soins de santé au moment de son décès (par ex., parce que son droit est suspendu en application des Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 de coordination en matière de sécurité sociale ; tel serait le cas d'un pensionné belge qui perçoit également une pension française et qui réside en France, qui serait à charge de la France pour ses soins de santé en vertu de l'art. 23 du Règlement (CE) n° 883/2004)². Par conséquent, pour avoir la qualité de titulaire de l'assurance maladie obligatoire belge au moment du décès, il faut qu'il y ait une inscription effective en cette qualité auprès d'un organisme assureur belge (CAAMI ou mutualités) qui soit en cours au moment du décès (même si le droit belge est suspendu car la personne était assurée dans un autre État membre en vertu de la réglementation européenne). Ce n'est que sous ces conditions qu'une personne peut prétendre à la qualité de veuf/veuve au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 16°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

La circulaire O.A. n° 79/88³ du 5 mars 1979, relative aux conditions d'octroi des prestations de santé aux veuves, dans le cadre de la législation belge d'assurance maladie et des instruments internationaux de sécurité sociale liant la Belgique, est toujours en vigueur actuellement.

D'une part, cette circulaire stipule que les veuves qui bénéficient d'une pension de survie, ou d'une rente en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle, sont considérées comme des titulaires de pension au regard de la réglementation européenne et des conventions bilatérales de sécurité sociale et peuvent donc se voir délivrer un document E121 (ou le formulaire bilatéral équivalent) en cas de transfert de résidence dans un autre État.

D'autre part, cette circulaire précise que les veuves qui ne bénéficient pas de pension ou de rente sont considérées comme des travailleurs au regard de la réglementation européenne et des conventions bilatérales de sécurité sociale et peuvent donc bénéficier d'un formulaire E106 (ou le formulaire bilatéral équivalent) en cas de transfert de résidence dans un autre État.

La circulaire rappelle finalement aux O.A. qu'il convient de vérifier, avant de délivrer un document d'ouverture de droit sur la base de la réglementation européenne ou d'une convention bilatérale, si un droit ne peut être ouvert à charge de l'État de résidence.

Cependant, cette circulaire ne semble plus être en accord, aussi bien avec la réglementation européenne en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, qu'avec les conventions bilatérales de sécurité sociale.

1. Cf. l'art. 276, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 et la circ. O.A. n° 2019/155 du 07.05.2019.

2. Cf. la note GTA n° 2017/2 du 06.07.2017.

3. Publiée dans le B.I. n° 1979/2, p. 104.

2.1. Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009

En ce qui concerne la réglementation européenne, l'article 11, § 3, e), du Règlement (CE) n° 883/2004, prévoit que les personnes non-actives, qui ne perçoivent aucune pension ou rente, sont en principe assujetties à la sécurité sociale de leur État de résidence (*lex generalis*). La seule exception à ce principe concerne les personnes non-actives qui perçoivent une pension ou une rente (à l'exclusion de celles visées à l'art. 11, § 2, du Règlement (CE) n° 883/2004, qui sont assimilées à des travailleurs, comme les personnes qui touchent des indemnités d'incapacité de travail primaire). Les personnes non-actives qui perçoivent une pension ou une rente sont assujetties à la sécurité sociale de leur État de résidence pour toutes les branches, sans préjudice d'autres dispositions du Règlement (CE) n° 883/2004 qui leur garantissent des prestations en vertu de la législation d'un ou de plusieurs autres États membres. Tel est le cas des soins de santé, qui sont de la compétence de l'État qui verse la pension ou la rente, s'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État (*lex specialis*, cf. les art. 23 et suiv. du Règlement (CE) n° 883/2004).

Bien que, sur la base de la législation belge, la qualité de veuf/veuve suffise à ouvrir un droit aux soins de santé en Belgique (cf. l'art. 32, al. 1^{er}, 16^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994), sur la base du Règlement (CE) n° 883/2004, c'est la résidence dans un État qui permet de déterminer le lieu d'assujettissement à la sécurité sociale, et donc du droit aux soins de santé, pour les personnes non-actives qui ne perçoivent aucune pension ou rente. Par conséquent, si une personne bénéficie de la qualité de veuf/veuve en Belgique, tout en résidant dans un autre État de l'U.E., de l'E.E.E. ou en Suisse (et par extension, au Royaume-Uni⁴), en tant que personne non-active qui ne perçoit aucune pension ou rente, elle devra être à charge de son État de résidence pour les soins de santé. La situation sera toutefois différente si la personne perçoit une pension de survie de la Belgique, qui est considérée comme une "pension" au regard du Règlement (CE) n° 883/2004.

2.2. Conventions bilatérales sur la sécurité sociale

En ce qui concerne les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Belgique en matière de soins de santé, il y a lieu de vérifier ce qu'il est spécifiquement mentionné dans chacun de ces instruments internationaux. Il s'avère que les conventions bilatérales ne prévoient généralement pas de dispositions relatives à la détermination de l'État compétent lorsqu'une personne est non-active. Cela signifie qu'une personne qui a uniquement la qualité de veuf/veuve en Belgique (au sens de l'art. 32, 1^{er}, 16^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994), et qui réside dans un État tiers avec lequel la Belgique a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale couvrant les soins de santé, pourra à la fois être assujettie à la sécurité sociale belge (et ainsi bénéficier de l'assurance maladie obligatoire belge) et également être assujettie à la sécurité sociale de son État de résidence, si la législation de cet État le prévoit (double assujettissement). Cependant, l'intéressé ne peut bénéficier d'un droit aux soins de santé dans son État de résidence, à charge de la Belgique, que si cette hypothèse est prévue par la convention bilatérale concernée. Or, les conventions bilatérales couvrant les soins de santé n'envisagent généralement pas la situation des personnes non-actives qui résident dans l'autre État, à moins qu'elles perçoivent une pension, une rente ou des indemnités. D'autre part, la législation belge relative à l'assurance maladie obligatoire n'envisage pas non plus une prise en charge des soins de santé des assurés belges dans leur État de résidence lorsque ceux-ci résident dans un État tiers (hors UE/EEE/CH/UK).

4. Cf. le Protocole en matière de coordination de la sécurité sociale conclu dans le cadre de l'Accord de commerce et de coopération entre l'U.E. et le Royaume-Uni, spéc. l'art. SSC.10, § 3, c) (*lex generalis*) et les art. SSC.21 et sv. (*lex specialis*).

 *Exemple* : Mr. X a la qualité de veuf en Belgique (au sens de l'art. 32, al. 1^{er}, 16°, de la loi coordonnée du 14.07.1994), sans percevoir aucune pension, rente ou indemnités, et réside en Turquie. Il existe une convention bilatérale de sécurité sociale couvrant les soins de santé entre la Belgique et la Turquie, qui ne prévoit pas de règle sur la détermination de la législation de sécurité sociale applicable pour les personnes non-actives. Mr. X peut donc être à la fois assujéti à la sécurité sociale belge et à la sécurité sociale turque (si la législation turque le prévoit). Cependant, en ce qui concerne les soins de santé dispensés en Turquie (État de résidence), une prise en charge par la Belgique ne sera pas possible, aussi bien sur la base de la convention bilatérale (situation des personnes non-actives sans pension, rente ou indemnités non envisagée), que sur la base de la législation belge (résidence dans un État tiers non couverte). Ainsi, pour les soins de santé dispensés en Turquie, Mr. X n'aura pas d'autre possibilité que de s'adresser aux institutions turques, pour voir s'il peut bénéficier de l'assurance maladie turque, ou bien de souscrire à une assurance privée.

3. Le versement d'une pension de survie

Dans la législation belge, le versement d'une pension de survie n'ouvre pas de droit à l'assurance maladie obligatoire belge. Pour pouvoir bénéficier d'un droit à l'assurance maladie obligatoire belge, le bénéficiaire d'une pension de survie belge doit pouvoir mobiliser une des qualités prévues à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, par exemple, la qualité d'invalidé, même sans versement d'indemnités (2°), la qualité de personne handicapée (13°), la qualité de résident (15°) ou la qualité de veuf/veuve (16°).

3.1. Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009

Du côté de la réglementation européenne, aucune distinction n'est établie entre une pension de retraite et une pension de survie (cf. l'art. 1^{er}, w), du Règlement (CE) n° 883/2004). La circulaire O.A. n° 2013/243 du 12 juillet 2013 (intégrant les conclusions de la note RIR 2013/24 du 12.03.2013), indique que "*lorsqu'une personne se trouve en situation de concours entre une pension de retraite et une pension de survie payées par deux ou plusieurs États membres, la détermination de la législation applicable en matière de soins de santé doit être faite en application des articles 23 à 27 du Règlement (CE) n° 883/2004*" (cf. Titre III, Chapitre II, pt 8, p. 24). Cela signifie que l'État compétent pour prendre en charge les soins de santé d'une personne qui perçoit une pension de survie ne sera pas déterminé sur la base du principe général contenu à l'article 11, § 3, e), du Règlement (CE) n° 883/2004 (*lex generalis* = compétence de l'État de résidence), mais sur la base des règles spécifiques prévues aux articles 23 et suivants du Règlement (CE) n° 883/2004 (*lex specialis* = compétence de l'État qui verse la pension, s'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État).

3.1.1. SITUATION VISÉE PAR L'ARTICLE 23 DU RÈGLEMENT (CE) N° 883/2004

L'article 23 du Règlement (CE) n° 883/2004 envisage la situation d'une personne qui perçoit des pensions de deux ou plusieurs États membres, dont l'un est l'État de résidence. Cette disposition prévoit la compétence de l'État de résidence pour la prise en charge des soins de santé – même si cet État verse une pension d'un montant minime ou se rapportant à une carrière peu importante – pour autant qu'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État.

Ainsi, si une personne réside en Belgique et perçoit une pension de survie en Belgique et une pension (de survie, de retraite ou d'invalidité) dans un autre État membre, l'article 23 prévoit la compétence de la Belgique pour la prise en charge des soins de santé, pour autant qu'il existe un droit aux soins de santé en Belgique. Étant donné qu'une pension de survie versée en Belgique n'ouvre pas de droit à l'assurance maladie obligatoire belge, la Belgique ne pourra être compétente pour les soins de santé que si le bénéficiaire peut prétendre à une des qualités visées à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (par ex., veuf/veuve, invalide, personne handicapée, etc.). Une personne inscrite au Registre national des personnes physiques peut être bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire belge, moyennant le versement de cotisations personnelles (cf. l'art. 32, al. 1^{er}, 15^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994). Cependant, cette qualité est exclue pour "les personnes qui sont ou peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé" (par ex., sur la base d'une pension versée dans un autre État).



Exemple : Mr. X réside en Belgique et perçoit une pension de survie en Belgique et une pension de retraite en France. En cas de versement de pensions par deux États membres, dont l'un est l'État de résidence, l'article 23 du Règlement (CE) n° 883/2004 prévoit la compétence de l'État de résidence. Puisque cette disposition ne fait pas de distinction entre une pension de survie et une pension de retraite, il y a lieu de tenir compte de la pension de survie versée en Belgique. Cependant, puisque cette pension de survie n'ouvre pas de droit aux soins de santé en Belgique, la Belgique ne pourra être compétente pour les soins de santé que si le bénéficiaire peut prétendre à une qualité prévue par la législation belge (par ex., la qualité de veuf). Puisqu'une pension de retraite est également versée en France, la qualité de résident prévue à l'article 32, alinéa 1^{er}, 15^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ne peut pas être mobilisée dans cette situation. La Belgique ne sera donc compétente pour les soins de santé que si une autre qualité prévue par la législation belge est mobilisable⁵.

