

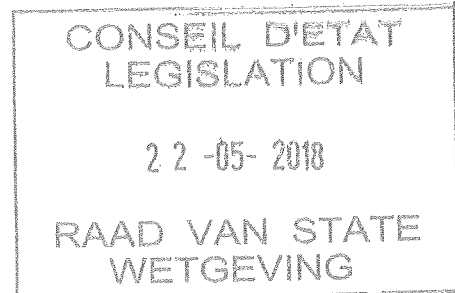
**AVANT-PROJET DE DECRET PORTANT MODIFICATION DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET
DE LA SANTE EN VUE DE LA RECONNAISSANCE DES ORGANISMES ASSUREURS**

Le Gouvernement wallon,

Sur la proposition de la Ministre de la Santé,

Après délibération,

ARRÊTE :



La Ministre de la Santé est chargée de présenter au Parlement le projet de décret dont la teneur suit :

Chapitre 1^{er}. Dispositions générales

Art. 1^{er}. Le présent décret règle, en application de l'article 138 de la Constitution, des matières visées en l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.

Art. 2. Aux articles 1, 5° et 28/2 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, ci-après dénommé le Code, les mots « organismes assureurs » sont remplacés par les mots « organismes assureurs wallons ».

Art. 3. A l'article 31 du Code, l'alinéa 1^{er} est complété par les mots " à l'exception des matières visées au Livre III^{ter} du présent Code."

A l'article 32 du Code, l'alinéa 2 est complété par les mots : " , à l'exception des matières visées au Livre III^{ter} du présent Code."

Chapitre 2. Insertion d'un Livre III^{ter} dans la Partie 1 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé

Art. 4. Il est inséré dans le Code, Première partie, un Livre III^{ter} intitulé "Livre III^{ter}. Missions des organismes assureurs wallons" après l'article 43/1.

Art. 5. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/2 rédigé comme suit :

" Art. 43/2. Au sens du présent Livre et de ses arrêtés d'exécution, l'on entend par :

"1° loi du 6 août 1990 : la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ;

2° loi du 14 juillet 1994 : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;

3° loi du 8 décembre 1992 : la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel ;

4° dispositions en matière de libre circulation européenne : la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil

du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

5° organisme assureur : une union nationale de mutualités telle que définie à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail ;

6° organismes assureurs wallons : les sociétés mutualistes, telles que visées à l'article 43bis de la loi du 6 août 1990, à l'exclusion de son paragraphe 5, reconnues par le Gouvernement en vue d'intervenir dans l'assurance protection sociale wallonne, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, et la Caisse des soins de santé de HR Rail ;

7° assurance protection sociale wallonne : la couverture dans le coût des prestations et interventions visées à l'article 43/7 pour les matières de santé et d'aide aux personnes telles que, notamment, visées à l'article 3, 6° et 7°, du décret du 11 avril 2014 spécial de la Région wallonne relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ;

8° assurés wallons : les personnes visées à l'article 32 de la loi du 14 juillet 1994 et domiciliées, le cas échéant par le biais d'une adresse de référence au sens de l'article 20, § 3, de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au registre de la population et au registre des étrangers, sur le territoire de la région de langue française, et ce sans préjudice des dispositions en matière de libre circulation européenne et des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale applicables ;

9° bénéficiaire wallon : toute personne bénéficiant des interventions et des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne, et ce sans préjudice des dispositions en matière de libre circulation européenne et des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale applicables ;

10° convention : un accord qui définit les rapports financiers et administratifs entre des établissements, services, institutions ou prestataires et les bénéficiaires wallons de l'assurance protection sociale wallonne ainsi que les rapports entre ces établissements, services, institutions ou prestataires, l'Agence et les organismes assureurs wallons ;

11° convention de revalidation : un accord conclu avec un établissement de rééducation fonctionnelle ou avec un centre de soins multidisciplinaire coordonnée ;

12° attestation de soins : le document réglementaire, le cas échéant dématérialisé, sur lequel figurent la mention des prestations effectuées et celle des montants payés par le bénéficiaire wallon au dispensateur de soins ;

13° ticket modérateur : le montant du coût des prestations et interventions visées à l'article 43/7 restant à charge du bénéficiaire wallon après l'intervention de l'assurance protection sociale wallonne ;

14° régime du tiers payant : le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit directement, de l'organisme assureur wallon auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire wallon à qui les prestations de soins ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne ;

15° frais de gestion : les frais de personnel et de fonctionnement destinés à permettre la liquidation des prestations et interventions visées aux articles 43/7 et 43/8, et tous frais liés à l'exécution des missions confiées aux organismes assureurs wallons

16° dispensateur d'aide et de soins : institution et prestataire qui fournissent les prestations et interventions visées dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne ;

17° médecin-conseil : le médecin visé par l'arrêté royal n° 35 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

18° infirmier-conseil : le praticien de l'art infirmier tel que visé aux articles 153, §§ 3 et 4, de la loi du 14 juillet 1994.

En l'absence de définition spécifique prévue au présent Livre ou ses arrêtés d'exécution, il est renvoyé aux définitions telles que retenues par la législation fédérale.

Sans préjudice des dispositions du présent Livre et de ses arrêtés d'exécution, il convient de lire, au sens du présent Livre et de ses arrêtés d'exécution, dans les matières visées à l'article 5, § 1^{er}, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980 réformes institutionnelles telles que limitées par l'article 3, 6° et 7°, du décret spécial de la Région wallonne du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française, les dispositions légales et réglementaires fédérales comme désignant, respectivement :

- 1° l'assurance protection sociale wallonne pour l'assurance ;
- 2° la Région wallonne pour l'Etat ;
- 3° le Gouvernement wallon, pour le Roi et pour le Ministre fédéral ayant la Santé publique dans ses attributions ;
- 4° l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles pour l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;
- 5° l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles pour le Service public fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement ;
- 6° le Comité de branche tel que prévus par l'article 11 ou 18, en fonction de ses compétences, tel que fixé par arrêté du Gouvernement, pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité ;
- 7° la Commission telle que prévue en vertu de l'article 12, 13, 14, 15, 23 ou 24, en fonction de ses compétences, fixée par arrêté du Gouvernement, pour la Commission de convention ;
- 8° le Conseil général de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles tel que prévu à l'article 4 pour le Conseil général de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;
- 9° le Comité de monitoring budgétaire et financier de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles tel que prévu à l'article 6 pour la Commission de contrôle budgétaire de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;
- 10° le Service ou l'organe compétent désigné par le Gouvernement au sein de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles pour le Service d'évaluation et de contrôles médicaux, le Service du Contrôle administratif, le Service des Soins de santé, le Comité général de gestion, les Collèges local et national des médecins-conseil institués au sein de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;
- 11° la Commission technique visée à l'article 23, § 4, pour le Conseil technique des voiturettes. »

Art. 6. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/3 rédigé comme suit :

“ Art. 43/3. § 1^{er}. Sont reconnues comme organismes assureurs wallons :

- 1° les sociétés mutualistes régionales wallonnes visées au § 2 ;
- 2° la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité ;
- 3° la Caisse des soins de santé de HR Rail.

§ 2. Les sociétés mutualistes régionales wallonnes remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- 1° avoir la forme d'une société mutualiste, telle que visée à l'article 43bis, de la loi du 6 août 1990, à l'exclusion de son paragraphe 5 ;
- 2° disposer du personnel affecté en vue d'accomplir les missions visées à l'article 43/7 et 43/8 ;
- 3° mentionner dans ses statuts que la société mutualiste est constituée en vue d'accomplir les missions visées aux articles 43/7 et 43/8 ;
- 4° instaurer une comptabilité distincte relative à l'accomplissement des missions visées aux articles 43/7 et 43/8 ;

- 5° sans préjudice des dispositions prévues par le Gouvernement, satisfaire aux exigences comptables et financières prévues aux articles 29 à 37 de la loi du 6 août 1990 ;
- 6° établir un contrôle de la conformité quant à l'octroi des prestations et interventions visées aux articles 43/7 et 43/8, selon les modalités définies par le Gouvernement;
- 7° effectuer un rapportage de l'évolution des dépenses ayant trait aux missions visées aux articles 43/7 et 43/8 ;
- 8° garantir la sécurité des données.

Le Gouvernement peut préciser et étendre les conditions visées à l'alinéa 1^{er}.

Le Gouvernement reconnaît comme organismes assureurs wallons les sociétés mutualistes régionales wallonnes qui satisfont à l'ensemble de ces conditions, et ce pour une durée indéterminée. Le Gouvernement peut mettre fin à leur reconnaissance.

Le Gouvernement précise la procédure à suivre en vue de la reconnaissance et de la fin de reconnaissance des sociétés mutualistes régionales wallonnes. Il fixe les conditions qui doivent être respectées dès l'introduction de la demande. ”

Art. 7. Dans le Livre III *ter* inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/4 rédigé comme suit :

“Art 43/4. Sans préjudice du contrôle opéré par l'Office de contrôle des mutualités à l'article 43/5, l'Agence exerce un contrôle sur les organismes assureurs wallons portant sur l'ensemble des obligations qui leur incombent, édictées par le présent Livre et ses arrêtés d'exécution, en ce compris sur les conditions de reconnaissance telles que prévues à l'article 43/3, § 2, et dans ses arrêtés d'exécution.

Le Gouvernement détermine les modalités du contrôle visé à l'alinéa 1^{er}.”

Art. 8. Dans le Livre III *ter* inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/5 rédigé comme suit :

“Art. 43/5. § 1^{er}. L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités visé à l'article 49, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 6 août 1990, exerce un contrôle sur les sociétés mutualistes régionales wallonnes conformément à la loi du 6 août 1990 et à ses arrêtés d'exécution.

§ 2. La Région conclut un accord de coopération avec l'autorité fédérale en vue d'assurer le contrôle des organismes assureurs wallons par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Cet accord règle notamment le financement de ce contrôle.”

Art. 9. Dans le Livre III *ter* inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/6 rédigé comme suit :

“Art. 43/6. Les assurés wallons sont, dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne, de plein droit :

- 1° affiliés à la société mutualiste régionale wallonne qui regroupe les mutualités de la même union nationale de mutualités que celle intervenant, pour ce qui les concerne, dans le cadre de l'assurance obligatoire telle que visée par la loi du 14 juillet 1994, à laquelle ils sont affiliés ;
- 2° inscrits à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, lorsqu'ils y sont inscrits ;
- 3° inscrits à la Caisse des soins de santé de HR Rail, lorsqu'ils y sont inscrits.