3.1.2. SITUATION VISÉE PAR L'ARTICLE 24 DU RÈGLEMENT (CE) N° 883/2004

L'article 24 du Règlement (CE) n° 883/2004 envisage la situation d'une personne qui perçoit une ou plusieurs pensions, d'un ou plusieurs État(s) membre(s), et qui réside dans un État membre qui ne lui verse aucune pension.

D'une part, **l'article 24, § 2, a)**, vise plus spécifiquement l'hypothèse où la personne perçoit une pension d'un seul État membre et réside dans un autre État membre. Dans ce cas, l'État membre qui verse la pension sera compétent pour la prise en charge des soins de santé, pour autant qu'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État. Si tel est le cas, l'État membre qui verse la pension devra délivrer un document S1/SED S072 afin d'ouvrir un droit aux soins de santé dans l'État de résidence, à charge de l'État qui verse la pension. Si tel n'est pas le cas, l'État de résidence sera alors compétent pour la prise en charge des soins de santé.

5. La circulaire O.A. n° 2013/243 du 12.07.2013, Titre III, Chapitre II, pt 8 (p. 24), précise que si une personne perçoit une pension de survie en Belgique et une pension de retraite en France, et a sa résidence en Belgique, la Belgique est compétente pour les soins de santé. Ce principe est vrai uniquement si la personne concernée dispose d'un droit aux soins de santé en Belgique sur la base d'une des qualités visées à l'art. 32, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 14.07.1994 (comme par ex., la qualité de veuf/veuve visée au pt 16^o).

➤ *Exemple* : Mr. X perçoit une pension de survie en Belgique et réside en France. Si Mr. X bénéficie d'un droit à l'assurance maladie obligatoire belge (par ex., en qualité de veuf), il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de l'État qui verse la pension (Belgique). Par conséquent, cet État est compétent pour prendre en charge les soins de santé et doit délivrer un document S1/SED S072 pour ouvrir un droit aux soins de santé dans l'État de résidence (France), conformément à l'article 24, § 2, a), du Règlement (CE) n° 883/2004. Si Mr. X ne peut prétendre à aucune qualité visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, alors il n'existe pas de droit aux soins de santé en vertu de la législation de l'État qui verse la pension (Belgique) et ce dernier État n'est donc pas compétent pour prendre en charge les soins de santé de la personne concernée. Cette dernière sera à charge de son État de résidence (France).

D'autre part, **l'article 24, § 2, b)**, vise l'hypothèse où la personne perçoit des pensions de deux ou plusieurs États membres et réside dans un autre État membre qui ne lui verse aucune pension. Dans ce cas, les soins de santé seront à charge de l'État membre (versant une pension) dans lequel l'intéressé "a été soumis pendant la période la plus longue", ou à défaut, dans lequel il "a été soumis en dernier lieu", pour autant qu'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État.

Premièrement, comme dit précédemment, pour qu'une pension soit prise en compte dans le cadre de cette disposition, le bénéficiaire doit pouvoir se prévaloir d'un droit à l'assurance maladie dans l'État qui lui verse cette pension (même si ce n'est pas sur la base de la pension, mais par ex., sur la base d'une autre qualité prévue dans la loi, telle que la qualité de veuf/veuve visée à l'art. 32, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Deuxièmement, s'il existe un droit aux soins de santé dans le ou les État(s) qui verse(nt) une pension, les soins de santé seront à charge de l'État membre à la législation duquel l'intéressé a été assujéti le plus longtemps ("carrière la plus longue"), ou s'il a été assujéti aussi longtemps dans chacun de ces États, à charge de l'État membre dans lequel il a été assujéti en dernier lieu. La législation à laquelle le titulaire de pension doit avoir été assujéti dans le cadre de cette disposition est la législation relative aux pensions (de vieillesse) ou aux rentes (cf. C.J.U.E., 10.10.2013, *F. van der Helder & D. Farrington c. College voor zorgverzekeringen*, C-321/12, pt 49).

Ainsi, bien que le Règlement (CE) n° 883/2004 ne distingue pas les pensions de retraite et les pensions de survie, il ne sera pas tenu compte d'une pension de survie pour l'application de l'article 24, § 2, b), du Règlement. En effet, dans le cadre d'une pension de survie, ce n'est pas le titulaire de la pension qui a été assujéti à la législation relative aux pensions (pas de carrière propre), mais le conjoint prédécédé. Or, la jurisprudence européenne fait référence aux périodes d'assurance accomplies par le titulaire (cf. C.J.U.E., 10.10.2013, *F. van der Helder & D. Farrington c. College voor zorgverzekeringen*, C-321/12). Seules les périodes d'assurance accomplies par le titulaire de la pension (de survie) doivent être prises en compte. La carrière du conjoint prédécédé ne doit pas être prise en compte pour appliquer l'article 24, § 2, b), du Règlement (CE) n° 883/2004.

 *Exemple* : Mr. X réside en Espagne et perçoit une pension de survie belge (montant : 1.500 EUR) et une pension de retraite française (montant : 500 EUR). Même si Mr. X peut se prévaloir d'une qualité visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (par ex., la qualité de veuf), il ne sera pas tenu compte de la pension de survie belge pour savoir dans quel État membre il a été assujéti "le plus longtemps" ou "en dernier lieu" – quand bien même la pension de survie est fondée sur une carrière plus importante ou sur la dernière carrière du conjoint prédécédé. Seule la carrière propre du bénéficiaire de la pension de survie est prise en compte dans le cadre de l'article 24, § 2, b), du Règlement (CE) n° 883/2004. Ainsi, dans un tel exemple, il faudra considérer que Mr. X ne perçoit de pension ouvrant un droit aux soins de santé que dans un seul État (France), et que ce dernier est donc seul compétent pour supporter le coût des soins de santé et délivrer un document S1/SED S072 (application de l'art. 24, § 2, a), du Règlement).

Le fait qu'il ne soit pas tenu compte d'une pension de survie dans le cadre de l'article 24, § 2, b), du Règlement (CE) n° 883/2004, signifie également que cette disposition ne permet en principe pas de résoudre un concours entre des pensions de survie versées dans plusieurs États membres, puisque la carrière du conjoint prédécédé ne sera pas prise en compte. Par analogie avec l'article 24, § 2, b), du Règlement, il est préconisé que les O.A. vérifient dans quel État le conjoint prédécédé était assujéti "en dernier lieu" et invitent le titulaire de la pension de survie à s'adresser à cet État pour la délivrance d'un document d'ouverture de droit aux soins de santé dans son État de résidence.

 *Exemple* : si Mr. X réside en Espagne et perçoit une pension de survie belge et une pension de survie (réversion) française, il n'y aura pas de règle de priorité prévoyant la compétence d'un État plutôt qu'un autre sur la base de l'article 24, § 2, b), du Règlement (CE) n° 883/2004. S'il n'existe de droit aux soins de santé que dans un seul des États qui versent une pension de survie (par ex., pas de qualité en vertu de la législation belge, mais bien en vertu de la législation française), il faudra alors appliquer l'article 24, § 2, a), du Règlement (CE) n° 883/2004 et considérer que Mr. X ne perçoit de pension ouvrant un droit aux soins de santé que dans un seul État (France), qui est donc seul compétent pour la prise en charge de ses soins de santé, notamment dans son État de résidence (Espagne).

S'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de chacun de ces États (en Belgique, sur la base de la qualité de veuf ou d'une autre qualité visée à l'art. 32, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 14.07.1994 ; en France, sur la base de la pension de survie ou sur la base d'une autre qualité prévue par la législation française), il est préconisé que l'O.A. belge, auquel Mr. X s'adresse, vérifie si le conjoint prédécédé n'a pas été assujéti "en dernier lieu" en France, avant de délivrer un document S1/SED S072. Si tel est le cas (assujéttissement "en dernier lieu" en France), il est préconisé que l'O.A. belge invite Mr. X à s'adresser à la France pour obtenir un document S1/SED S072.

3.2. Conventions bilatérales sur la sécurité sociale

Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Belgique en matière de soins de santé ne font pas non plus de distinction entre les pensions de vieillesse et de survie, puisqu'elles mentionnent parfois explicitement le droit aux soins de santé dans l'État de résidence à charge de l'État qui verse une pension de survie (voy. par ex., l'art. 17 de la Convention du 11.04.2004 conclue entre la Belgique et la Turquie). Cependant, pour que l'État qui verse une pension (de vieillesse ou de survie) soit compétent pour prendre en charge les soins de santé, il faut qu'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État. En Belgique, cela implique que l'intéressé puisse se prévaloir d'une des qualités prévues à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, telles que veuf/veuve. En l'absence de droit à l'assurance maladie obligatoire belge, sur la base de la législation belge, il ne sera pas possible pour les organismes assureurs belges de délivrer un document d'ouverture de droit aux soins de santé dans l'État de résidence, à charge de la Belgique (formulaire BE-XX.121).

4. Le versement d'une allocation de transition

En ce qui concerne l'allocation de transition versée temporairement (12 ou 24 mois) au conjoint survivant qui ne remplit pas les conditions d'âge pour avoir droit à une pension de survie, elle peut être assimilée à une pension au regard des Règlements européens en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale (cf. l'art. 1^{er}, w), du Règlement (CE) n° 883/2004), de même qu'au regard des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Belgique en matière de soins de santé. Tout comme la pension de survie, cette allocation n'ouvre pas de droit à l'assurance maladie obligatoire belge, en tant que telle. Seule une qualité visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (telle que veuf/veuve) permet de bénéficier d'un droit aux soins de santé en vertu de la législation belge.

Du côté européen, le versement d'une allocation de transition aura toutefois pour conséquence de rendre applicables les règles spécifiques de détermination de l'État compétent en matière de soins de santé, prévues aux articles 23 et suivants du Règlement (CE) n° 883/2004 (*lex specialis* = compétence de l'État qui verse la pension, s'il existe un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État), à la place du principe général prévu à l'article 11, § 3, e), du Règlement (CE) n° 883/2004 (*lex generalis* = compétence de l'État de résidence).

Dans le cadre des conventions bilatérales de sécurité sociale, une allocation de transition sera aussi considérée comme une pension de survie et rendra ainsi applicables les dispositions relatives aux soins de santé pour les personnes qui perçoivent une pension de survie. Ainsi, une personne qui est non-active et ne perçoit qu'une allocation de transition, peut être assimilée à une personne non-active qui perçoit une pension de survie, avec pour conséquence l'application des principes exposés *supra*.

5. Conclusion

La Direction Relations internationales du Service des soins de santé de l'INAMI a analysé, et s'est concertée, avec la Direction juridique et accessibilité du Service des soins de santé de l'INAMI et avec le SPF Sécurité sociale, à propos de la question de la délivrance d'un document d'ouverture de droit (S1/SED S072/BE-XX.121) pour les personnes qui ont la qualité de veuf/veuve et/ou une pension de survie en Belgique, et qui réside dans un autre État (de l'U.E., de l'E.E.E., en Suisse, au Royaume-Uni, ou dans un État avec lequel la Belgique a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale couvrant les soins de santé).

En tenant compte de la primauté des accords internationaux (réglementation européenne et conventions bilatérales) sur la législation nationale belge, mais du fait qu'il faut appliquer ces accords internationaux en tenant compte de notre législation nationale, les principes que l'on peut dégager en la matière sont les suivants :

A. Le Règlement (CE) n° 883/2004 ne distingue pas les pensions de retraite et les pensions de survie (ou allocations de transition), donc si un État membre verse une pension de survie (ou une allocation de transition ou une allocation équivalente) à une personne, il faut appliquer les articles 23 et suivants du Règlement (CE) n° 883/2004 pour déterminer l'État compétent pour les soins de santé

Cela signifie que l'État qui verse une pension de survie (ou allocation de transition ou allocation équivalente) peut être désigné compétent pour les soins de santé en vertu des articles 23 et suivants du Règlement (CE) n° 883/2004, mais uniquement si le titulaire de la pension de survie (ou allocation de transition) bénéficie d'un droit aux soins de santé en vertu de la législation de cet État (même si ce n'est pas sur la base de la pension de survie ou de l'allocation de transition ou de l'allocation équivalente).

Néanmoins, la qualité de veuf/veuve qui ouvre un droit aux soins de santé en Belgique (*cf.* l'art. 32, al. 1^{er}, 16^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994) n'est pas suffisante pour rendre la Belgique compétente pour les soins de santé au regard des Règlements européens. En effet, si une personne a uniquement la qualité de veuf/veuve en Belgique, sans percevoir aucune pension, il s'agira d'une personne non-active qui doit être assujettie à son État de résidence en vertu de l'article 11, § 3, e), du Règlement (CE) n° 883/2004 (car en l'absence de pension, les art. 23 et sv. du Règlement (CE) n° 883/2004 ne sont pas applicables).

B. Il y a lieu de tenir compte d'une pension de survie dans le cadre des articles 23 et 24, § 2, a), du Règlement (CE) n° 883/2004, mais pas dans le cadre de l'article 24, § 2, b), du Règlement (CE) n° 883/2004

Cela signifie que la Belgique peut être désignée compétente pour supporter le coût des soins de santé d'une personne qui perçoit une pension de survie (ou allocation de transition) en Belgique et qui réside dans un autre État membre (UE/EEE/CH/UK). Dans une telle hypothèse, la Belgique devrait délivrer un document S1/SED S072 pour ouvrir le droit aux soins de santé dans l'État de résidence, pour autant que le bénéficiaire de la pension de survie (ou allocation de transition) a une qualité lui ouvrant un droit à l'assurance maladie obligatoire belge (veuf/veuve ou une autre qualité visée à l'art. 32, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 14.07.1994), et pour autant qu'un droit existant dans un autre État membre, qui verse une pension, n'ait pas primauté en vertu de la réglementation européenne (par ex., une pension de retraite versée dans un autre État membre).

C. Dans le cadre des règlements européens ou des conventions bilatérales de sécurité sociale couvrant les soins de santé, la qualité de veuf/veuve ne permet pas, à elle seule, d'obtenir un document d'ouverture de droit aux soins de santé dans l'État de résidence, mais le versement d'une pension de survie le permet, si l'intéressé dispose d'une qualité en droit belge (veuf/veuve ou autre qualité)

Cela signifie qu'en cas de résidence dans un autre État, l'organisme assureur belge ne pourra délivrer un document d'ouverture de droit aux soins de santé (document S1/SED S072 ou formulaire BE-XX.121) que si l'intéressé, d'une part, bénéficie de l'assurance maladie obligatoire belge dans une des qualités visées à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et d'autre part, s'il se trouve dans l'une des situations visées par la réglementation européenne ou la convention bilatérale concernée (notamment, le versement d'une pension, d'une rente ou d'indemnités par la Belgique).

6. Dispositions finales

La présente circulaire annule et remplace le point 8 du Titre III, Chapitre II, de la circulaire O.A. n° 2013/243 – 83/431 du 15 juillet 2013.

Cette circulaire complète les différentes circulaires O.A. concernant les conventions bilatérales de sécurité sociale applicables aux soins de santé et prévoyant la situation d'une personne bénéficiaire d'une pension de survie belge qui transfère sa résidence dans l'autre pays contractant.



Circulaire O.A. n° 2023/272 – 80/129 et 83/520 du 31 octobre 2023.

II. La disposition *Ostbelgien*

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2026.

1. Introduction

Cette circulaire a pour objectif de fournir des informations sur les modalités de mise en œuvre de la disposition *Ostbelgien* (*Ostbelgien-Regelung*).

Le Comité de l'assurance a approuvé cette disposition à la date du 19 juin 2017, ainsi que quelques modifications à la date du 18 juin 2018. La version consolidée de la disposition *Ostbelgien* se trouve en Annexe 1¹

La disposition *Ostbelgien* (ci-après : OBR) vise un équilibre entre

- l'assouplissement du droit aux soins de santé transfrontaliers (spécialisés) dans une zone géographique en Allemagne bien définie pour les assurés résidant dans les Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt sur la base du droit de l'Union européenne et de la réglementation belge, et
- l'utilisation optimale de l'offre médicale dans la Communauté germanophone, notamment dans les deux hôpitaux généraux y établis.

À partir du 1^{er} juillet 2017, les documents E.112 IZOM EMR+ et la carte IZOM ne peuvent plus être utilisés pour recevoir des soins de santé en Allemagne à charge de l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette mise à jour de la circulaire vise à modifier les lignes directrices suite à la décision du Comité de l'assurance du 11 décembre 2023 relative à la prolongation de l'application de la OBR du 1^{er} janvier 2024 jusqu'au 31 décembre 2026.

2. La disposition *Ostbelgien* - généralités

2.1. Champ d'application personnel

La OBR s'adresse à toutes les personnes pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie obligatoire qui résident dans les Cantons de l'Est, ou les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

2.2. Champ d'application géographique

La OBR permet aux personnes qui y sont visées de recevoir, sous certaines conditions, des soins de santé spécialisés dispensés par des prestataires de soins (médecins spécialistes et établissements de soins) actifs dans la région d'Aix-la-Chapelle, et les arrondissements de Bitburg, Daun et Prüm (= ci-après : "la zone frontière allemande").

1. Non publiée ici.

2.3. Champ d'application matériel

La OBR concerne l'accès et le remboursement des soins de santé spécialisés, dans la zone frontière allemande, à condition que ces soins soient couverts par l'assurance obligatoire soins de santé belge.

La OBR ne s'applique pas au régime particulier concernant l'accès aux prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne pour les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui ont leur résidence dans les Cantons de l'Est, ou les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt (voir la circ. O.A. n° 2019/369 du 23.12.2019 ou la circ. O.A. qui la remplace).

3. La disposition *Ostbelgien* – particularités

3.1. Soins de santé spécialisés ambulatoires - généralités

Le principe général est qu'une autorisation (document S2) n'est pas émise à l'attention de l'assuré pour un traitement ambulatoire par un médecin-spécialiste actif dans la zone frontière allemande. L'assuré doit avancer les frais et peut ensuite demander le remboursement à son organisme assureur belge.

Un régime de remboursement spécial est prévu. Lors de la réception des documents relatifs aux prestations de santé ambulatoires (p.ex. une consultation) dispensées par un médecin spécialiste de la zone frontière allemande, les organismes assureurs peuvent, en vue d'une intervention dans les coûts, agir comme suit :

(1) Si le montant facturé des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200,- EUR, le remboursement peut être accordé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % :

(i) les prestations de santé qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement

- par l'assurance obligatoire soins de santé (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, ...), ou qui
- n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen (voir prestations mentionnées sous le pt 4).

doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et

(ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p.ex. pour le taxi, un restaurant, etc. par ex.).

 **Attention** : dans le cas où le médecin spécialiste dans la zone frontière allemande établit une facture récapitulative par laquelle il regroupe par exemple 5 consultations en une seule facture dont le montant total dépasse de ce fait la contre-valeur de 200,- EUR, les organismes assureurs peuvent considérer chaque consultation séparément et les rembourser chacune à raison du pourcentage de remboursement moyen.

- (2) Si le montant facturé des frais consentis dépasse la contre-valeur de 200,- EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit octroyer une intervention dans les frais engagés aux tarifs et selon les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (art. 294, § 1^{er}, 13^o, de l'A.R. du 03.07.1996) ;
 - (ii) soit envoyer une demande de tarification à l'institution compétente en Allemagne en vue du remboursement des frais au tarif de remboursement de l'assurance maladie obligatoire allemande (**attention** : cette option n'est possible que dans les situations où une autorisation-document S2 – a été délivrée).

 **Attention** : l'assuré doit être informé qu'il a le droit de refuser le remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen et peut demander le remboursement sur la base des tarifs et des modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de l'article 294, §1^{er}, 13^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

 *Exemple 1*

Des soins de santé spécialisés ambulatoires dispensés à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt

=> remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1, à savoir

- si les coûts sont inférieurs à 200,- EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
- si les coûts sont supérieurs à 200,- EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.

 *Exemple 2*

Des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste, par ex. par un médecin généraliste actif sur le territoire belge

=> remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1, à savoir

- si les coûts sont inférieurs à 200,- EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
- si les coûts sont supérieurs à 200,- EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.

3.2. Soins de santé spécialisés ambulatoires – exceptions

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la OBR, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés ambulatoires**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontière allemande**, les organismes assureurs peuvent par dérogation au régime général pour les soins de santé spécialisés ambulatoires - voir point 3.1. – délivrer une autorisation (document S2 OBR, voir pt 3.4) aux conditions suivantes :

- (i) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro)psychiatrie ;
- (ii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;

- (iii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (iv) ;
- (iv) prestations de santé dispensées à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans inclus par un médecin allemand spécialiste en pédiatrie sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2 OBR) pour l'imagerie médicale – en particulier l'utilisation d'un CT-scanner, IRM, RMN ou PET-scanner pour des affections qui sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé – si celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une consultation d'un médecin spécialiste allemand (**attention** : dans ce cas, un document S2 OBR peut être délivré *a posteriori* pour la régularisation de l'imagerie médicale).

 **Attention** : un contrôle (médical) interne doit toujours être effectué aux fins de vérifier si les prestations de santé spécialisées ambulatoires pour lesquelles un document S2 OBR est délivré sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé fédérale ou si les conditions de remboursement sont remplies.

3.3. Soins de santé spécialisés en milieu hospitalier

Dans le cadre de la OBR, il y a lieu d'entendre par "soins de santé en milieu hospitalier", les soins de santé :

- qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum
- dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la OBR, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontalière allemande**, les organismes assureurs peuvent délivrer une autorisation (document S2 OBR) en cas d'hospitalisation/hospitalisation de jour consécutive

- (i) à un renvoi – que ce soit ou non par un service des urgences – provenant d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de **continuité des soins** les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2 OBR) consécutive

- (ii) à une consultation pour laquelle un document S2 OBR a été délivré à l'assuré (voir pt 3.2) ;
- (iii) à une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontalière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

L'autorisation peut être accordée à la condition que les soins de santé soient remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et que les conditions de remboursement soient remplies. Les conditions selon lesquelles

- les soins de santé peuvent être dispensés en Belgique dans un délai médicalement acceptable, ou

- dans un établissement hospitalier similaire situé en Belgique dans un rayon de 25 kilomètres maximum de la résidence principale de l'assuré,

ne sont pas d'application en l'espèce.