Après concertation avec les organismes assureurs wallons, le Gouvernement peut prévoir les cas spécifiques pour lesquels la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité se substitue à certains

organismes assureurs wallons en tout ou en partie, pour toutes ou certaines prestations et interventions. ”

Art. 10. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/7 rédigé comme suit :

“Art. 43/7. Dans le cadre des missions paritaires, telles que visées à l'article 28/2, § 2, alinéa 2, les organismes assureurs wallons interviennent dans le coût des prestations et interventions suivantes :

1° les aides à la mobilité telles que visées à l'article 28, § 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 ;

2° le prix d'hébergement visé à l'article 3 du décret du 9 mars 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital ;

3° les soins nécessités par la revalidation long term care visés par les conventions de revalidation conclues avec un établissement de rééducation prévues à l'article 43/2, alinéa 1^{er}, 12° ;

4° les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des services de court séjour agréés en vertu du Livre V ;

5° les prestations qui sont effectuées par des services intégrés de soins à domicile, en ce compris le financement direct prévu à l'article 36terdecies de la loi du 14 juillet 1994, tel que précisé par l'arrêté royal du 15 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile ;

6° le séjour en initiative d'habitation protégée et l'hébergement en maisons de soins psychiatriques agréées en vertu du Livre VI ;

7° la concertation autour du patient psychiatrique à domicile telle que visée par l'arrêté royal du 27 mars 2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence ;

8° les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire visés par les conventions de revalidation conclues avec un centre de soins multidisciplinaire prévues à l'article 43/2, alinéa 1^{er}, 12° ;

9° l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique visée par l'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique.”

Art. 11. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4 du décret, il est inséré un article 43/8 rédigé comme suit :

“Art. 43/8. Les missions complémentaires à l'article 43/7, organisées par les sociétés mutualistes régionales wallonnes et qui visent, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de

solidarité, à promouvoir le bien-être physique, psychique et social des bénéficiaires wallons, peuvent être reconnues par le Gouvernement.”

Art. 12. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/9 rédigé comme suit :

“Art. 43/9. L'assurance protection sociale wallonne n'intervient pas dans les prestations accomplies :

- 1° dans un but esthétique, sauf dans les conditions fixées par le Gouvernement ;
- 2° dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques à l'exception du coût des prestations qui répondent aux recommandations cliniques généralement admises ou au consensus scientifique. Ils sont documentés et justifiés dans le dossier médical de l'assuré par l'investigateur visé à l'article 2, 17°, de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.”

Art. 13. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/10 rédigé comme suit :

“Art 43/10. Les organismes assureurs wallons peuvent percevoir des cotisations à charge des assurés wallons tenus au paiement de cotisations en vue d'accomplir les missions prévues à l'article 43/7, dans les cas et suivant les conditions fixées par le Gouvernement.”

Art. 14. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/11 rédigé comme suit :

“Art. 43/11. § 1^{er}. Le Gouvernement détermine les modalités de financement des prestations et interventions visées à l'article 43/7, en ce compris la fixation de leur nomenclature.

§ 2. L'Agence liquide aux organismes assureurs wallons les moyens financiers destinés à l'accomplissement des missions paritaires visées à l'article 28/2, § 2, alinéa 2, qui se composent du financement :

- 1° des prestations et interventions visées à l'article 43/7 ;
- 2° de leurs frais de gestion.

§ 3. Pour accomplir les missions prévues à l'article 43/7, l'Agence verse, le premier jour ouvrable de chaque trimestre, aux organismes assureurs wallons, une avance égale à un quart des dépenses annuelles reprises dans le budget défini par l'Agence pour couvrir les prestations et interventions visées par l'article 43/7.

Le Gouvernement détermine le calcul des avances, la répartition de celles-ci entre les organismes assureurs wallons ainsi que l'établissement des comptes provisoires et finaux.

§ 4. L'Agence verse aux organismes assureurs wallons les frais de gestion.

Le Gouvernement détermine les modalités de calcul des frais de gestion, leur répartition et modalités de liquidation, en tenant compte pour les sociétés mutualistes régionales du système de responsabilisation visé à l'article 43/13, 1°.

§ 5. Le Gouvernement alloue une subvention non-récurrente pour financer les adaptations informatiques des organismes assureurs wallons.

§6. La nomenclature visée au paragraphe 1^{er} porte sur l'ensemble des prestations de l'assurance protection sociale wallonne.

Cette nomenclature énumère les prestations et interventions de l'assurance protection sociale wallonne pour les prestations et interventions visées à l'article 43/7, en fixe la valeur et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que les dispensateurs de soins habilités à les facturer. Des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation ou intervention selon que le dispensateur de soins répond ou non à des conditions supplémentaires telles que prévues dans la nomenclature.

Les tarifs de la nomenclature constituent pour tous les dispensateurs de soins, le maximum des montants pouvant être exigés pour la couverture des prestations et interventions visées à l'article 43/7.

Le Gouvernement peut prévoir des règles relatives à la facturation de suppléments et à ce qu'ils recouvrent, étant entendu que les suppléments couvrent d'autres prestations et interventions que celles visées à l'article 43/7.

Le Gouvernement peut modifier cette nomenclature :

- 1° sur la base de la proposition formulée d'initiative, pour ce qui les concerne, par la Commission technique visée à l'article 23, § 4 ou les Commissions visées aux articles 12, 13, 14, 15, 23 et 24 ;
- 2° sur la base d'une proposition du Ministre ayant la Santé dans ses attributions, soumise pour avis à la Commission et au Comité de branche compétent. ”

Art. 15. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/12 rédigé comme suit :

“Art. 43/12. Il est créé, au sein du budget de l'Agence, un Fonds de financement des organismes assureurs wallons qui constitue un Fonds budgétaire conformément à l'article 4 du décret du 15 décembre 2011 portant organisation du budget, de la comptabilité et du rapportage des unités d'administration publique wallonne.

Sans préjudice de l'article 43/13, 2°, sont affectés au Fonds visé à l'alinéa 1^{er}, les recettes résultant du remboursement d'excédents de versements effectués aux organismes assureurs wallons pour couvrir la liquidation des interventions et prestations visées à l'article 43/7.

Sur les crédits afférents au Fonds visé à l'alinéa 1^{er}, sont imputées les dépenses relatives aux missions prévues à l'article 43/7.”

Art. 16. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/13 rédigé comme suit :

“Art. 43/13. Le Gouvernement :

- 1° détermine les modalités du système de responsabilisation des sociétés mutualistes régionales quant aux frais visés à l'article 43/11, § 2 ;
- 2° fixe les conditions et modalités selon lesquelles les organismes assureurs wallons constituent une ou plusieurs réserves selon les matières visées ;
- 3° fixe les modalités relatives à l'introduction d'un ticket modérateur ;
- 4° fixe et modifie le régime du tiers payant ;

5° conclut un accord de coopération avec l'autorité fédérale en vue de fixer les modalités de l'intervention de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des soins de santé de HR Rail dans l'assurance protection sociale wallonne ;
6° peut conclure des conventions avec des administrations et organismes publics intervenant dans l'assurance protection sociale wallonne. »

Art. 17. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/14 rédigé comme suit :

“Art. 43/14. Le Gouvernement active, le cas échéant, en tout ou en partie, et moyennant les adaptations requises, le dispositif du maximum à facturer visé au Chapitre III^{bis} du Titre III, de la loi du 14 juillet 1994. Il en fixe les modalités.”

Art. 18. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/15 rédigé comme suit :

“Art. 43/15. § 1^{er}. Les dispensateurs de soins, dont les prestations et interventions visées à l'article 43/7, donnent lieu à une intervention de l'assurance protection sociale wallonne, remettent au bénéficiaire wallon ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs wallons, une attestation de soins.

Les organismes assureurs wallons n'accordent pas de remboursement si l'attestation de soin ne leur est pas transmise. Ils tiennent à disposition de l'Agence une copie sous format papier ou dématérialisée de ces attestations.

§ 2. Dans les limites fixées par les conventions telles que visées à l'article 43/2, alinéa 1^{er}, 11° et 12° des acomptes peuvent être perçus par les dispensateurs d'aide et de soins pour les prestations à effectuer ou à fournir.

Dans tous les cas, les acomptes perçus en application de l'alinéa 1^{er}, donnent lieu à la délivrance d'un reçu au bénéficiaire wallon.

§ 3. Les dispensateurs de soins ainsi que les personnes effectuant des prestations donnant lieu - au moins pour l'une d'entre elles - à l'intervention de l'assurance protection sociale wallonne, sont tenus de remettre au bénéficiaire des prestations un document justificatif lorsque :

1° des montants autres que ceux liés à l'intervention de l'assurance protection sociale wallonne sont portés en compte ;

2° la transmission de l'attestation de soins est réalisée de manière dématérialisée à l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon.

§ 4. Les organismes assureurs wallons adressent annuellement aux bénéficiaires wallons un récapitulatif des prestations et interventions prévues à l'article 43/7 et accordées dans le cadre du régime du tiers payant.

§ 5. Le Gouvernement fixe les modalités d'application du présent article.”

Art. 19. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/16 rédigé comme suit :

“Art. 43/16. § 1^{er}. Les conditions de facturation des prestations et interventions prévues à l'article 43/7, sont subordonnées à la conclusion d'une convention, telle que prévue à l'article 43/2, alinéa 1^{er}, 11° et 12°, approuvée par le Gouvernement.

L'alinéa 1^{er} ne concerne pas les prestations et interventions énumérées par le Gouvernement.

§ 2. Pour chaque prestation et intervention prévues à l'article 43/7, le Gouvernement peut déterminer la Commission compétente visée :

1° à l'article 10 pour la branche « Bien-être et Santé »

2° aux articles 23 et 24 pour les conventions communes à plusieurs branches.

S'agissant des conventions de revalidation visées à l'article 43/2, alinéa 1^{er}, 12°, le Gouvernement précise le Comité de branche et la Commission compétents”.

§ 3. Le Gouvernement fixe la périodicité de la facturation.”

Art. 20. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/17 rédigé comme suit :

“ Art. 43/17. § 1^{er}. Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne est, à tout moment, conforme à la réglementation en vigueur en matière de vie privé et de protection des données, en ce compris :

1° au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données ;

2° à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

§ 2. Les organismes assureurs wallons collectent et traitent les données à caractère personnel, et les échangent entre eux dans le souci de la protection de la vie privée des bénéficiaires wallons, et ce en application :

1° de l'article 5, alinéa 1^{er}, de la loi du 8 décembre 1992 ;

2° de l'article 7, § 2, c), de la loi du 8 décembre 1992, s'agissant des données de santé.

Les organismes assureurs wallons limitent la collecte et le traitement de ces données à ce qui est nécessaire dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

§ 3. L'Agence et les organismes assureurs wallons demandent, en application de l'article 36bis de la loi du 8 décembre 1992, les autorisations nécessaires pour l'accès à des données personnelles et à leur traitement provenant de sources de données externes.