3.4. La délivrance d'une autorisation (document S2 OBR)

L'autorisation (document S2) qui est délivrée en application de la OBR porte la mention spéciale "OBR", c'est-à-dire document "S2 OBR". Le document S2 OBR doit mentionner les éléments suivants :

- les données personnelles de l'assuré
- une description du traitement mentionnant la spécialité. En cas de soins de santé spécialisés ambulatoires, il doit expressément être mentionné que le document S2 ne peut pas être utilisé, par exemple, pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux, même s'ils sont prescrits par un médecin spécialiste travaillant dans la zone frontière allemande
- le nom de l'hôpital et/ou le nom du médecin spécialiste
- en cas de soins de santé spécialisés ambulatoires (voir pt. 3.2) la durée de validité est limitée à six (6) mois
- en cas de soins de santé dans un hôpital (voir pt. 3.3) la durée réelle prévue du traitement, indiquant les dates de début et de fin.

Une prolongation du document S2 OBR exige un rapport médical dans lequel la demande de prolongation est bien motivée.

Les organismes assureurs trouveront en Annexe 2² une check-list qu'ils doivent utiliser comme outil pour apprécier si un assuré remplit ou non les conditions pour émettre le document S2 OBR. Cette check-list, qui peut être utile dans le cadre de l'évaluation de la OBR, doit être conservée dans le dossier de l'assuré.

 **Attention** : Dans les situations mentionnées aux points 3.2 et 3.3 ci-dessus, l'assuré devrait – en principe – être en possession d'une autorisation (document S2 OBR), avant la délivrance des soins, pour qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge selon les tarifs de la *Gesetzliche Krankversicherung* allemande, à l'exception de la situation mentionnée au point 3.2.(iv).

3.5. Transfert au service spécialisé des "urgences" d'UNI-Klinik Aachen

Les organismes assureurs peuvent émettre un document S2 OBR si une personne assurée, qui tombe sous l'application de la OBR, est transférée au service des "urgences" d'UNI-Klinik Aachen par ambulance, suite à un appel au système d'appel unifié, à condition que

- l'UNI-Klinik Aachen soit plus proche que les hôpitaux belges avec le même équipement
- il s'agisse d'un transport médical au sens de la *Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (Gesetz vom 08.07.1964 über die dringende medizinische Hilfe)* et du *Protocole CoAMU-Liège du 18 juin 2007 pour l'application de la circulaire ICM/AMU/012 du 4 septembre 2006 relative aux transports urgents inter-hospitaliers*.

Ceci est conforme à la circulaire du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement du 13 mars 2013 à l'attention de tous les intervenants secouristes-ambulanciers, médecins et infirmier(e)s des SMURS, des services d'urgences et des médecins généralistes de la province de Liège.

Toutefois, un document S2 OBR ne peut être délivré si un assuré, qui tombe sous l'application de la OBR, se rend de sa propre initiative auprès d'un service spécialisé d'*urgences* dans la zone frontière allemande.

4. Soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas

Les réglementations belge et européenne, telles qu'elles s'appliquent aussi aux autres assurés belges, sont d'application pour les soins de santé non concernés par la OBR.

Les soins de santé non concernés par la OBR sont mentionnés sur une liste non exhaustive:

- les prestations de santé dispensées par un prestataire autre qu'un médecin spécialiste
- les examens génétiques visés par l'article 33, § 1^{er}, de la nomenclature qui sont réservés aux laboratoires appartenant à un des centres de génétique humaine agréés  (http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_centre_genetique_humaine.pdf)
- l'achat de médicaments, à l'exception des médicaments administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré
- l'achat de dispositifs médicaux, à l'exception des dispositifs médicaux administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré
- la chirurgie esthétique
- lorsque l'assuré se rend intentionnellement en Allemagne dans la zone frontière allemande pour des prestations d'imagerie médicale
- les prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste ou un établissement hospitalier, en dehors de la zone frontière allemande, même sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire belge ou actif dans la zone frontière allemande
- les autres prestations de santé qui ne relèvent pas explicitement du champ d'application de la OBR.

La OBR ne s'applique également pas aux prestations en matière de soins de santé qui sont transférées de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale aux entités fédérées, et ce à partir du 1^{er} janvier 2019.

Informations relatives au remboursement

Lorsque les organismes assureurs doivent accorder un remboursement des frais de soins de santé auxquels la OBR ne s'applique pas, et cela, sur la base des tarifs et selon les conditions de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale, ils sont tenus d'appliquer les lignes directrices reprises dans le Titre II, Chapitre IV de la circulaire O.A. 2014/440 – ou la circulaire qui la remplace.

Conformément au droit de l'Union européenne, un assuré peut utiliser en Belgique une prescription étrangère pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux. Par conséquent, une demande de remboursement ne peut pas être refusée au seul motif que le prescripteur étranger n'a pas utilisé le formulaire approprié (belge). Si la prescription étrangère (le cas échéant, en combinaison avec un rapport médical) contient suffisamment d'informations claires, qui permettent de déterminer si les conditions de remboursement belges sont remplies, ces informations peuvent être prises en compte pour déterminer le montant de remboursement.

Récemment, des mesures ont été prises en vue d'une utilisation généralisée de la prescription électronique en Belgique. Toutefois, il faut constater qu'actuellement l'utilisation de la prescription électronique, dans un contexte transfrontalier, n'est pas encore une réalité. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière de la prescription électronique, un assuré a toujours la possibilité d'utiliser une prescription sur papier.

Certains médicaments ne sont remboursés qu'avec l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur. Cet accord peut, et parfois doit, être demandé par voie électronique. Cependant, de même que pour la prescription électronique de médicaments, force est de constater que l'utilisation des demandes électroniques, dans une situation transfrontalière, n'est pas encore une réalité à l'heure actuelle. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière des demandes électroniques, une demande peut encore être introduite avec un document papier.

En cas de doutes sur le médicament ou le dispositif médical prescrit, il est toujours possible de contacter le prescripteur étranger.

Si un médicament ou un dispositif médical prescrit n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé ou si les conditions de remboursement ne sont pas remplies, les coûts supportés restent à la charge de l'assuré, sous réserve des dérogations qui peuvent, le cas échéant, s'appliquer.

5. Le Collège *ad hoc* des médecins-conseils des organismes assureurs locaux

Le Collège *ad hoc* des médecins-conseils des organismes assureurs locaux (ci-après : le Collège *ad hoc*) est composé d'un médecin-conseil, ayant une connaissance des enjeux locaux, par organisme assureur (un par union nationale, un pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et un pour la Caisse soins de santé de HR Rail).

Le Collège *ad hoc* a pour mission de conseiller les organismes assureurs, à leur demande, et peut ainsi contribuer à une application uniforme de la OBR.

Les organismes assureurs qui souhaitent soumettre un dossier au Collège *ad hoc*, transmettent ce dossier par voie électronique aux membres effectifs et à leurs députés, y compris une proposition de décision. Les membres du Collège *ad hoc* sont tenus d'envoyer leur avis aux autres membres du Collège *ad hoc* dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande. Seuls les membres actifs, ou leur substitut, peuvent émettre un avis ; l'avis de l'organisme assureur du bénéficiaire n'est pas pris en compte.



Les organismes assureurs transmettent aux autres organismes assureurs et à l'INAMI (rir@riziv-inami.fgov.be) les noms et les coordonnées de leur médecin-conseil, ainsi que de son/sa remplaçant(e) dans ce Collège *ad hoc*, ainsi que tout changement.

6. Problèmes d'application ou d'interprétation de la disposition *Ostbelgien*

 Les difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la OBR sont réglées par les organismes assureurs en concertation avec l'INAMI. Les organismes assureurs transmettent, avant la fin d'un trimestre, les difficultés éventuelles à l'INAMI (rir@riziv-inami.fgov.be) en vue d'une concertation qui doit veiller à une mise en œuvre concertée par tous les organismes assureurs.

7. Dispositions financières

Des informations doivent être mises à disposition sur les obligations financières de l'assurance obligatoire soins de santé découlant de l'application de la OBR. Il est dès lors recommandé d'adapter le "Plan comptable dans la pratique".

Cette adaptation consiste en l'ajout de plusieurs nouveaux codes CT2 en vue de la transparence des dimensions financières de la mobilité des patients, d'une part, et de l'enregistrement des frais d'une façon uniforme par les organismes assureurs, d'autre part :

Situation	CT2
les frais induits par le remboursement sur la base du pourcentage de remboursement moyen de 75 %	838
les frais relatifs au remboursement de soins de santé dans un autre État membre – pour lesquels une autorisation préalable (formulaire S2) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126)	836
les frais relatifs au remboursement aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé	853

Un organisme assureur qui est obligé de faire appel à l'octroi d'un remboursement aux tarifs et selon les conditions de l'assurance obligatoire soins de santé, en raison de l'absence de réponse à une demande de tarification, reprend ces dépenses sous le CT2 853.

Les remboursements relatifs aux frais de soins de santé non visés par la OBR, doivent être repris conformément aux instructions comptables en vigueur.

Les créances allemandes seront reprises à l'annexe T3.

De plus, les organismes assureurs doivent rassembler toutes les données nécessaires sur les obligations financières liées à la délivrance d'une autorisation (document S2) sur la base des éléments suivants, à savoir la personne assurée, le lieu de résidence de l'assuré, le document S2 et sa durée de validité et le lieu de traitement en Allemagne.

Les organismes assureurs doivent mentionner les interventions dans les coûts des soins de santé délivrés jusqu'au 30 juin 2017 et qui découlent de l'application de l'Accord de coopération IZOM sous les codes respectifs CT2.

8. Évaluation de la disposition *Ostbelgien*

Les organismes assureurs rassemblent toutes les données et les enregistrent systématiquement en vue d'une évaluation coordonnée. L'analyse concerne :

(1) les données statistiques relatives

- (i) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application du pourcentage de remboursement moyen de 75 % (= CT 838), et à la nature des soins de santé ;
- (ii) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application de l'article 294, § 1^{er}, 13^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (= CT2 853), et à la nature des soins de santé ;
- (iii) au nombre de demandes et aux frais relatifs au remboursement des soins de santé délivrés dans la zone frontalière allemande – pour lesquels une autorisation préalable (document S2 OBR) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126) (= CT2 836) ;
- (iv) au nombre de créances E.125/S080, au nombre de patients concernés, ainsi qu'au montant total des remboursements suite à l'utilisation d'un document S2 OBR scindé dans les cinq rubriques repris sur les formulaires E.125/S080, c'est-à-dire
 - a) soins médicaux ;
 - b) soins dentaires ;
 - c) médicaments ;
 - d) hospitalisation ;
 - e) autres prestations.

(2) la délivrance d'un document S2 OBR

- (i) le nombre de documents S2 OBR émis, ainsi que le nombre de patients concernés ;
- (ii) le nombre de documents S2 OBR émis pour des soins de santé spécialisés ambulatoires ainsi que pour des soins de santé spécialisés en milieu hospitaliers ;
- (iii) si cela concerne une première demande d'un document S2 OBR ou une demande de prolongation ;
- (iv) la nature des soins de santé spécialisés (p.ex. la spécialité) / le service dans l'hôpital, ainsi que l'hôpital où les soins de santé sont dispensés ;
- (v) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés ambulatoires :
 - (a) pour des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro) psychiatrie ;
 - (b) pour prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ; dispos
 - (c) sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (d) ;
 - (d) sur renvoi sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
 - (e) pour l'imagerie médicale .