§ 4. Le Gouvernement détermine la durée maximale de conservation des données visées au paragraphe 1^{er}.

§ 5. Les données relatives à l'assurance protection sociale wallonne sont échangées de manière dématérialisée à la date et selon les modalités fixées par le Gouvernement.

L'obligation réciproque et inconditionnelle d'échanger l'intégralité des données disponibles par le biais de la plateforme eHealth est réglé par un accord de coopération entre l'autorité fédérale et les collectivités fédérées compétentes.

§ 6. Les sociétés mutualistes régionales wallonnes visées à l'article 43/3, § 1^{er}, 1° adhèrent à la Banque-carrefour de la sécurité sociale en tant qu'institutions de sécurité sociale au sens de l'article 2, alinéa 1^{er}, 2°, b) de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de sécurité sociale.

§ 7. Les communications de données entre les organismes assureurs wallons et les dispensateurs de soins sont encadrées par un intégrateur de services adéquat et la protection technique et administrative de ces flux de données sera contrôlée par un comité de surveillance indépendant.

Le Gouvernement désigne l'intégrateur de services adéquat et le comité de surveillance."

Art. 21. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/18 rédigé comme suit :

"Art 43/18. Les articles 7, 8 et 163bis de la loi du 14 juillet 1994 sont applicables à l'Agence ainsi qu'aux organismes assureurs wallons."

Art. 22. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/19 rédigé comme suit :

" Art. 43/19. Dans tous les cas où le présent Livre ainsi que ses arrêtés d'exécution et les règlements prévoient que des documents papiers sont envoyés ou des paiements sont effectués à la résidence principale, il est fait usage de l'information relative à la résidence principale visée à l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques.

Il peut toutefois être dérogé à l'obligation visée à l'alinéa 1er sur demande écrite de l'intéressé."

Art. 23. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/20 rédigé comme suit :

"Art. 43/20. Celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance protection sociale wallonne, est tenu au remboursement de leur valeur à l'organisme assureur wallon qui les a payées.

Les modalités d'application de l'alinéa 1er sont définies par le Gouvernement."

Art. 24. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/21 rédigé comme suit :

"Art. 43/21. § 1er. Lorsque le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités constate qu'une société ou le Conseil Général de l'Agence constate qu'une société mutualiste régionale wallonne ne respecte pas les obligations qui lui incombent en application et en exécution - respectivement - de la loi du 6 août 1990 ou du présent Livre, il peut, par décision motivée, en fonction de la nature et de la gravité de l'infraction, décider de prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :

1° exiger la cessation de l'agissement répréhensible constaté et la régularisation de la situation dans un délai qu'il fixe ;

2° prononcer une amende administrative visée - respectivement - au paragraphe 2 ou 3 ;

3° nommer, conformément aux modalités visées à l'article 61 de la loi du 6 août 1990, un commissaire spécial dont la rémunération est fixée par l'Office de contrôle des mutualités ou l'Agence et supporté par la société mutualiste régionale wallonne.

Le Conseil Général de l'Agence peut décider de prendre les mêmes mesures à l'égard des autres organismes assureurs wallons lorsqu'ils ne respectent pas les obligations qui leur incombent en application et en exécution du présent Livre et du contrat conclu avec le Gouvernement.

§ 2. L'Office de contrôle des mutualités prononce à l'égard des sociétés mutualistes régionales wallonnes les sanctions administratives visées aux articles 62*bis*, alinéa 1^{er}, 1° et 62*ter* de la loi du 6 août 1990.

§ 3. Le Conseil Général de l'Agence prononce, à l'égard des organismes assureurs wallons, les sanctions administratives suivantes :

1° la sanction administrative visée à l'article 62*bis*, alinéa 1^{er}, 1° ;

2° une amende de 10.000 euros lorsque, malgré un avertissement écrit, l'organisme assureur wallon ne remplit, dans un délai d'un mois, l'obligation prévue à l'article 10/3, § 2 ou entrave le contrôle visé à l'article 43/4 ;

3° une amende de 2.000 euros, lorsque les données ne correspondent pas avec la source authentique ou ne contiennent pas les informations nécessaires à l'identification complète des prestations et des dispensateurs de soins qui les ont réalisées, et ce chaque fois que l'Agence le demande ;

4° une amende de 10.000 euros lorsque, malgré un avertissement écrit, l'organisme assureur wallon ne solutionne pas, dans un délai de douze mois, les manquements constatés relatifs à la gestion des dossiers ;

5° une amende de 500 ou de 1.000 euros lorsque l'organisme assureur wallon n'a pas interrompu la prescription pour la récupération de paiements indus d'un montant de, respectivement 151 euros ou plus ou plus de 1.250 euros ;

6° une amende de 2.000 euros par cas de non-inscription lorsque l'organisme assureur wallon n'a pas, dans un délai de deux mois, apporté la preuve que le montant de l'indu ou de l'amende a été mis à charge des frais d'administration ;

7° une amende de 400 euros par montant, lorsque l'organisme assureur wallon a inscrit sur la liste des montants effectivement récupérés des montants qui n'ont pas à s'y trouver ;

8° une amende de 1.000 euros par assuré wallon ou prestataire de soins lorsque l'organisme assureur wallon a, par faute, erreur ou négligence, payé à un assuré wallon ou un dispensateur de soins des prestations indues ou trop élevées ou a perçu des cotisations suffisantes ;

9° une amende de 1.000 euros par assuré ou cas d'octroi ou maintien erroné, lorsque l'organisme assureur wallon n'a pas apporté la preuve, dans un délai de trois mois, que l'affiliation ou l'inscription d'un assuré dans une qualité erronée a été régularisée ;

10° une amende de 1.000 euros par assuré ou prestataire de soins lorsque, par erreur, faute ou négligence, l'organisme assureur wallon a omis de payer une prestation de l'assurance protection sociale wallonne ou a payé un montant inférieur au montant dû ;

11° une amende de 10.000 euros lorsque l'organisme assureur n'a pas transmis les données à intégrer à la Banque carrefour de la sécurité sociale, et ce chaque fois que l'Agence en fait la demande.

Le Conseil Général peut décider :

1° d'infliger une amende d'un montant inférieur, d'un minimum de 50 % du montant prévu, s'il existe des circonstances atténuantes ;

2° de surseoir à l'exécution du paiement de l'amende si aucune amende de même nature n'a été prononcée à l'encontre de l'organisme assureur wallon dans les deux années qui précèdent.

Le procès-verbal constatant les infractions est notifié à l'intéressé par courrier recommandé dans un délai de trente jours à compter du jour qui suit la constatation de l'infraction et invite l'intéressé à faire valoir ses moyens de défense dans les deux mois suivant la réception du courrier par le biais d'un envoi conférant date certaine.

La décision est notifiée à l'organisme assureur wallon visé par courrier recommandé considéré comme reçu le jour ouvrable qui suit l'envoi.

Le montant de l'amende doit être acquitté dans un délai de trois mois.

Lorsque l'organisme assureur wallon reste en défaut de payer l'amende, la décision est transmise au Gouvernement lorsque cette sanction n'a pas été contestée ou est coulée en force de chose jugée, en vue de recouvrer le montant de l'amende."

Art. 25. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/22 rédigé comme suit :

"Art. 43/22. § 1^{er}. Les sanctions administratives suivantes sont prononcées à l'encontre des dispensateurs de soins :

1° une amende correspondant au triple du montant du dépassement avec un minimum de 1.000 euros pour les dispensateurs de soins ayant adhéré aux conventions qui ne respectent pas les prix et honoraires fixés ;

2° une amende de 1.000 euros pour les dispensateurs de soins qui n'informent pas les bénéficiaires wallons de leur adhésion ou refus d'adhésion aux conventions qui les concernent ;

3° une amende de 1.000 euros par attestation de soins établie erronément ;

4° une amende de 2.000 euros pour les dispensateurs de soins qui, d'une quelconque manière, entravent le contrôle portant sur le respect de la législation et réglementation de l'assurance protection sociale wallonne."

Art. 26. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/23 rédigé comme suit :

« Art. 43/23. § 1^{er}. Une amende administrative de minimum 400 EUR et de maximum 4.000 EUR est prononcée contre le bénéficiaire wallon qui, sur la base d'une fausse déclaration ou d'un faux document, a bénéficié indument de prestations ou interventions dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

§ 2. L'Agence peut décider de surseoir à statuer - en tout ou en partie - à l'exécution de cette amende administrative pendant un délai de deux ans suivant la date du prononcé si aucune amende administrative n'a été infligée au bénéficiaire wallon l'année précédente au moment du prononcé de cette décision. Si le bénéficiaire wallon commet une nouvelle infraction durant ce délai de deux ans, la sanction ayant fait l'objet du sursis et la sanction découlant de cette nouvelle infraction sont cumulées.

En cas de concours de plusieurs infractions, les sanctions sont cumulées.

§ 3. Le procès-verbal constatant les infractions est notifié à l'intéressé par courrier recommandé dans un délai de quatorze jours à compter du jour qui suit la constatation de l'infraction et invite l'intéressé à faire valoir ses moyens de défense dans les quatorze jours suivant la réception du courrier par le biais d'un envoi conférant date certaine.

La décision est notifiée à l'intéressé par courrier recommandé considéré comme reçu le jour ouvrable qui suit l'envoi.

Le montant de l'amende doit être acquitté dans un délai de trois mois.

Lorsque le bénéficiaire wallon reste en défaut de payer l'amende, la décision est transmise au Gouvernement lorsque cette sanction n'a pas été contestée ou est coulée en force de chose jugée, en vue de recouvrer le montant de l'amende."

Art. 27. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/24 rédigé comme suit :

« Art. 43/24. Les sanctions administratives visées dans le présent Livre peuvent uniquement être prononcées si le ministère public estime qu'aucune poursuite pénale ne doit être entreprise ou qu'il ne doit pas être fait application des articles 216^{bis} et 216^{ter} du Code d'instruction criminelle.

Les infractions visées dans le présent Livre sont recherchées, constatées et sanctionnées conformément au Code pénal social.

Le Conseil général de l'Agence dispose, dans le cadre de ses missions, des pouvoirs visés aux articles 23 à 39 du Code pénal social.

Le produit des amendes administratives visées dans la présente Partie est versé à l'Agence.»

Art. 28. Dans le Livre III^{ter} inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/25 rédigé comme suit :

“Art. 43/25. § 1^{er}. L'action relative au paiement :

1° des prestations et interventions prévues par le présent Livre se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis, que ces prestations aient été payées ou non selon le régime du tiers payant.

2° des sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement des prestations et interventions qui ont été accordées se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué.

L'action en récupération de la valeur des prestations et interventions indûment octroyées se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.