(vi) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés en milieu hospitalier :

- (a) sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
- (b) à la suite d'une consultation pour laquelle un document S2 a été délivré à l'assuré ;
- (c) à la suite d'une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

 Les organismes assureurs transmettent annuellement et au plus tard le 30 juin, un rapport d'évaluation approfondie sur l'exécution de la OBR dans l'année civile précédente (soit x l'année concernée, le rapport d'évaluation doit être transmis le 30.06 de l'année x+1). Les données statistiques sont transmises au moyen du fichier template *.xlsx en Annexe 3³. Ils transmettent le rapport d'évaluation ainsi que les données statistiques à l'INAMI (rir@riziv-inami.fgov.be).

Les organismes assureurs sont invitées à collecter toutes autres données utiles et supplémentaires et de les inclure dans cette évaluation approfondie.

Les informations récoltées doivent contribuer à

- une meilleure connaissance de l'ampleur de la mobilité des patients dans cette région frontalière et la nature des soins de santé spécialisés pour lesquels on se dirige vers la zone frontière allemande
- cartographier l'offre médicale, tant ambulatoire que dans les hôpitaux dans l'Est de la Belgique
- cartographier les besoins médicaux dans l'Est de la Belgique.

9. Durée de la disposition *Ostbelgien*

La OBR est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017 jusqu'au 30 juin 2018, et a été prolongée une première fois du 1^{er} juillet 2018 jusqu'au 31 décembre 2019. Une deuxième prolongation a été approuvée pour la période du 1^{er} janvier 2020 jusqu'au 31 décembre 2020. Une troisième prolongation a été approuvée pour la période du 1^{er} janvier 2021 jusqu'au 31 décembre 2023.

La OBR est de nouveau prolongée du 1^{er} janvier 2024 jusqu'au 31 décembre 2026.

Remplace la circulaire 2020 /334 du 24 décembre 2020.

 Circulaire O.A. n° 2023/413 – 80/131, 825/11 et 83/524 du 21 décembre 2023.

III. L'indemnisation du congé de naissance dans le régime des travailleurs salariés

La **loi du 10 août 2001** relative à la conciliation entre l'emploi et la qualité de vie (publiée au M.B. le 15.09.2001) a instauré un congé de paternité pour les travailleurs liés par un contrat de travail (art. 30, § 2, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail). Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2002.

La **loi du 13 avril 2011** modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité (publiée au M.B. le 10.05.2011) a élargi, sous certaines conditions, à compter du 20 mai 2011, le droit au "congé de paternité" à un droit pour le coparent ("congé de naissance").

La **loi-programme du 20 décembre 2020** (publiée au M.B. le 30.12.2020) a porté le droit au congé de paternité ou de naissance de dix jours à :

- quinze jours pour les naissances qui ont lieu à partir du 1^{er} janvier 2021
- vingt jours pour les naissances qui ont lieu à partir du 1^{er} janvier 2023.

L'**arrêté royal du 10 janvier 2021** modifiant l'article 223*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (publié au M.B. le 18.01.2021) apporte, dans ce cadre, les adaptations nécessaires à l'article 223*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 susvisé.

Le **règlement du 20 janvier 2021** modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (publié au M.B. le 24.02.2021) adapte le règlement des indemnités du 16 avril 1997 à la suite des modifications précitées.

La **loi du 7 octobre 2022** (publiée au M.B. le 31.10.2022) remplace les notions de congé de paternité et de congé de naissance par la seule notion de congé de naissance et a apporté quelques adaptations supplémentaires au texte de l'article 30 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail concernant l'information à apporter par le travailleur à son employeur et le (non-) renouvellement d'un contrat de travail pour l'exécution d'un travail temporaire ou d'un contrat de travail à durée déterminée.

L'**arrêté royal du 23 septembre 2022** 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 (publié dans le M.B. le 30.09.2022) prévoit notamment, dans le cadre de la transposition de la Directive européenne (EU) 2019/1158 (*directive équilibre vie professionnelle-vie privée*), que les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent leur stage d'attente s'ils justifient, au cours d'une période de six mois, 133 heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité de justifier, en raison de leur régime de travail, 400 heures de travail durant ces six mois.

La présente circulaire explique le congé de naissance pour les travailleurs salariés et précise les mesures d'exécution dans le cadre du secteur des indemnités.

L'explication concerne en premier lieu le droit au congé de naissance visé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, donc le droit au congé de naissance pour les travailleurs liés par un contrat de travail. Toutefois, elle concerne également les titulaires non liés par un contrat de travail dans l'assurance indemnités et maternité qui travaillent dans des circonstances similaires et peuvent bénéficier, sur la base de la réglementation du travail qui leur est applicable, de ce type de congé *aux mêmes conditions* que les assurés liés par un contrat de travail au sens de la loi du 3 juillet 1978 susvisée.

I. Congé de naissance - Droit du travail

I.1. Durée de la période du congé de naissance

La durée du congé de naissance s'élève à **vingt jours** au maximum pour les naissances qui ont lieu depuis le 1^{er} janvier 2023.

L'intéressé ne peut prendre des jours de congé de naissance que durant les jours pendant lesquels il aurait travaillé normalement suivant son régime de travail (*cf. infra*, I.2).

Un travailleur à temps partiel (notion uniforme) peut également prétendre à vingt jours de congé de naissance. Le nombre moyen d'heures de travail par semaine du travailleur (facteur Q - notion uniforme) n'a, en d'autres mots, pas d'impact à cet égard.

Le nombre moyen de jours de travail par semaine (régime de travail – notion uniforme) a par contre un impact à cet égard.

Le Roi peut en outre fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des modalités particulières en ce qui concerne le droit au congé de naissance à l'égard de certains travailleurs salariés qui ne sont pas engagés dans un régime de travail étalé sur cinq jours par semaine (*cf.* art. 30, § 3, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail)¹. Cette disposition n'a toutefois pas encore été mise en œuvre.

En cas de changement d'employeur pendant la période de 4 mois à compter du jour de l'accouchement, (le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a communiqué que) le travailleur ne pourra pas revendiquer auprès de son nouvel employeur les jours de congés de naissance qu'il a déjà épuisé chez son ancien employeur mais pourra toutefois encore épuiser le solde des jours de congé de naissance auxquels il a droit chez son nouvel employeur (20 jours à répartir sur les occupations exercées **successivement** chez A puis chez B). L'octroi du droit au congé de naissance étant associé à un événement unique, à savoir la naissance d'un enfant, ce droit au congé devrait, de manière générale, n'être accordé qu'une seule fois .

*En cas d'occupations (à temps partiel) **simultanées** chez deux employeurs différents*, (le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a communiqué que) le travailleur pourra par contre invoquer la formulation générale de l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, pour revendiquer, à l'égard de chaque employeur, un droit à vingt jours de congé de naissance (20 jours pris dans le cadre de l'occupation exercée à temps partiel chez A et 20 jours pris dans le cadre de l'occupation à temps partiel chez B).

I.2. Délai dans lequel le congé de naissance doit être pris

Le congé de naissance doit être pris **dans les quatre mois à compter du jour de l'accouchement**. Le jour de l'accouchement est compris dans la période de quatre mois. Le travailleur qui souhaite faire usage du droit au congé de naissance doit en informer son employeur au préalable². Les vingt jours peuvent être pris en une seule fois ou être répartis.

1. La loi-programme du 02.08.2002 a modifié à cet égard les dispositions de l'art. 30, § 3, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail.

2. C'est désormais explicitement prévu à l'art. 30, § 3/1, de la loi du 03.07.1978 relatives aux contrats de travail.

Les jours de congé de naissance ne peuvent être pris que durant les jours pendant lesquels le travailleur aurait normalement travaillé conformément à son régime de travail.

Lorsque l'exécution du contrat de travail a déjà été suspendue pour une raison autre que le congé de naissance, la personne concernée ne peut prétendre à un congé de naissance pendant cette période de suspension.



Exemple :

Un employé à temps plein (qui travaille du lundi au vendredi) est reconnu en incapacité de travail du 1^{er} janvier 2023 au 31 août 2023 inclus. Son épouse accouche le 15 mars 2023. Étant donné que la période de quatre mois à compter de la date de l'accouchement s'inscrit entièrement dans une période pendant laquelle l'exécution du contrat de travail était déjà suspendue (pour cause d'incapacité de travail), la personne concernée ne peut pas prendre de congé de naissance et ne peut par conséquent prétendre à des indemnités de congé de naissance.

I.3. Bénéficiaires du congé de naissance

Il existe un **système de classement** pour prendre les vingt jours de congé suite à la naissance d'un enfant.

En principe, *un seul* travailleur peut prendre le congé de naissance pour un même enfant dans l'ordre de priorité suivant :

1. *le travailleur du côté duquel la filiation est établie*

Si la filiation du côté du père ou de la coparente ("co-mère") est établie, seul ce(tte) travailleur(se) peut prétendre à un congé de naissance.

Peu importe que le père ou la coparente prenne ou non les vingt jours de congé de naissance.

L'existence ou l'inexistence d'un lien de filiation du côté du père ou de la coparente ("co-mère") doit être évaluée au moment où le coparent souhaite prendre le congé de naissance (c.-à-d. au moment où la demande est introduite). Si, à ce moment, toutes les conditions d'octroi dans le chef du coparent sont remplies, il peut prétendre au congé de naissance, même si le père biologique devait reconnaître ultérieurement l'enfant, sauf en cas de mauvaise foi de la mère ou du coparent (par ex., lorsqu'il peut être démontré que la mère ou le coparent savait que le lien de filiation du côté du père serait encore établi par la reconnaissance).

En l'absence de lien de filiation du côté du père ou de la coparente, le droit au congé de naissance revient ensuite :

2. *au travailleur qui cohabite légalement avec la mère (chez laquelle l'enfant a sa résidence principale) et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le roi ;*

3. *au travailleur qui, pendant une période ininterrompue de trois ans précédant la naissance, cohabite de manière permanente et affective avec la mère (chez laquelle l'enfant a sa résidence principale) et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le roi.*

Il s'agit d'une période de cohabitation de minimum trois ans *précédant la naissance*, à savoir au moins une période de trois ans calculée de date à date et donc pas trois années civiles, par exemple la mère et le coparent d'un enfant né le 15 mars 2021 doivent au moins avoir cohabité de façon permanente depuis le 15 mars 2018.



Remarque : la condition du 2) et du 3) relative à la résidence principale de l'enfant n'est pas applicable lorsque l'enfant est mort-né.

I.4. Indemnité de congé de naissance

Pour les trois premiers jours d'absence, le travailleur reçoit son salaire normal (*cf.* art. 30, § 2, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).

Pour les jours suivants, l'intéressé a droit à une indemnité versée par sa mutualité (*cf.* art. 223*bis* de l'A.R. du 03.07.1996) : au maximum **17 jours** pour les naissances depuis le 1^{er} janvier 2023.

I.5. Congé de naissance pris par un travailleur de week-end

Pour les travailleurs de week-end (régime de travail de deux jours par semaine - 24h/24h) employés en application d'une convention collective de travail conclue sur la base de la convention collective de travail n° 42, au Conseil national du travail le 2 juin 1987 concernant l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises, le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale nous a confirmé qu'ils avaient également droit à 20 jours de congé de naissance (pour les naissances à partir du 01.01.2023). Il n'y a donc plus lieu de leur appliquer un régime d'indemnisation spécifique.

L'indemnisation totale dont ils pourraient bénéficier est toutefois limitée en fonction du montant total maximal des indemnités journalières (17 indemnités) auquel un travailleur occupé à concurrence de 5 jours (en moyenne) de travail par semaine pourrait prétendre (*cf. infra*, II.3).

La loi du 17 mars 1987 relative à l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises³ (art. 4, § 2) prévoit en outre que le travailleur qui s'absente à l'occasion notamment de la naissance d'un enfant dont la filiation est établie à son égard, a droit à une rémunération journalière égale à 1/5^e ou 1/6^e de la rémunération afférente à la durée hebdomadaire moyenne de travail du travailleur, selon que le régime de travail des autres travailleurs de l'entreprise comprend 5 ou 6 jours par semaine.

I.6. Congé de naissance et naissance multiple

Dans le cas d'une naissance multiple, les jours de congé de naissance ne sont accordés qu'une seule fois.

I.7. Congé de naissance si l'enfant naît sans vie

Un titulaire peut seulement prendre un congé de naissance à condition que la mère ait "accouché". Il est question d'accouchement dès que un enfant vient au monde vivant (viable), quelle que soit la durée de la grossesse.

Par contre, si l'enfant est mort-né, le droit au congé de naissance et l'octroi des indemnités est seulement possible, en cas de grossesse d'une durée d'au moins 180 jours.⁴

La condition éventuelle relative à la résidence principale de l'enfant n'est, pour rappel (*cf. supra*, I.3), pas applicable lorsque l'enfant est mort-né.

3. Cette réglementation a pour but de permettre aux entreprises d'introduire, sous certaines conditions, de nouveaux régimes de travail qui doivent permettre l'extension ou l'adaptation du temps d'exploitation de l'entreprise et ce, dans une perspective de promotion de l'emploi (loi du 17.03.1987 relative à l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises, art. 1^{er} et CCT n° 42 conclue en date du 02.06.1987 au sein du Conseil national du travail, art. 6).

4. Suivant l'application par analogie de la règle qui vaut en cas de repos de maternité : l'art. 39, al. 2, de la loi sur le travail du 16.03.1971 ("Lorsque la travailleuse accouche d'un enfant sans vie, l'interruption du travail est accordée à condition que la grossesse ait duré un minimum de 180 jours à dater de la conception") et l'art. 114, al. 4, de la loi coordonnée le 14.07.1994 ("Lorsque la titulaire accouche d'un enfant sans vie, les al. 1^{er} à 3 s'appliquent, pour autant que la grossesse ait duré un minimum de cent-quatre-vingts jours à dater de la conception.").

I.8. Interdiction de cumul avec d'autres risques

I.8.1. REPOS DE MATERNITÉ ET CONGÉ DE NAISSANCE

Le droit au congé de maternité exclut, pour un même parent, le droit au congé de naissance (c'est expressément stipulé).

Une mère qui prend un repos de maternité ne peut jamais prendre, comme "coparent", un congé de naissance pour le même enfant.

I.8.2. CONGÉ DE MATERNITÉ CONVERTI ET CONGÉ DE NAISSANCE

Le travailleur qui, en application de l'article 39, alinéa 6, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, prend le congé de maternité converti, n'a plus droit au congé de naissance.

Toutefois, si l'intéressé avait précédemment pris des jours de congé de naissance, ces jours sont maintenus.

I.8.3. CONGÉS D'ADOPTION ET DE NAISSANCE

Le droit au congé de naissance est déduit du droit au congé d'adoption (c'est expressément stipulé). Le congé d'adoption prime donc sur le congé de naissance.

Cela signifie *concrètement* qu'un coparent qui a opté pour l'adoption de l'enfant du partenaire et, dans ce cadre, exerce le droit au congé d'adoption, ne peut plus exercer par la suite le droit au congé de naissance.

Si l'intéressé a pris totalement ou non les jours de congé de naissance et souhaite ensuite prendre un congé d'adoption, la période de congé d'adoption sera diminuée des jours de congé de naissance qui ont été pris.

Comme le congé d'adoption ne peut être pris que par semaine ou par multiple de semaines (il doit s'agir d'une période ininterrompue) et que le congé de naissance peut être réparti sur un ou plusieurs jours, le congé d'adoption doit être diminué :

- d'une semaine pour un coparent qui a déjà pris entre un et cinq jours de congé de naissance
- de deux semaines pour un coparent qui a déjà pris entre six et dix jours de congé de naissance
- de trois semaines pour un coparent qui a déjà pris entre onze et quinze jours de congé de naissance
- de quatre semaines pour un coparent qui a déjà pris entre seize et vingt jours de congé de naissance.

II. Congé de naissance et secteur des indemnités

II.1. Conditions relatives à la qualité de titulaire et conditions d'assurabilité

II.1.1. NOTION DE TRAVAILLEUR

- a) L'intéressé ne peut prétendre aux indemnités de congé de naissance qu'à condition qu'il soit toujours lié par un contrat de travail (ou qu'il travaille dans des conditions similaires).

Le travailleur qui reçoit une indemnité pour rupture du contrat de travail ne peut cependant pas prétendre aux indemnités.

Il doit par conséquent s'agir d'un titulaire visé à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à l'exception du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée à l'article susmentionné.

Un chômeur contrôlé ne peut donc en principe pas prétendre à des indemnités de congé de naissance.

i **Exception :** le travailleur à temps partiel volontaire et le travailleur à temps partiel avec maintien des droits, tels que visés dans la réglementation chômage (il s'agit également de chômeurs contrôlés), peuvent par contre prendre un congé de naissance vu qu'ils sont liés par un contrat de travail.

b) Un membre du personnel contractuel dans la fonction publique peut également prétendre au congé de naissance. Si ce membre du personnel, à la suite du régime de congé qui lui est applicable, a droit à la rémunération pour plus de trois jours, il a uniquement droit aux indemnités pour le congé de naissance pour le solde du congé (en application de l'art. 103, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

Il ne suffit pas que l'assuré social soit lié par un contrat de travail (ou travaille dans des circonstances similaires). Les conditions d'assurabilité en vigueur doivent également être remplies dans le cadre de l'assurance maternité.

En ce qui concerne en particulier le *stage d'attente*, la personne concernée doit donc accomplir un stage d'attente de **six** mois au cours duquel elle doit apporter la preuve de 120 jours de travail ou assimilés (travailleur à temps plein) ou 400 heures de travail ou assimilées (travailleur à temps partiel) et les conditions relatives au montant du salaire à justifier doivent être remplies.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent toutefois également⁵ leur stage d'attente, s'ils justifient, au cours d'une période de six mois, 133 heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir, en raison de leur régime de travail, 400 heures de travail durant ces six mois.

! **Remarque :** les jours couverts par une indemnité accordée pendant le congé de naissance sont assimilés à des jours de travail dans le cadre du contrôle des conditions d'assurabilité.

II.2. Procédure d'obtention des indemnités de congé de naissance (art. 10 et art. 52sexies, § 1^{er}, du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994)

L'intéressé doit introduire une demande auprès de sa mutualité. Aucune formalité spécifique n'est requise en l'espèce.

Les pièces justificatives suivantes doivent être jointes à cette demande :

Pièce justificative à joindre par le travailleur salarié du côté duquel la filiation est établie :

un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il existe un lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère).

5. Suite à l'implémentation de la Directive européenne (EU) 2019/1158 *équilibre vie professionnelle - vie privée* (cf. *supra*).

Pièces justificatives à joindre par le coparent qui cohabite légalement avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et qu'il n'est pas uni avec la mère par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler les conditions restantes :

- si la mère et le coparent cohabitent effectivement légalement
- si l'enfant a été inscrit à la même adresse que celle de la mère et du coparent.

Pièces justificatives à joindre par le coparent qui cohabite de fait avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et qu'il n'est pas uni avec la mère par un lien de parenté entraînant une prohibition du mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler les conditions restantes :

- si la mère et le coparent cohabitent effectivement pendant une période ininterrompue d'au moins trois ans précédant la naissance de l'enfant (le caractère affectif de cette cohabitation peut uniquement être démontré par voie de déclaration sur l'honneur)
- si l'enfant a été inscrit à la même adresse que celle de la mère et du coparent.

 **Remarque :** si l'enfant naît sans vie, l'intéressé doit fournir à la mutualité un acte d'un enfant sans vie. Un acte d'enfant né sans vie peut aussi être établi, à la demande, en cas de grossesse de moins de 180 jours, plus particulièrement si la grossesse a une durée de 140 à 179 jours (suivant l'art. 58, § 2, du C. civ.). La mutualité doit donc toujours procéder à une vérification de la durée de la grossesse mentionnée sur l'acte d'un enfant né sans vie (mention obligatoire) avant d'accorder les indemnités. En cas de maternité d'une durée de 140 à 179 jours, l'intéressé n'ouvre en effet pas de droit aux indemnités de congé de naissance.

Après réception de la demande, la mutualité transmet à l'intéressé la feuille de renseignements (*volet à compléter par le titulaire*). Il convient de renvoyer cette feuille de renseignements complétée et signée à la mutualité.

L'employeur (ou son mandataire) doit faire le nécessaire en ce qui concerne le *volet à compléter par l'employeur* remplacé par la ZIMA 001 (*cf. infra*, II.4).

II.3. Calcul du montant de l'indemnité de congé de naissance (art. 223bis de l'A.R. du 03.07.1996)

L'indemnité de congé de naissance s'élève à 82 % de la rémunération perdue de l'intéressé. Le plafond salarial maximum est d'application (art. 87, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 52quinquies du règlement des indemnités du 16 avril 1997 stipule que la rémunération perdue est déterminée en application des articles 23 à 28 du même règlement.

Les articles 23 à 28 du règlement précité doivent être combinés aux règles décrites aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne".

En application de l'article 2 de l'arrêté royal précité du 10 juin 2001, est prise en considération comme rémunération journalière moyenne, lorsque le travailleur prend son congé de naissance (de façon étalée), la rémunération journalière moyenne :

- à laquelle le travailleur peut prétendre au moment où le risque, qui donne lieu à l'octroi de l'indemnité, se produit (plus précisément, le premier jour du congé de naissance) si l'intéressé n'a **pas d'occupation stable**
- à laquelle le travailleur a pu prétendre le dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre où le risque, qui donne lieu à l'octroi de l'indemnité, se produit en cas d'**occupation stable** (l'occupation en question est demeurée stable à partir de ce dernier jour du deuxième trimestre précité jusqu'à la date de début du congé de naissance).



Remarques :

- 1) Pour le travailleur intérimaire et le travailleur saisonnier, la rémunération perdue est déterminée conformément à l'article 27 du règlement, *sans que soit appliqué à cette rémunération le coefficient de réduction fixé sur la base de cette disposition.*
- 2) Si le travailleur - en cas de changement d'employeur - prend le solde du congé de naissance dans le cadre de l'emploi chez l'employeur précédent, il n'est pas tenu compte, pour le calcul des indemnités, de la rémunération journalière moyenne issue de l'emploi chez l'autre employeur. Compte tenu des dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne", seule la rémunération journalière moyenne issue du contrat de travail auquel l'intéressé est lié *au début du congé de naissance* est en effet pertinente pour le calcul de l'indemnité du congé de naissance.