Les manquements commis :

1° par les organismes assureurs wallons donnant lieu à une sanction administrative se prescrivent par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel elles ont été commises ;

2° par les bénéficiaires wallons donnant lieu à une sanction administrative se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le manquement a été commis.

L'action en remboursement des cotisations personnelles visées à l'article 43/9, payées indument, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois auquel elles se rapportent.

Le délai de prescription visé à l'alinéa 2 est porté à cinq ans dans le cas où l'octroi indu de prestations et interventions est provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

§ 2. Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions visées à l'alinéa 1^{er}.

§ 3. Les prescriptions prévues au présent article sont interrompues par un envoi recommandé, un courrier électronique ou tout envoi conférant date certaine, précisant les prestations et les interventions visées au §1^{er}.

L'interruption de la prescription peut être renouvelée.

§ 4. Les prescriptions visées au paragraphe 1^{er} sont suspendues pour cause de force majeure.”

Art. 29. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/26 rédigé comme suit :

"Art. 43/26. §1er. Sans préjudice des dispositions en matière de libre circulation européenne ainsi que celles découlant des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale, les organismes assureurs wallons interviennent, uniquement pour les prestations et interventions octroyées aux assurés wallons dans les missions paritaires visées aux articles 43/7.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, les organismes assureurs wallons interviennent, dans les prestations visées à l'article 43/7, alinéa 1er, 2°, octroyés des bénéficiaires wallons.

§ 3. La Région peut conclure un accord de coopération avec les entités fédérées compétentes et avec l'autorité fédérale pour les prestations et les interventions visées à l'article 43/7, en vue :

1° d'assurer l'intervention de l'assurance protection sociale wallonne à l'ensemble des prestations et interventions accordées aux assurés wallons et ce, quel que soit le territoire sur lequel la prestation ou l'intervention a été fournie sur le territoire belge ;

2° de récupérer les montants versés pour les bénéficiaires wallons qui ne sont pas des assurés wallons."

Art. 30. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/27 rédigé comme suit :

"Art. 43/27. Le Gouvernement ou le délégué qu'il désigne élabore les règlements concernant, notamment, les conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance protection sociale wallonne et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations et interventions visées à l'article 43/7.

Le Gouvernement ou le délégué qu'il désigne détermine la procédure d'adoption et de modification de ce règlement."

Art. 31. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/28 rédigé comme suit :

"Art. 43/28. Les organismes assureurs wallons récupèrent auprès de l'Agence les prestations et interventions payées par eux au bénéfice de leurs affiliés ou des personnes inscrites, selon les modalités prévues par le Gouvernement en application de l'article 43/11.

Pour les personnes qui ne relèvent pas d'un organisme assureur wallon, le Gouvernement définit des modalités spécifiques de facturation, y compris la valeur des montants portés en compte pour les prestations et interventions visées à l'article 43/7.

La valeur des montants portés en compte dans le cadre de l'alinéa précédent ne sont pas supérieurs à la valeur des prestations et des interventions portés à charge des assurés wallons "

Art. 32. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/29 rédigé comme suit :

“Art. 43/29. §1^{er}. S’agissant des prestations fournies à un bénéficiaire wallon ne se trouvant pas effectivement sur le territoire belge ou fournies en dehors du territoire belge, l’article 136, § 1^{er}, de la loi du 14 juillet 1994 est applicable à l’assurance protection sociale wallonne.

§ 2. Les prestations et interventions visées à l’article 43/7 sont refusées lorsque le dommage découlant d’une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d’une autre législation belge, d’une législation étrangère ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l’assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l’Agence.

Pour l’application du présent paragraphe, le montant des prestations accordé par l’autre législation est le montant brut diminué du montant des cotisations de sécurité sociale prélevées sur ces prestations.

Sans préjudice des alinéas suivants, les prestations sont octroyées en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d’une autre législation belge, d’une législation étrangère ou du droit commun. Le Gouvernement détermine, le cas échéant, les modalités de compensation à l’égard de l’Agence.

L’organisme assureur wallon est subrogé de plein droit au bénéficiaire wallon. Cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d’une législation belge, d’une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l’alinéa 1^{er}.

La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire wallon n’est pas opposable à l’organisme assureur wallon sans l’accord de ce dernier.

Le débiteur de la réparation avertit l’organisme assureur wallon de son intention d’indemniser le bénéficiaire wallon et transmet à l’organisme assureur wallon, si celui-ci n’y est pas partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d’assurance responsabilité civile sont assimilées au débiteur de la réparation.

Si le débiteur de la réparation omet d’informer l’organisme assureur wallon conformément à l’alinéa 5, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire wallon.

L’organisme assureur wallon possède un droit propre de poursuite en remboursement des prestations accordées contre le Fonds commun de garantie visé à l’article 49 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d’assurances, dans les cas visés à l’article 50 de cette même loi. Le dommage, dans le sens de cette disposition, n’est pas censé être couvert complètement dans la mesure où les prestations découlant d’une maladie, de lésions ou de troubles fonctionnels dépassent le montant du dédommagement octroyé.

Les prestations prévues par le présent décret peuvent dans ce cas être récupérées chez celui qui est initialement redevable du dédommagement ou son assureur, qu’il y ait eu transaction ou pas.

§ 3. Les prestations et interventions relevant de l’assurance protection sociale wallonne ne peuvent faire l’objet d’un double remboursement.

Le Gouvernement détermine ce qu’il y a lieu d’entendre par « double remboursement » et fixe les modalités de récupération du montant des prestations et interventions perçu en violation de l’alinéa 1^{er}. ”

Art. 33. Dans le Livre IIIter inséré par l'article 4, il est inséré un article 43/30 rédigé comme suit :

"Art. 43/30. L'Agence et les organismes assureurs wallons succèdent respectivement aux droits et obligations de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et des unions nationales de mutualités, de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des soins de santé de HR Rail, s'agissant de l'assurance protection sociale wallonne."

Chapitre 3. Modification du Code judiciaire

Art. 34. § 1^{er}. A l'article 580 du Code judiciaire, il est inséré, pour la région de langue française, un 4° bis, un 6° bis et un 6° ter rédigés comme suit :

"4° bis des contestations entre l'Agence et les organismes assureurs wallons intervenant dans l'assurance protection sociale wallonne, relativement aux droits et obligations qui en résultent pour eux ;

6° bis des contestations relatives aux droits et obligations des bénéficiaires wallons ;

6° ter des contestations entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins et les bénéficiaires wallons ou les organismes assureurs, relativement aux droits et obligations qui résultent des conventions telles que visées à l'article 43/2, alinéa 1^{er}, 8° et 9°, du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé ou des dispositions légales et réglementaires réglant leurs rapports.

§ 2. Les actes juridiques administratifs adoptés dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans un délai de trois mois à compter de la date de leur réception.

S'agissant des autres contestations relatives à l'assurance protection sociale wallonne, elles doivent être introduites dans les deux ans qui suivent le fait ou la décision contestés."

Chapitre 4. Dispositions transitoires et finales

Art. 35. § 1^{er}. Si les sociétés mutualistes telles que prévues à l'article 43/3 inséré par l'article 6 ne sont pas reconnues par le Gouvernement au 1^{er} janvier 2019, pour la couverture des prestations et interventions visées à l'article 10 pour l'année 2019, les mutualités et les unions nationales de mutualités visées respectivement aux articles 2, § 1^{er} et 6, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail continuent à liquider les moyens et à remplir leurs obligations pour l'ensemble des droits découlant des dispositions transférées par l'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat, conformément à la loi du 14 juillet 1994 et à ses arrêtés d'exécution.

§ 2. Si les sociétés mutualistes telles que prévues à l'article 43/3 inséré par l'article 6 ne sont pas reconnues par le Gouvernement au 1^{er} janvier 2019, afin de couvrir le coût des prestations et des interventions visées à l'article 10 pour l'année 2019, le Gouvernement est autorisé à liquider aux unions nationales de mutualités, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité et à la Caisse des soins de santé de HR Rail, les montants correspondants au paiement des prestations et

interventions visées au § 1^{er}, selon des modalités identiques à celles définies à l'article 14 et à ses mesures d'exécution.

§3. Si les sociétés mutualistes telles que prévues à l'article 43/3 inséré par l'article 6 ne sont pas reconnues par le Gouvernement au 1^{er} janvier 2019, les obligations prévues à l'article 43/3 inséré par l'article 6 sont remplacées par l'obligation pour les mutualités et les unions nationales de mutualités visées respectivement aux articles 2, § 1^{er} et 6, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail, de remettre un rapport de leurs actions et un détail des dépenses par type de prestation, selon le modèle de reporting adopté par l'Institut national d'Assurance maladie invalidité pendant la période transitoire.

Art. 36. Par dérogation aux paragraphes 3 et 4 de l'article 43/11 inséré par l'article 14, le Gouvernement peut octroyer une avance pour les neuf premiers mois suivant l'entrée en vigueur du décret.

Art. 37. Par dérogation à l'article 43/5, §2, si au 1^{er} janvier 2019, un accord de coopération n'a pas été adopté, le Gouvernement conclut une convention avec l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités en vue de fixer les modalités du contrôle de l'Office précité sur les organismes assureurs wallons.

Par dérogation à l'article 43/13, 5°, si au 1^{er} janvier 2019, un accord de coopération n'a pas été adopté, le Gouvernement conclut une convention avec la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse de soins de santé de HR Rail. Cette convention respecte au minimum :

- a) les exigences déterminées à l'article 43/3, § 2 à l'exception des 1°, 3, et à ses arrêtés d'exécution ;
- b) les exigences relatives à l'affectation de l'excédent des frais de gestion et à la transmission du document à l'Agence établissant les frais de fonctionnement.

Art. 38. § 4. Par dérogation à l'article 43/23, paragraphes 1 et 2, en l'absence de l'accord de coopération visé au paragraphe 3 au 1^{er} janvier 2019, et tant que cet accord de coopération n'a pas été conclu, les organismes assureurs wallons interviennent, sans préjudice des dispositions en matière de libre circulation européenne ainsi que celles découlant des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale, dans les missions paritaires visées à l'article 43/7 uniquement pour :

- 1° en faveur des bénéficiaires wallons, les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire, les prestations fournies par des institutions ou des établissements agréés sur le territoire de la région de langue française, à l'exception des hôpitaux universitaires, ainsi que les institutions ou établissements dont le siège social est localisé sur un autre territoire mais qui disposent d'un siège d'exploitation sur le territoire de la région de langue française, agréés ou conventionnés par la Région wallonne ;
- 2° les aides à la mobilité et l'intervention pour l'assistance au sevrage tabagique octroyés aux assurés wallons.

Art. 39. La loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social est applicable à tous les bénéficiaires wallons dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

Art. 40. Le décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le Gouvernement fixe l'entrée en vigueur des missions prévues à l'article 43/7 tel qu'inséré par l'article 10 du présent décret.

Namur, le ...

Pour le Gouvernement :

Le Ministre-Président,

Willy Borsus

La Ministre de la Santé

Alda Gheki

**AVANT-PROJET DE DÉCRET PORTANT MODIFICATION DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET
DE LA SANTÉ EN VUE DE LA RECONNAISSANCE DES ORGANISMES ASSUREURS**

Exposé des motifs

1. Contexte

6^{ème} réforme de l'Etat

L'accord institutionnel pour la 6^{ème} réforme de l'Etat, conclu le 11 octobre 2011 et transcrit dans la loi spéciale du 6 janvier 2014, prévoit un important transfert de compétences aux Communautés.

Les transferts de compétences aux entités fédérées qui font maintenant partie des matières personnalisables, sont les suivantes :

a. La politique hospitalière

Les entités fédérées sont désormais compétentes en matière hospitalière pour :

- définir les normes auxquelles les hôpitaux, ainsi que les services, programmes de soins, etc. doivent répondre pour être agréés, mais avec les restrictions suivantes :
 - o la programmation reste de compétence fédérale ;
 - o le financement des hôpitaux reste de compétence fédérale, de même que les règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (à l'exception des sous-parties A1 et A3 du BMF portant sur les infrastructures) ;
 - o les normes qualitatives de référence sont normalement celles édictées par l'Union européenne
 - o l'état fédéral reste compétent pour les caractéristiques de base des hôpitaux, inscrites dans la législation organique ;
- le financement des infrastructures hospitalières (les sous-parties A1 et A3 du budget des moyens financiers des hôpitaux).

b. La politique des personnes âgées et soins long care

La compétence complète (y compris la fixation du prix réclamé aux résidents) en matière de maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins de jour et centres de court séjour, est intégralement transférée aux entités fédérées.

Un certain nombre de conventions de revalidation fonctionnelle signées entre l'INAMI et les opérateurs sont également transférés sous le vocable « long term care ».

c. Les soins de santé mentale

Les plateformes de soins de santé mentale sont transférées aux entités fédérées ainsi que la compétence complète en matière de maisons de soins psychiatriques (MSP) et d'initiatives d'habitation protégée (IHP).

d. La politique de prévention

Les éléments de la politique de prévention que le Fédéral organisait encore passent aux entités fédérées. Elles seules peuvent prendre des initiatives en matière de prévention. Si ces actions de prévention supposent la participation des prestataires de soins par l'intermédiaire d'actes remboursables (par exemple des honoraires de dépistage ou les honoraires pour l'administration d'un vaccin), ces prestations pourront être honorées par l'INAMI via des accords qui peuvent être conclus avec l'INAMI de manière asymétrique.

Les moyens que le Fédéral affectait encore à la politique de prévention telle que définie par la loi spéciale sont transférés, de même que le Fonds de lutte contre les assuétudes. Par contre, les moyens, relativement importants, que le Fédéral affecte à la prévention via les actes remboursables continuent à relever de la compétence du Fédéral.

e. L'organisation des soins de santé de première ligne

Le soutien aux métiers de la santé de première ligne et l'organisation des soins de première ligne (Fonds d'Impulsion pour la médecine générale, intitulé Fonds Impulseo), cercles de médecins généralistes, Réseaux Locaux Multidisciplinaires (RLM), Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), actions de prévention menées par les dentistes...) sont transférés aux entités fédérées.

Les réseaux palliatifs et les équipes multidisciplinaires palliatives également sont transférés aux entités fédérées.

Dans un second temps, les accords dits de la « Sainte-Emilie » ont acté le transfert de l'exercice d'un certain nombre de compétences santé dépendant de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour ce qui concerne la Région Wallonne, ce transfert s'est concrétisé par :

- le décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ;
- le décret wallon du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ;
- et le décret du 11 avril 2014 portant assentiment de l'accord de coopération cadre en matière de santé et d'aide aux personnes.

Le transfert de l'exercice de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Région wallonne pour le territoire de langue française et à la Commission communautaire française pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale porte sur l'exercice de la compétence à l'égard des matières personnalisables, à l'exception de certaines matières pour lesquelles la Fédération Wallonie-Bruxelles

reste compétente car ayant un lien avec l'enseignement (jusqu'à l'université), la recherche et le sport. Les matières pour lesquelles la Fédération Wallonie-Bruxelles est restée compétente sont :

- la prévention pour enfants et adolescents et jeunes adultes ;
- les hôpitaux universitaires francophones ;
- l'agrément et le contingentement des professionnels de santé, et les centres conventionnés liés aux hôpitaux universitaires ;
- les contrôles médico-sportifs.

2. Les mutualités et les organismes assureurs

Historiquement, les matières personnalisables qui ouvrent le droit à des prestations individuelles en soins de santé et en matière d'assistance aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé sont intrinsèquement liées à l'histoire des mutualités.

L'histoire des mutualités commence dès le 19^{ème} siècle, période au cours de laquelle se développent les caisses de secours ou caisses d'assurance ou encore mutualités. Nées de l'initiative citoyenne, leur rôle est d'atténuer les conséquences souvent dramatiques de la maladie, l'accident, la vieillesse, la mort. Peu à peu, l'Etat encouragera l'affiliation libre à des caisses mutualistes en leur accordant des subventions. La loi du 3 avril 1851 accorde aux sociétés de secours mutuel, sous certaines conditions, la reconnaissance légale. Par la suite, les mutualités s'organiseront en fédérations régionales d'abord et en unions nationales ensuite. La loi du 3 avril 1851 sera ensuite remplacée par la loi du 23 juin 1894.

Cette loi du 23 juin 1894 a été de nombreuses fois modifiée, notamment suite à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 sur la sécurité sociale, à la loi du 9 août 1963 sur l'assurance maladie-invalidité ou dans le cadre de l'extension du champ d'application de la sécurité sociale, entre autres aux indépendants en 1964, aux fonctionnaires en 1965, et aux personnes handicapées en 1967.

Enfin, la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités a opéré une refonte du cadre légal. Parmi les modifications substantielles, on peut citer la démocratisation des instances régionales. Tous les six ans, l'assemblée générale et le conseil d'administration sont renouvelés par élection. Elles ne peuvent comprendre plus d'un quart de personnes rémunérées par la mutualité.

Une autre modification substantielle, comme son exposé des motifs le précise, est qu'elle a réactualisé la définition du rôle des mutualités en s'appuyant sur la conception de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée par la Conférence internationale sur la Santé à New York et signée le 22 juillet 1946).

Toujours selon l'exposé des motifs de la loi du 6 août 1990, trois notions constituent les fondements de ce rôle : la prévoyance, l'assistance mutuelle et la solidarité, et la finalité des mutualités est la promotion du bien-être physique, psychique et social de leurs membres.

La loi de 1990 dota également les mutualités et unions nationales de mutualités d'un organe de tutelle spécifique, l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM).

La loi du 8 août 1990 a été modifiée de façon importante par les lois du 26 avril 2010 et du 2 juin 2010. Ces dernières maintiennent dans le giron des mutualités et des unions nationales et donc dans le cadre légal de la loi de 1990, les opérations non soumises aux directives européennes sur les assurances non vie ainsi que les services, c'est-à-dire en pratique l'essentiel de leurs activités, dont la gestion de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire. En effet, depuis le début des années 80, les mutualités avaient progressivement proposé à leurs membres des services facultatifs comme la couverture des frais liés à l'hospitalisation. Ces services facultatifs doivent maintenant être gérés par les sociétés mutualistes d'assurance (qui sont contrôlées par la FSMA et non par l'OCM). Ces personnalités juridiques distinctes des mutualités et des unions nationales ne sont pas visées par le présent projet de décret.

Les mutualités sont donc des associations de personnes physiques, organisées en mouvement, qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Elles exercent leurs activités sans but lucratif et remplissent une mission d'intérêt général.

En Belgique, les mutualités, par le biais des cinq unions nationales de mutualité, sont étroitement associées à la gestion de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, appelée aujourd'hui assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment par leur présence dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. La loi du 6 août 1990 prévoit ainsi que les mutualités ne pourront obtenir ou maintenir la personnalité juridique qu'à la condition de participer à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une part, et d'instituer au moins un service ayant pour but l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail, d'autre part.

A côté des cinq unions nationales de mutualités (Alliance nationale des mutualités chrétiennes, Union nationale des mutualités neutres, Union nationale des mutualités socialistes, Union nationale des mutualités libérales et Union nationale des mutualités libres), la législation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit, également comme organisme assureur, l'intervention de deux structures publiques : la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et la Caisse des soins de santé d'HR Rail. Il y a donc sept organismes assureurs en Belgique.

La Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) est une institution publique de sécurité sociale. Elle assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tout comme les unions nationales de mutualités, mais dans le cadre d'un statut public :

- une intervention dans les frais de soins de santé ;
- une indemnité en dédommagement de la perte de rémunération (parentalité, maladie ou invalidité).

La CAAMI applique le principe de l'inscription gratuite et ne se charge que de l'assurance obligatoire.

A noter également que la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale prévoit, en son article 60, §5, que « *si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, il*

l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle, et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ».

Par ailleurs, pour compléter la liste des organismes assureurs, la Caisse des soins de santé de HR Rail tient le même rôle qu'une union nationale de mutualités pour les membres du personnel statutaire des Chemins de fer belges et leur famille.

Enfin, les mutualités assurent également, par ou en vertu de la législation, les fonctions suivantes :

1. Les mutualités doivent informer, accompagner et défendre leurs affiliés.
2. Les mutualités participent à la concertation politique en vue de défendre les droits des affiliés qu'elles représentent.

3. Protocole d'accord du 15 mai 2014 relatif à la période transitoire dans le domaine de la santé publique et des soins de santé

Afin de garantir la continuité du service public et la continuité du service à la population, le Fédéral et les entités fédérées ont conclu, le 15 mai 2014, un protocole d'accord « concernant l'exercice des compétences transférées aux entités fédérées dans le domaine de la santé publique et des soins de santé pour la période transitoire ». On peut résumer ce protocole d'accord en indiquant qu'à cet effet, l'INAMI et les organismes assureurs continuent à participer à la gestion et à fournir les services administratifs et de remboursement, dans la continuité de l'organisation prévalant avant la 6^{ème} réforme de l'Etat.

Le protocole d'accord a fait l'objet de deux avenants signés le 19 octobre 2015 et le 24 octobre 2016 en Conférence interministérielle de la Santé.