Pour déterminer la rémunération journalière moyenne, il n'est cependant pas tenu compte du nombre de jours ouvrables (semaine de six jours) que compte la période de congé de naissance mais bien du nombre moyen de jours au cours desquels l'intéressé aurait normalement travaillé au début du congé (régime de travail).

=> Limitation de l'indemnisation journalière en fonction du plafond salarial journalier

Le plafond salarial journalier étant applicable, le montant de l'indemnité journalière doit, le cas échéant, être limité au montant maximum de l'indemnité journalière.

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 82 % du plafond salarial journalier. Celui-ci est exprimé dans un régime de 6 jours par semaine (176,0204 EUR à partir du 01.01.2024). Il doit, si nécessaire, être converti en fonction du régime de travail de l'intéressé au début du congé de naissance (x 6 jours / nombre moyen de jours de travail du régime de travail de l'intéressé) :

- en fonction d'une semaine de six jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élève à 144,3368 EUR (congé de naissance débutant à partir du 01.01.2024)
- en fonction d'une semaine de 5 jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élève à 173,2042 EUR (congé de naissance débutant à partir du 01.01.2024)
- en fonction d'une semaine de 2 jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élèverait ainsi à 433,0104 EUR (congé de naissance débutant à partir du 01.01.2024)
- ... (cf. *infra*, II.3.1).

=> Limitation de l'indemnisation totale en fonction d'un régime de 5 jours de travail par semaine

Le montant total des indemnités à octroyer pour le congé de naissance ne peut en outre pas être supérieur au montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de naissance auquel un travailleur peut prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine, à savoir le montant maximal total des 17 indemnités (en cas de naissance depuis le 01.01.2023).



Exemples :

Pour les congés de naissance débutant à partir du 1^{er} janvier 2024, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élève, en fonction d'une semaine de 5 jours, à 173,2042 EUR. En cas de naissance en janvier 2024, le montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de naissance ne peut dès lors pas être supérieur à 2.944,40 EUR (17 jours x 173,20 EUR par jour).

Cette limitation peut avoir un impact important pour les travailleurs du week-end, en particulier, pour ceux qui travaillent à temps plein et prennent la totalité des 20 jours de congé de naissance auxquels ils peuvent prétendre (cf. *supra*, I.5). Pour obtenir la rémunération journalière moyenne à prendre en considération afin de calculer le montant de leur indemnité journalière de congé de naissance, il ne faut en effet diviser, que par deux jours de travail (en moyenne) par semaine, leur rémunération (hebdomadaire) à temps plein (voir ex., sous II.3.1.2, avec deux jours de travail par semaine).

II.3.1. SITUATIONS GÉNÉRALES

II.3.1.1. Employé payé forfaitairement mensuellement

- L'intéressé **travaille à temps plein** (5 jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 3.500 EUR :

Rémunération perdue : $\frac{3.500 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 161,5385 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $161,5385 \text{ EUR} \times 82 \% = 132,4616 \text{ EUR} = 132,46 \text{ EUR}$

Montant inférieur à l'indemnité maximum : $144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 173,2042 \text{ EUR} > 132,4616 \text{ EUR}$

- L'intéressé travaille à temps plein (5 jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 5.000 EUR :

Rémunération perdue : $\frac{5.000 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 230,7692 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $230,7692 \text{ EUR} \times 82 \% = 189,2307 \text{ EUR}$ à limiter à **173,2042 EUR**

II.3.1.2. Ouvrier avec régime de travail hebdomadaire

- L'intéressé travaille à temps plein (semaine de cinq jours) et gagne un salaire brut hebdomadaire de 500 EUR :

Rémunération perdue : $500 \text{ EUR} / 5 = 100 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $100 \text{ EUR} \times 82 \% = 82 \text{ EUR}$

Montant inférieur à l'indemnité maximum : $144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 173,2042 \text{ EUR} > 82 \text{ EUR}$

- L'intéressé travaille deux jours par semaine et gagne un salaire brut hebdomadaire de 1.200 EUR :

Rémunération perdue : $1.200 \text{ EUR} / 2 = 600 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $600 \text{ EUR} \times 82 \% = 492 \text{ EUR}$

Mais à limiter à : $144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 2) = 433,0104 \text{ EUR}$

S'il s'agit d'un travailleur du week-end qui ne prend que quelques jours (par ex., 7 jours) de congé de naissance, le montant total des indemnités (par ex., 4 indemnités journalières) ne dépasse pas le montant total maximal de toutes les indemnités journalières auquel un travailleur peut prétendre, pour un congé de naissance, dans un régime de travail de 5 jours par semaine :

433,01 EUR par jour x 4 jours < 17 jours x 173,20 EUR par jour

(pas de limitation à appliquer)

S'il s'agit par contre d'un travailleur du week-end qui prend davantage de jours (par ex., 10 jours) de congé de naissance, le montant total des indemnités (par ex., 7 indemnités journalières) dépasse le montant total maximal de toutes les indemnités journalières auquel un travailleur peut prétendre, pour un congé de naissance, dans un régime de travail de 5 jours par semaine :

433,01 EUR par jour x 7 jours > 17 jours x 173,20 EUR par jour

(limitation à appliquer)

II.3.1.3. Travailleur salarié avec salaire annuel fixe

L'intéressé est un travailleur salarié avec salaire annuel de 28.800 EUR. L'intéressé travaille 4 jours par semaine :

Rémunération perdue : $\frac{28.800 \text{ EUR}}{(52 \times 4)} = 138,4615 \text{ EUR}$

Indemnité : $138,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 113,5384 \text{ EUR} = 113,54 \text{ EUR}$

Indemnité inférieure au montant maximum : $144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 4) = 216,5052 \text{ EUR} > 113,5384 \text{ EUR}$

II.3.1.4. Travailleur avec deux occupations

- Le travailleur travaille chez l'employeur A à temps partiel (5 demi-jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 1.541,30 EUR :

$$\text{Salaire perdu : } \frac{1.541,30 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 71,1369 \text{ EUR}$$

$$\text{Indemnités : } 71,1369 \text{ EUR} \times 82 \% = 58,3323 \text{ EUR}$$

$$\text{Montant plus bas que l'indemnité maximale : } 144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 173,2042 \text{ EUR} > 58,33 \text{ EUR}$$

- L'intéressé travaille chez l'employeur B à temps partiel (19 h./semaine – 5 demi-jours par semaine) et a un salaire horaire de 14,50 EUR :

$$\text{Salaire perdu : } (14,50 \text{ EUR} \times 19) / 5 = 55,1000 \text{ EUR}$$

$$\text{Indemnités : } 55,1000 \text{ EUR} \times 82 \% = 45,182 \text{ EUR}$$

$$\text{Montant plus bas que l'indemnité maximale : } 144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 173,2042 \text{ EUR} > 45,182 \text{ EUR}$$

S'il prend 20 jours de congé de naissance dans le cadre de chaque occupation, l'intéressé a donc droit à 1.759,67 EUR d'indemnités (17 jours x 103,51 EUR par jour). Ce montant total est plus bas que le montant total maximal de toutes les indemnités de congé de naissance auxquelles le travailleur pourrait prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine (17 jours x 173,20 EUR par jour).

II.3.2. SITUATIONS PARTICULIÈRES

II.3.2.1. Travailleur salarié qui a repris une activité comme travailleur salarié avec l'autorisation du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 230 de l'A.R. 03.07.1996)

L'intéressé est lié par un contrat de travail qui fixe les conditions et le volume de l'activité. En fonction de ce contrat de travail, l'intéressé a droit à 3 jours de congé de naissance payés par l'employeur et 17 jours à charge de la mutualité.

Les indemnités de congé de naissance sont calculées sur la base du salaire de l'activité autorisée. Le montant des indemnités de congé de naissance doit aussi être pris en compte comme "revenu professionnel" pour l'application de l'article 230, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Dans ce contexte, il faut entendre par "revenu professionnel", tout revenu tel que visé à l'article 17, § 1^{er}, 5^o, ou à l'article 23, § 1^{er}, 4^o, du code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire acquiert par l'exercice d'une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, rétribution ou rente qui lui est accordée en raison de la perte de ce revenu.



Exemple :

L'intéressé a été reconnu comme étant incapable de travailler à partir du 2 décembre 2022 et peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail s'élevant à **78,46 EUR**.

Cf. le montant du salaire mensuel forfaitaire pour un mois normal de travail à temps plein (38 h./semaine (factor S)) : 3.400 EUR

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail : $(3.400 \text{ EUR} / 26) = 130,7692 \text{ EUR} \times 60 \% = 78,4615 \text{ EUR}$

Il a repris une activité autorisée comme employé à mi-temps le 1^{er} février 2023 (19 h./semaine (facteur Q) - 5 demi-jours par semaine). Le salaire mensuel forfaitaire pour un mois normal de travail à temps partiel s'élève à 1.700 EUR. Son épouse a accouché le vendredi 3 mars 2023. L'intéressé prend 20 jours de congé de naissance à partir du lundi 6 mars 2023 jusqu'au vendredi 10 mars 2023 (5 jours), à partir du lundi 13 mars 2023 jusqu'au vendredi 17 mars 2023 (cinq jours) et à partir du lundi 20 mars 2023 jusqu'au vendredi 24 mars 2023 (cinq jours) et du lundi 27 mars 2023 jusqu'au vendredi 31 mars 2023 (cinq jours). Les trois premiers jours, à partir du lundi 6 mars 2023 jusqu'au 8 mars 2023, sont payés par l'employeur.

Montant de l'indemnité de congé de naissance :

$$\frac{1.700 \text{ EUR} \times 12}{52 \times 5} = 78,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 64,3384 \text{ EUR} = 64,34 \text{ EUR}$$

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail pendant le congé de naissance :

Toutes les heures de congé de naissance reprises dans le cadre de l'activité autorisée (déclarées sous le code de prestation indicatif "52") constituent des heures assimilées pour le paiement de la fraction d'occupation (application de la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1^{er}, de l'A.R. du 03.07.1996). Elles doivent donc être prises en compte comme heures de travail prestées dans le cadre de l'activité autorisée.

Puisque l'intéressé a repris le travail à mi-temps (ou 50 %), ses indemnités sont réduites de 30 % (= la part de la fraction d'occupation dépassant 1/5^e soit 20 %), 78,4615 EUR x 0,7 = 54,9231 EUR = **54,92 EUR**.

Pour les jours de congé de naissance pris dans le cadre de l'exercice de l'activité autorisée, il peut cumuler les indemnités de congé de naissance avec les indemnités d'incapacité de travail (ex. : pour le jeudi 09.03.2023, il perçoit une indemnité d'incapacité de travail de 54,92 EUR **et** une indemnité de congé de naissance de 64,34 EUR).