A ce jour, les organismes assureurs continuent à assurer la gestion et l'administration et donc à assurer les remboursements aux patients des factures des prestataires individuels ou institutionnels dans les secteurs transférés suivants :

- Soins dans les institutions pour personnes âgées (maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins de jour, court séjour, ...)
- Conventions de rééducation fonctionnelle
- Maisons de soins psychiatriques
- Initiatives d'Habitation Protégée
- Concertation autour des patients psychiatriques à domicile
- Sevrage tabagique
- Services intégrés de soins à domiciles
- Equipes multidisciplinaires palliatives
- Aides à la mobilité.

Par ailleurs, en application du même principe, la liquidation du financement des investissements hospitaliers inscrits dans la partie extinctive et restée dans la compétence du Fédéral, continue à être réalisée par le biais des organismes assureurs.

En matière de périodes transitoires, on peut résumer la situation de la façon suivante. Les périodes transitoires des secteurs pour lesquels le financement se fait par paiement direct de l'autorité subsidiante aux opérateurs, sont clôturées et c'est maintenant l'AViQ qui a repris la gestion des opérations administratives. Par contre, les secteurs pour lesquels le financement se fait par le patient à travers des prestations, lequel se fait rembourser auprès de sa mutuelle, ou par le système du tiers-payant, voient leurs périodes transitoires prolongées jusqu'au 31 décembre 2018.

Le présent projet de décret vise à organiser la reprise de ces compétences.

4. La réforme du soutien au financement des infrastructures hospitalières

Le Parlement a adopté, le 9 mars 2017, le décret relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital. Ce décret a été complété par un arrêté d'exécution pris par le Gouvernement le 20 juillet 2017. Le nouveau mécanisme de soutien au financement des infrastructures hospitalières repose en grande partie sur le principe du prix d'hébergement hospitalier.

Le Gouvernement wallon autorise chaque hôpital à facturer aux patients admis en hospitalisation un prix d'hébergement spécifique, sous la forme d'une prestation. Ce prix se rapporte à l'usure et au développement de l'infrastructure hospitalière, ainsi qu'au renouvellement des équipements (matériel médical et non médical) liés aux activités d'exploitation financées via le BMF des hôpitaux.

La liquidation de cette prestation est réalisée à travers les organismes assureurs, via un contre-remboursement de la participation des patients à ce prix d'hébergement, selon les principes du tiers payant.

Ces montants sont facturables par patient et par journée réalisée (présence effective des patients dans les lits), qui traduit l'activité de l'hôpital. L'hôpital doit donc atteindre un taux d'occupation suffisant pour obtenir la couverture de ses investissements. Cela encouragera les hôpitaux à reconstruire leurs infrastructures en cherchant à adapter au mieux leurs capacités aux volumes d'activité future.

Ce sont donc les organismes assureurs qui seront chargés de mettre en œuvre le circuit de paiement complémentaire à celui existant des soins et du fonctionnement.

5. Obligations relatives à la protection de la vie privée

A partir du 25 mai 2018, date de l'entrée en vigueur du Règlement général sur la protection des données (RGPD) adopté par l'Union européenne en termes à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, certaines obligations prévues par la réglementation belge tombent, à moins que l'Etat belge ne fasse usage de la faculté laissée par le RGPD d'insérer dans sa loi nationale des conditions supplémentaires en ce qui concerne le traitement de données de la santé.

Ainsi l'obligation de principe de récolter les données de la santé auprès des personnes n'est pas imposée par le RGPD.

De même, l'obligation de faire traiter les données relatives à la santé sous la responsabilité d'un professionnel ne s'appliquera pas si, comme c'est le cas dans le chef des organismes assureur, « *le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres au responsable du traitement ou à la personne concernée en matière de droit du travail, de la sécurité sociale et de la protection sociale, dans la mesure où ce traitement est autorisé par le droit d'un Etat membre qui prévoit des garanties appropriées pour les droits fondamentaux et les intérêts de la personne concernée*¹.

Enfin, l'obligation pour le responsable de traitement de tenir à jour une liste des catégories de personnes autorisées à consulter les données, n'est plus imposée par le RGPD. Néanmoins, sous l'empire du RGPD, vu la nature sensible des données (relatives à la santé) qui seront traitées dans le cadre de l'avant-projet, comme indiqué précédemment, la Commission souligne l'importance d'une gestion des utilisateurs et des accès stricte et appropriée, en vue d'un niveau de fiabilité élevé lors de l'identification et de l'authentification électroniques des utilisateurs, et ce, dans le cadre des obligations de sécurisation des données à charge des organismes assureurs et de leur éventuels sous-traitants (article 32 RGPD).

Quant aux obligations d'autorisation préalables, que le RGPD permet aux Etats membres de les maintenir. Dans cette mesure, il a été opportun d'y faire référence.

Le présent projet de décret a pour objectif d'adopter les dispositions nécessaires au respect de la vie privée conformément à ce que le RGPD le prévoit.

6. Implications de l'intervention des organismes assureurs dans les missions paritaires relevant de la compétence de la Région wallonne

Une reconnaissance implicite des organismes assureurs dans le cadre des compétences exercées en Région wallonne suite à la sixième réforme de l'Etat a déjà été faite par l'adoption du décret du 3 décembre 2015 et plus précisément son article 1, 3°. Le présent décret a pour objectif d'inscrire de façon explicite dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé les fondements d'une véritable assurance protection social wallonne, d'en formaliser l'ouverture des droits et le fonctionnement, d'y inscrire le rôle des organismes assureurs wallons dont les mutualités et les principes essentiels permettant le paiement des prestations par les mutualités en faveur de leur membres, et les caisses publiques en faveur des bénéficiaires y inscrits, à travers les prestations d'aide et de santé.

A cet effet, en concertation avec les unions nationales de mutualités et suite à la décision prise par elles au sein du Collège Inter-mutualiste National le 8 novembre 2017, il a été convenu de proposer la création de sociétés mutualistes régionales sur la base de l'article 43bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, sans toutefois permettre la création de sociétés mutualistes d'assurances telles que visées au § 5 de ce même article 43bis.

¹ Article 9(2)b du RGPD

Cet article 43bis offre en effet la capacité aux mutualités membres d'une même union nationale d'organiser ensemble et de grouper un certain nombre de services en commun dans une nouvelle entité reconnue juridiquement à ce dessein.

Le présent décret procède donc à la reconnaissance des « organismes assureurs wallons », qui seront soit :

- des sociétés mutualistes régionales wallonnes (sur la base de l'article 43bis de la loi du 6 août 1990), en tant qu'entités juridiques distinctes créées exclusivement pour la gestion des moyens liés à l'assurance protection sociale wallonne ; ces sociétés mutualistes sont constituées par le regroupement de mutualités (responsables, par délégation de leur union nationale, de la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités au niveau fédéral) dépendant d'une même union nationale ;
- la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité (CAAMI) ;
- la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Ce mécanisme est primordial car il permet la cohérence entre le niveau fédéral et le niveau régional d'une part, et entre les entités fédérées d'autre part.

En termes de gestion, les règles existantes au fédéral sont en grande partie maintenues. Toutefois, les organismes assureurs wallons recourront à une comptabilité et une structure juridique distinctes et, lorsqu'il est question des mutualités, seront appelés à établir des sociétés mutualistes afin de gérer de façon distincte et clairement définie les missions relevant de la Région wallonne.

Par ailleurs, un contrôle des sociétés mutualistes régionales wallonnes comparable à celui prévu au fédéral sera organisé.

Dans ce cadre, des accords de coopération entre entités fédérées seront négociés.

**AVANT-PROJET DE DÉCRET PORTANT MODIFICATION DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET
DE LA SANTÉ EN VUE DE LA RECONNAISSANCE DES ORGANISMES ASSUREURS**

Commentaires des articles

Article 1^{er}

Cette disposition rappelle le champ d'application du Décret qui s'applique à la Région wallonne de langue française. Le présent Décret vise des compétences exercées par la Région wallonne en vertu du Décret du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

Article 2

Cet article vise à mettre les articles 1^{er}, 5° et 28/2 du Code en adéquation avec l'introduction dans le Code du rôle dévolu aux organismes assureurs wallons. Les organismes assureurs wallons sont chargés de conclure avec les dispensateurs de soins les conventions visées à l'article 1^{er}, 5°. Ils sont également chargés de la liquidation des moyens dans le cadre des missions paritaires visées à l'article 28/2 du Code.

Article 3

Cet article est à lire en parallèle avec l'article 34 du présent décret. Il entend soustraire la compétence *des recours pour ce qui concerne les matières visées par le présent décret* à la Commission d'avis sur les recours instituée en vertu de l'article 34 du Code. En matière de prestations relevant historiquement de la sécurité sociale, il est généralement bien établi que les contestations relèvent des juridictions du travail. En l'occurrence, afin de maintenir les droits des personnes dans le prolongement des droits acquis dans le cadre de l'application des principes de l'assurance maladie-invalidité, l'article 34 du présent décret renvoie la compétence de recours aux tribunaux du travail.

Article 4

Cet article insère dans le Code un Livre III^{ter} qui porte sur les « Missions des organismes assureurs wallons ».

Article 5

Cet article complète les définitions inscrites à l'article 1^{er} du Code. Sont notamment définies dans le cadre du présent décret les notions d'organismes assureurs wallons, d'assurance protection sociale wallonne, d'assurés wallons et de bénéficiaires wallons.

Pour le surplus, cet article renvoie, par défaut, et sans préjudice des dispositions du Code, aux définitions et aux notions inscrites dans la législation fédérale. Cette technique est utilisée le temps nécessaire pour reprendre et transcrire au niveau régional l'ensemble de la réglementation transférée de l'Etat fédéral dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, la Région succédant aux droits et

obligations de l'Etat fédéral en la matière. Elle vise à assurer la sécurité juridique de la reprise des compétences.

Article 6

Cet article organise la reconnaissance des organismes assureurs wallons. Il distingue la notion d'organisme assureur wallon, terme générique, de la notion de société mutualiste régionale wallonne, de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des soins de santé de HR Rail. L'objectif poursuivi est de ne confier qu'à ces seuls organismes (sociétés mutualistes régionales wallonnes, Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail) les missions et responsabilités d'organismes assureurs wallons. Le texte vise donc une continuité par rapport à la situation actuelle à l'échelon fédéral.

La disposition définit ensuite les conditions pour être reconnue comme société mutualiste régionale wallonne au sens du décret. Pour être reconnue comme société mutualiste régionale wallonne, il faut avoir la forme de société mutualiste au sens de l'article 43bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (à l'exception du paragraphe 5), disposer du personnel nécessaire, prévoir dans ses statuts qu'elle est constituée exclusivement en vue d'accomplir les missions définies par le Code, instaurer une comptabilité distincte et satisfaire aux exigences comptables et financières inscrites dans la loi du 6 août 1990, établir un contrôle de conformité sur les prestations, effectuer un rapportage des dépenses vers l'Agence et garantir la sécurité des données. Ces différentes conditions constituent en grande partie un « miroir » des conditions imposées par l'Etat fédéral dans le cadre de la reconnaissance aux mutualités d'une mission d'intérêt général.

L'article 43bis de la loi du 6 août 1990 est rédigé comme suit :

Art. 43bis. § 1er. Les mutualités qui font partie d'une même union nationale peuvent organiser ensemble ou grouper certains services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la présente loi et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire, dans une nouvelle entité à créer sous la forme d'une société mutualiste et ceci, sans préjudice de l'article 3, alinéa 4.

§ 2. Cette forme de collaboration fait l'objet d'une délibération de l'assemblée générale des mutualités concernées qui est convoquée spécialement dans ce but. Les dispositions des articles 10, 11 et 12, (...) s'appliquent.

La convocation mentionne les points suivants :

1° les raisons de la collaboration ;

2° les droits et les obligations des mutualités concernées, de leurs membres et des personnes à leur charge ;

3° l'affectation des fonds sociaux par rapport aux services concernés ;

4° les modifications de statuts et nouveaux statuts de la société mutualiste.

§ 3. Le groupement de services de mutualités doit être approuvé par l'assemblée générale de l'union nationale dont elles font partie.

§ 4. Sous réserve de l'approbation des statuts par l'office de contrôle, la création d'une société mutualiste en vertu du présent article entre en vigueur le premier jour du cinquième mois qui suit la transmission des statuts à l'office de contrôle.

Toutefois, les statuts peuvent fixer une date d'entrée en vigueur postérieure à celle visée à l'alinéa 1er, pour autant qu'elle corresponde au premier jour d'un mois et qu'elle ne soit pas postérieure au dixième mois qui suit la transmission desdits statuts à l'office de contrôle.

§ 5. Par ailleurs, une société mutualiste peut être créée par une ou plusieurs mutualités affiliées auprès d'une même union nationale afin d'offrir exclusivement à leurs membres des assurances

maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances¹, ainsi qu'une couverture, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité. Ladite société mutualiste présente un caractère civil et ne poursuit pas de but lucratif.

Par ailleurs, une autre mutualité affiliée auprès de la même union nationale peut décider de s'affilier à ladite société mutualiste après la création de celle-ci.

La création d'une telle société mutualiste nécessite une délibération de l'assemblée générale des mutualités concernées qui est convoquée spécialement dans ce but. Les articles 10 et 12, § 1er, alinéa 2, sont d'application.

L'affiliation auprès d'une telle société mutualiste nécessite une délibération de l'assemblée générale des mutualités concernées et de celle de la société mutualiste qui sont convoquées spécialement dans ce but. Les articles 10 et 12, § 1er, alinéa 2, sont d'application. »

Cette disposition permet donc également, dans un principe de continuité, d'inscrire les sociétés mutualistes régionales wallonnes dans le cadre global des mutualités et des unions nationales de mutualités. Cette technique permet de faciliter le lien à l'assurance obligatoire maladie invalidité fédérale et aux autres entités fédérées.

Articles 7 à 8

Ces dispositions visent le contrôle des organismes assureurs wallons. Ce contrôle est de deux ordres : d'une part, le contrôle de l'Agence sur la reconnaissance des organismes assureurs wallons et, d'autre part, le contrôle du fonctionnement des organismes assureurs wallons par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM).

Il revient à l'Agence de contrôler le fait que les organismes assureurs rencontrent les conditions inscrites dans le Livre *III*ter et dans ses arrêtés d'exécution en ce compris l'application de l'article 6. Le Gouvernement peut préciser, dans le cadre de cet article, les modalités de ce contrôle.

Par ailleurs, l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) exerce également son contrôle sur le fonctionnement des organismes assureurs wallons dans le même cadre que le champ d'application fédéral. Ce contrôle porte notamment sur le respect de la loi de 1990 relative aux mutualités, à savoir le fait que les services et activités développés par les organismes assureurs sont conformes à la loi. Cela vise principalement la composition et le fonctionnement internes : démocratie interne, fonctionnement des assemblées générales et des conseils d'administration, respect des règles administratives, comptables et financières, respect des directives en matière de facturation, organisation du contrôle interne, vérification des infractions en matière de respect de la réglementation par les opérateurs (par exemple, la fraude en matière de facturation), etc.

Il est à noter que le contrôle de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des soins de santé de HR Rail par l'OCM est un contrôle plus général qui porte notamment sur les règles de comptabilité et des comptes annuels de l'assurance obligatoire (Arrêté royal du 21 octobre 2002

¹ Il s'agit actuellement de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

portant exécution de l'article 29, §§ 1er et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités).

Article 9

Cet article attribue, par effet du décret, la qualité d'affilié d'un organisme assureur wallon à chaque assuré wallon en fonction de sa situation antérieure. Il vise donc à fixer les modalités de répartition des assurés wallons entre les différents organismes assureurs wallons selon leur situation.

En son premier alinéa, cet article aboutit à reconnaître comme affilié de la société mutualiste régionale wallonne chaque affilié à une mutualité relevant de la même union nationale de mutualités que la société mutualiste régionale wallonne. Aucune démarche ne doit donc être faite par l'assuré wallon : il est affilié de plein droit de la société mutualiste régionale wallonne de l'union nationale de sa mutualité.

Les assurés wallons inscrits à la CAAMI ou à la Caisse des soins de santé de HR Rail relèvent, quant à eux, de ces organismes assureurs institutionnels.

L'objectif est d'assurer la continuité des droits aux prestations, par l'automatisme de l'affiliation des assurés wallons aux organismes assureurs wallons.

Après concertation avec les organismes assureurs wallons, le Gouvernement peut prévoir les cas spécifiques pour lesquels la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité se substitue à certains organismes assureurs wallons en tout ou en partie, pour toutes ou certaines prestations et interventions (dont notamment l'assurance autonomie).

Article 10

Cette disposition précise les missions paritaires qui relèvent des organismes assureurs wallons. En effet, l'accord institutionnel pour la 6^{ème} réforme de l'Etat, conclu le 11 octobre 2011 et formalisé par la loi spéciale du 6 janvier 2014, prévoit un important transfert de compétences aux Communautés, parmi lesquelles certaines matières relèvent historiquement d'un financement à la prestation dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Les prestations liées aux missions paritaires visées dans le présent décret sont les suivantes :

1° les aides à la mobilité transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat ;

2° le nouveau mécanisme de soutien au financement des infrastructures hospitalières, à travers le prix d'hébergement hospitalier institué par le décret du 9 mars 2017 ;

3° les soins de révalidation visés par les conventions de révalidation conclues historiquement par le comité de l'assurance de l'INAMI, et transférés dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat ;

Il s'agit des conventions conclues avec les centres de rééducation dont le numéro d'identification INAMI commence par :

- 953 ou 965 : CRA (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 773 : toxicomanes (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 779 : malentendants (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 969 : déficiences visuelles (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 772 : rééducation psycho-sociale pour adultes (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 7745 : rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces des interactions parents-enfants (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 7746 : autisme (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 771 : établissements de rééducation motrice (transfert des conventions conclues avec certains établissements) ;
- 7740 : troubles pédo-psychiatriques (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 790 : services d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 7767 : unités de soins de répit (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 770 : établissements de rééducation Infirmité motrice d'origine cérébrale (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 7840 : établissements de rééducation Infirmité motrice d'origine cérébrale (transfert de l'ensemble des conventions) ;
- 7765 : établissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (transfert de l'ensemble des conventions).

4° Les prestations qui sont fournies par les maisons de repos et maisons de repos et de soins ;

Les prestations couvrant les activités dans le cadre de la vie journalière (forfait) en maisons de repos, maisons de repos et soins, centres de soins de jour, centres de court séjour ont été intégralement transférées à la Région suite de la sixième réforme de l'Etat.

5° Les prestations effectuées par les services intégrés de soins à domicile ;

6° le prix du séjour en initiatives d'habitations protégées (prix du personnel d'accompagnement à charge de l'assurance) et la partie du prix d'hébergement à charge de l'assurance en maison de soins psychiatriques ;

7° les prestations relatives à la concertation autour du patient psychiatrique ;

8° les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;

9° l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique (prestations sous la forme de patch tabac).

Article 11

Cette disposition délègue au Gouvernement la capacité de reconnaître certaines missions développées par les sociétés mutualistes régionales wallonnes, au-delà des prestations obligatoires. Il s'agit de missions d'intérêt général développées dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, visant à promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Il peut s'agir par exemple d'assistance, conseil ou de promotion et prévention de la santé vis-à-vis de leurs membres.

On notera que cette disposition n'est pas applicable à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ni à la Caisse des soins de santé de HR Rail, qui sont toutes deux publiques et qui, à ce titre, gèrent exclusivement les missions dévolues aux organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Pour ce qui concerne le champ d'application du présent décret, il s'agit des missions héritées de l'Etat fédéral dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, et qui sont reprises à l'article 10.

Il convient d'insister sur le fait que ces missions sont des services d'intérêt général. Les prestations et les services organisés par les organismes assureurs wallons constituent des opérations au sens de l'article 2, 2°, b), de la 1^{ère} directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE) et doivent répondre aux critères repris à l'article 67, alinéa 1er, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

En tout état de cause, les organismes assureurs wallons remplissent des missions d'intérêt général et ne peuvent pas organiser des services qui constituent des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ni organiser une couverture des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe I de la loi précitée.

Article 12

Il est précisé que l'assurance protection sociale wallonne n'intervient pas dans les prestations réalisées dans un but esthétique ou dans le cadre de la recherche scientifique. On pense ici en particulier au prix d'hébergement hospitalier, qui ne peut être facturé si la personne est hospitalisée pour une intervention de chirurgie esthétique ou dans un but de recherche scientifique. Ces dispositions sont en partie calquées sur ce qui existe au fédéral. Il est donné délégation au Gouvernement de pouvoir déroger à cette règle générale. Dans ce cas, les modalités relatives à la gestion paritaire s'appliquent.

Article 13

Cet article instaure la possibilité de procéder à la perception de cotisations à charge des assurés wallons, suivant les modalités fixées par Gouvernement wallon. Ces cotisations peuvent, s'il y a lieu, s'appliquer aux missions confiées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat.

Article 14

Cet article habilite le Gouvernement à définir les modalités de financement des prestations, notamment la fixation de la nomenclature des prestations visée par le présent décret.

Il prévoit également le financement par l'Agence des organismes assureurs wallons, tant pour les frais de missions (autrement dit les prestations et interventions en faveur des assurés wallons) que pour leurs frais de gestion. Elle organise également les avances et la répartition des moyens entre organismes assureurs wallons.