II.3.2.2. Travailleur salarié volontaire à temps partiel et travailleur à temps partiel avec maintien de droits qui ont droit à l'allocation de garantie de revenus

Pour les jours de congé de naissance pour lesquels l'intéressé maintient le droit à l'allocation de garantie de revenus, celui-ci peut uniquement prétendre à l'indemnité de congé de naissance calculée sur la base du salaire issu de son activité (*cf.* art. 242, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

II.3.2.3. Travailleur qui a interrompu ou interrompt partiellement sa carrière professionnelle

Si le travailleur a au début du congé de naissance interrompu sa carrière professionnelle partiellement, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération journalière moyenne qui découle de l'occupation exercée durant cette interruption de carrière partielle (moyennant réduction des prestations de travail). Si l'intéressé prend encore des jours de congé de naissance après la fin de la période d'interruption partielle de carrière, il faut encore tenir compte de la rémunération journalière moyenne qui serait prise en considération si ses prestations de travail n'avait pas été diminuées (suivant l'application de l'art. 35 du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Si la période d'interruption de carrière débute seulement **après** le début du congé de naissance, il faut diminuer les indemnités relatives aux jours de congé de naissance pris pendant cette interruption de carrière partielle à concurrence du montant de l'indemnité d'interruption converti en jour ouvrable (en application des art. 232 et 236 de l'A.R. du 03.07.1996).

II.3.2.4. Travailleur qui est aussi indépendant à titre complémentaire

Si le travailleur exerce aussi une activité comme travailleur indépendant à titre complémentaire, il n'existe pas d'interdiction formelle de continuer à exercer l'activité indépendante complémentaire les jours de congé de naissance. L'intéressé ne peut toutefois pas avoir l'intention de consacrer son congé de naissance à gonfler de manière importante le volume de son activité comme travailleur indépendant durant cette période (pas d'exercice d'une activité complémentaire pendant les heures de suspension de l'exécution du contrat de travail pour congé de naissance).

II.4. Feuille de renseignements indemnités - volet employeur (période de référence)

L'employeur doit (le cas échéant, après une demande expresse de la mutualité) compléter le volet employeur de la feuille de renseignements indemnités (remplacée par la ZIMA 001).

Dans la **version électronique de la feuille de renseignements indemnités (ZIMA 001** – utilisation généralisée de la version électronique depuis le 01.07.2019), la période de référence correspond à la période complète couverte par le congé de naissance (donc tant la période payée par l'employeur que celle à charge de la mutualité).

Dans cette période de référence, tous les jours de congé de naissance pris doivent être mentionnés par le code applicable "nature du jour" :

- le code nature du jour 1 pour les trois premiers jours payés par l'employeur
- le code nature du jour 6.10 pour les dix-sept jours (maxima) payés par la mutualité.

Les données requises doivent être transmises à la fin du congé de naissance.

II.5. Mutation

En cas de mutation, la mutualité à laquelle l'intéressé est affilié le dernier jour du congé de naissance (mutation) paie les indemnités pour l'*ensemble* de la période de congé de naissance.

III. Entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

IV. Abrogation

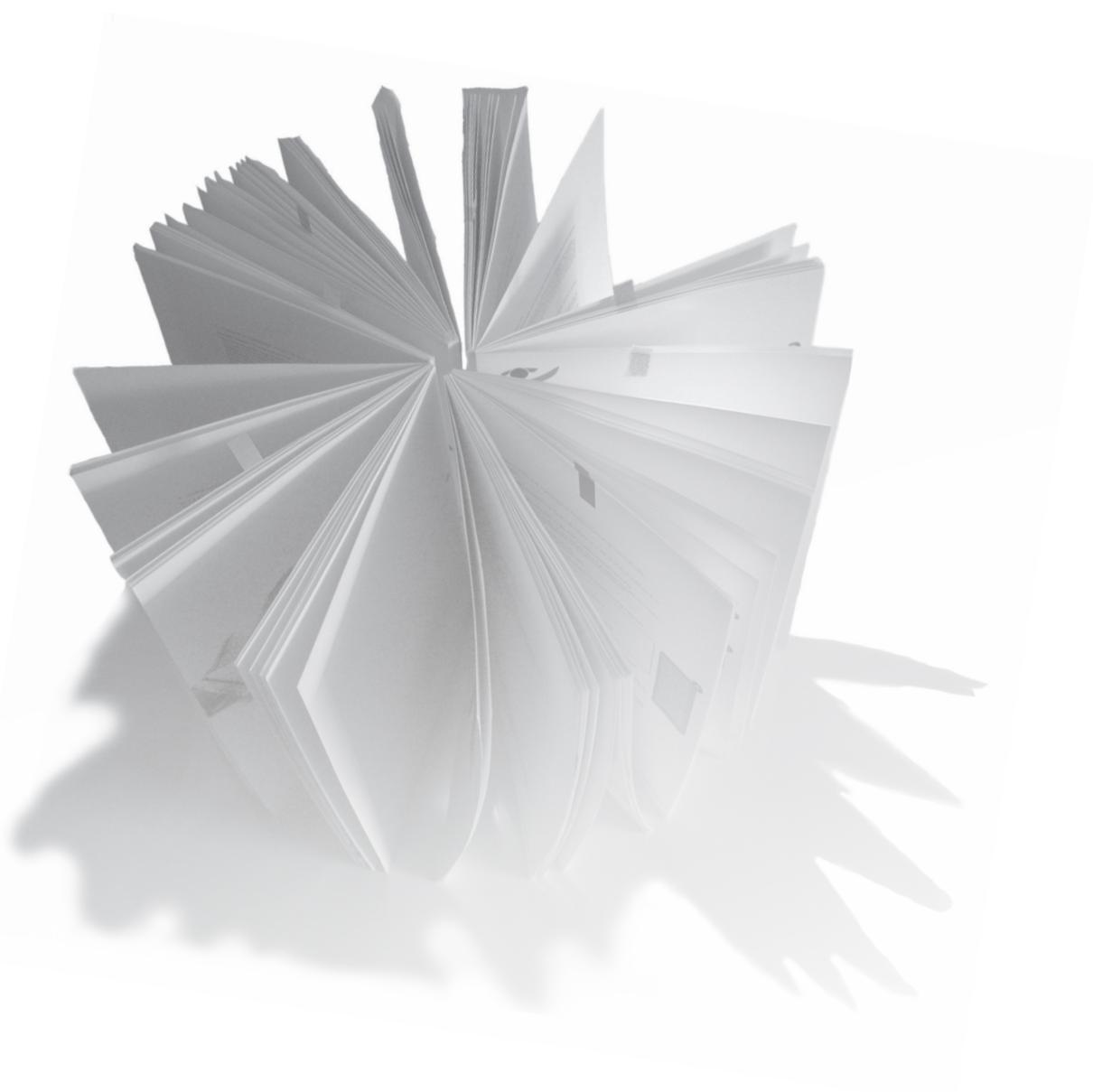
La circulaire O.A. n° 2021/99 du 22 mars 2021 est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2023/404 – 47bis/16 du 18 décembre 2023.

5^e Partie

Données de base



I. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} novembre 2023

En vigueur à partir du 1^{er} novembre 2023.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.291,03 et 3.201,04 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.

Au 1^{er} novembre 2023 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
26.313,70 EUR	4.871,39 EUR



Circulaire O.A. n° 2023/274 - 3991/379 du 31 octobre 2023.

II. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

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} mai 2011 indexation

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

1^{er} février 2012 indexation

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

1^{er} décembre 2012 indexation

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

1^{er} juillet 2015 indexation

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

1^{er} juin 2016 indexation

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

1^{er} juin 2017 indexation

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

1^{er} septembre 2018 indexation

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

1^{er} mars 2020 indexation

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

1^{er} septembre 2021 indexation

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

1^{er} janvier 2022 indexation

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

1^{er} mars 2022 indexation

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

1^{er} mai 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 23 = 2.779,79 EUR

1^{er} août 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 24 = 2.835,39 EUR

1^{er} novembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 25 = 2.892,09 EUR

1^{er} décembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 26 = 2.949,93 EUR

1^{er} novembre 2023 indexation**1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 27 = 3.008,93 EUR**

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

1 ^{er} trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 ^e trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 ^{er} trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 ^e trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 ^e trimestre 2018	2.468,37*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
1 ^{er} trimestre 2022	2.671,85*2/3 + 2.725,28*1/3	2.689,66 EUR
2 ^e trimestre 2022	2.725,28*1/3 + 2.779,79*2/3	2.761,62 EUR
3 ^e trimestre 2022	2.779,79*1/3 + 2.835,39*2/3	2.816,86 EUR
4 ^e trimestre 2022	2.835,39*1/3 + 2.892,09*1/3 + 2.949,93*1/3	2.892,47 EUR
1 ^{er} trimestre 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
2^e trimestre 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
3^e trimestre 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR



Circulaire O.A. n° 2023/275 – 248/86 du 31 octobre 2023.

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} novembre 2023.

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} 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

À partir du 1 ^{er} janvier 2022	38.324,69	4.131,28
À partir du 1 ^{er} mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1 ^{er} mai 2022	39.872,14	4.298,25
À partir du 1 ^{er} août 2022	40.668,62	4.383,98
À partir du 1 ^{er} novembre 2022	41.482,80	4.471,78
À partir du 1 ^{er} décembre 2022	42.312,15	4.561,31
À partir du 1 ^{er} janvier 2023	42.312,15	4.682,19
À partir du 1 ^{er} juillet 2023 (bien-être)	42.312,15	4.775,84
À partir du 1^{er} novembre 2023	43.159,21	4.871,39

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
2022	40.020,69	4.314,18

 Circulaire O.A. n° 2023/276 - 270/96 - 273/97 - 274/98 - 276/147 - 2790/99 - 2791/96 - 2792/95 - 3910/2107 et 83/521 du 31 octobre 2023.

IV. Quote part personnelle du patient dans le prix de la journée du patient en cas d'admission à l'hôpital - Montants à partir du 1^{er} janvier 2024

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2024

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du **1^{er} janvier 2024** et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Le jour d'admission :

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

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 6,90 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 34,17 EUR ;
- c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 34,17 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 46,69 EUR.

2. À partir du deuxième jour :

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

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 6,90 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,90 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 19,42 EUR.

3. À partir du 91^e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle) :

À partir du 91^e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 6,90 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,90 EUR ;
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 6,90 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 19,42 EUR ;

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 6,90 EUR ;
- b) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de 19,42 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 32,36 EUR.



Circulaire O.A. n° 2023/341 - 170/1122 - 176/538 et 175/596 du 13 décembre 2023.

V. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2023

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2024.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.291,03 EUR et 3.201,04 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 (2023)	
Titulaires	Personnes à charge
25.630,67	4.744,94



Circulaire O.A. n° 2023/351 - 3991/381 du 4 décembre 2023.

VI. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2024 - 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} novembre 2023, et s'élève depuis cette date à 1.994,18 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2024 :

• 21 ans et plus :	1.994,18 EUR x 4	=	7.976,72 EUR
• moins de 21 ans :	7.976,72 EUR x 3/4	=	5.982,54 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 personnes handicapées 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 annexe, sont joints les tableaux¹ 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° 2023/337 – 271/78 du 8 décembre 2023.

1. Non publiés ici.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus
Mme Charlotte Lefebre
M. P.-A. Briffeuil
Mme Nuray Özdemir
Mme Espérance Nahimana
Mme Marleen Stevens
Mme Céline Faufeder
Mme Zoé De Clippel
Mme Lieselot Bolle
Mme Évelyne Christophe

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726