Enfin, cette disposition précise le contenu de la nomenclature et les modalités d'adoption et de modification par le Gouvernement. Les tarifs de la nomenclature constituent pour tous les

dispensateurs de soins, le maximum des montants pouvant être exigés pour la couverture des prestations et interventions visées à l'article 43/7.

Le Gouvernement peut prévoir des règles relatives à la facturation de suppléments et à ce qu'ils recouvrent, étant entendu que les suppléments couvrent d'autres prestations et interventions que celles visées à l'article 43/7.

Le Gouvernement peut modifier cette nomenclature :

1° sur la base de la proposition formulée d'initiative, pour ce qui les concerne, par la Commission technique visée à l'article 23, § 4 ou les Commissions visées aux articles 12, 13, 14, 15, 23 et 24 ;

2° sur la base d'une proposition du Ministre ayant la Santé dans ses attributions, soumise pour avis à la Commission et au Comité de branche compétent.

Article 15

Cet article crée, au sein du budget de l'Agence, un fonds budgétaire alimenté par la récupération des trop-perçus et des indus, et dédié au financement de certains frais de mission. La création d'un fond budgétaire facilite la rapidité de récupération et de liquidation des budgets de l'Agence au départ et vers les organismes assureurs wallons.

Article 16

Cet article attribue au Gouvernement la détermination du système de responsabilisation des sociétés mutualistes régionales, pour leur gestion, la capacité pour ces derniers de constituer des réserves (nécessaires pour assurer la stabilité financière du système).

Par ailleurs, il autorise le Gouvernement à fixer, notamment, les modalités pour l'introduction d'un ticket modérateur (part des prestations restant à charge des bénéficiaires) et le régime du tiers payant (paiement direct des organismes assureurs wallons aux opérateurs).

Il prévoit également la conclusion d'un accord de coopération avec l'autorité fédérale en vue de fixer les modalités de leur intervention dans l'assurance protection sociale wallonne pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et pour la Caisse des soins de santé HR Rail .

Article 17

Cet article constitue la base décrétable pour l'activation du mécanisme du maximum à facturer (MAF) au niveau régional. Les modalités d'application devront être définies, sachant que, pour le moment, le « compteur MAF fédéral » est uniquement alimenté, pour ce qui concerne les tickets modérateurs liés aux compétences transférées, par le coût à charge du patient (tickets modérateurs) dans les centres de revalidation fonctionnelle transférés dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat (politique dite de « long term care »).

Article 18

Cet article conditionne le paiement des prestations à l'obligation donnée aux dispensateurs de soins de remettre aux bénéficiaires wallons et aux organismes assureurs wallons les attestations de soins portant sur les prestations qui sont dispensées.

Il prévoit également la capacité à demander des acomptes, dans les limites des conventions définies entre les organismes assureurs wallons et les dispensateurs de soins. Il est également prévu de remettre aux bénéficiaires un document justificatif dans certains cas précis.

Ces obligations (attestations de soins et documents justificatifs) visent également à assurer la transparence sur le coût à charge de l'assurance protection sociale wallonne et à responsabiliser les acteurs et les bénéficiaires.

Article 19

A l'instar de ce qui existe au fédéral, les conditions précises de facturation sont, sauf exception, subordonnées à la conclusion d'une convention entre les organismes assureurs wallons (en tant que représentant leurs affiliés) et les dispensateurs de soins. Le Gouvernement peut également fixer la périodicité de facturation. Il s'agit ici principalement de la périodicité de la facturation du dispensateur de soins vers l'organisme assureur dans le cadre du régime du tiers-payant, que cette facturation soit mensuelle ou trimestrielle.

Article 20

Cette disposition traite des données à caractère personnel et de la protection y afférente. Elle prévoit la conformité aux règles en vigueur du traitement des données à caractère personnel dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

Dans ce cadre, les organismes assureurs wallons collectent et traitent les données à caractère personnel, et les échangent entre eux dans le souci de la protection de la vie privée des bénéficiaires wallons.

L'article prévoit également que l'Agence et les organismes assureurs wallons sollicitent les autorisations nécessaires pour l'accès à des données personnelles et à leur traitement provenant de sources de données externes.

Le Gouvernement détermine la durée maximale de conservation des données mais également les modalités d'échange des données de manière dématérialisée. Par ailleurs, l'obligation réciproque et inconditionnelle d'échanger l'intégralité des données disponibles par le biais de la plateforme eHealth est réglé par un accord de coopération entre l'Etat et les collectivités fédérées compétentes.

Les sociétés mutualistes régionales wallonnes visées à l'article 43/3, § 1er, 1° adhèrent à la Banque-carrefour de la sécurité sociale en tant qu'institutions de sécurité sociale au sens de l'article 2, alinéa 1er, 2°, b) de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de sécurité sociale.

Les communications de données entre les organismes assureurs wallons et les dispensateurs de soins sont encadrées par un intégrateur de services adéquat et la protection technique et administrative de ces flux de données sera contrôlée par un comité de surveillance indépendant.

Articles 21 à 22

Ces articles établissent la base légale pour l'échange dématérialisé des données dans le cadre de l'ouverture des droits et de la facturation des prestations. Il établit notamment la base pour l'accès des organismes assureurs wallons au Registre national des personnes physiques.

Article 23

Cet article prévoit la récupération des prestations payées indûment dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

Articles 24 à 28

Pour ce qui concerne les sanctions administratives, l'objectif est de permettre à la Région wallonne de disposer de son propre régime de sanctions disciplinaires dans le cadre du fonctionnement de l'assurance protection sociale wallonne.

Les articles précisent que plusieurs des mesures peuvent être prises :

1°exiger la cessation de l'agissement répréhensible constaté et la régularisation de la situation dans un délai qu'il fixe ;

2° prononcer une amende administrative;

3° nommer, conformément aux modalités visées à l'article 61 de la loi du 6 août 1990, un commissaire spécial dont la rémunération est fixée par l'Office de contrôle des mutualités ou l'Agence et supporté par la société mutualiste régionale wallonne.

Les sanctions administratives sont les suivantes :

1°la sanction administrative visée à l'article 62bis, alinéa 1er, 1°;

2° une amende de 10.000 euros lorsque, malgré un avertissement écrit, l'organisme assureur wallon ne remplit, dans un délai d'un mois, l'obligation prévue à l'article 10/3, § 2 ou entrave le contrôle visé à l'article 43/4 ;

3°une amende de 2.000 euros, lorsque les données ne correspondent pas avec la source authentique ou ne contiennent pas les informations nécessaires à l'identification complète des prestations et des dispensateurs de soins qui les ont réalisées, et ce chaque fois que l'Agence le demande ;

4°une amende de 10.000 euros lorsque, malgré un avertissement écrit, l'organisme assureur wallon ne solutionne pas, dans un délai de douze mois, les manquements constatés relatifs à la gestion des dossiers ;

5°une amende de 500 ou de 1.000 euros lorsque l'organisme assureur wallon n'a pas interrompu la prescription pour la récupération de paiements indus d'un montant de, respectivement 151 euros ou plus ou plus de 1.250 euros ;

6°une amende de 2.000 euros par cas de non-inscription lorsque l'organisme assureur wallon n'a pas, dans un délai de deux mois, apporté la preuve que le montant de l'indu ou de l'amende a été mis à charge des frais d'administration ;

7° une amende de 400 euros par montant, lorsque l'organisme assureur wallon a inscrit sur la liste des montants effectivement récupérés des montants qui n'ont pas à s'y trouver ;

8° une amende de 1.000 euros par assuré wallon ou prestataire de soins lorsque l'organisme assureur wallon a, par faute, erreur ou négligence, payé à un assuré wallon ou un dispensateur de soins des prestations indues ou trop élevées ou a perçu des cotisations suffisantes ;

9° une amende de 1.000 euros par assuré ou cas d'octroi ou maintien erroné, lorsque l'organisme assureur wallon n'a pas apporté la preuve, dans un délai de trois mois, que l'affiliation ou l'inscription d'un assuré dans une qualité erronée a été régularisée ;

10° une amende de 1.000 euros par assuré ou prestataire de soins lorsque, par erreur, faute ou négligence, l'organisme assureur wallon a omis de payer une prestation de l'assurance protection sociale wallonne ou a payé un montant inférieur au montant dû ;

11° une amende de 10.000 euros lorsque l'organisme assureur n'a pas transmis les données à intégrer à la Banque carrefour de la sécurité sociale, et ce chaque fois que l'Agence en fait la demande.

Les sanctions administratives suivantes sont prononcées à l'encontre des dispensateurs de soins :

1° une amende correspondant au triple du montant du dépassement avec un minimum de 1.000 euros pour les dispensateurs de soins ayant adhéré aux conventions qui ne respectent pas les prix et honoraires fixés ;

2° une amende de 1.000 euros pour les dispensateurs de soins qui n'informent pas les bénéficiaires wallons de leur adhésion ou refus d'adhésion aux conventions qui les concernent ;

3° une amende de 1.000 euros par attestation de soins établie erronément ;

4° une amende de 2.000 euros pour les dispensateurs de soins qui, d'une quelconque manière, entravent le contrôle portant sur le respect de la législation et réglementation de l'assurance protection sociale wallonne.

Une amende administrative de minimum 400 EUR et de maximum 4.000 EUR est prononcée contre le bénéficiaire wallon qui, sur la base d'une fausse déclaration ou d'un faux document, a bénéficié indument de prestations ou interventions dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

Les dispositions précisent également la procédure à suivre et la prescription des actions.

Les sanctions administratives visées dans le présent Livre peuvent uniquement être prononcées si le ministère public estime qu'aucune poursuite pénale ne doit être entreprise ou qu'il ne doit pas être fait application des articles 216bis et 216ter du Code d'instruction criminelle.

Article 29

Les dispositions inscrites dans cet article organisent les critères de rattachement qui règlent le paiement des prestations par les organismes assureurs wallons. Le principe général retenu est celui du domicile du bénéficiaire. Pour être bénéficiaire des prestations et interventions, il faut être domicilié

sur le territoire de la région de langue française. Une exception est toutefois prévue pour ce qui concerne le prix d'hébergement hospitalier, compte tenu de ce que ce dispositif est lié à l'accueil et l'utilisation des infrastructures par les patients, quel que soit leur origine. L'hôpital a une obligation universelle d'accueil des patients.

Dans le cadre de ce principe général, il est également prévu que la Région puisse conclure un accord de coopération avec les entités fédérées compétentes (pour la Belgique) et avec l'autorité fédérale (pour l'étranger) pour les prestations et les interventions en vue d'assurer la réciprocité via ce qui est appelé la portabilité des droits, à savoir l'intervention de l'assurance protection sociale wallonne aux assurés wallons sur le reste du territoire belge et les compensations financières pour les interventions de l'assurance protection sociale wallonne dans des prestations réalisées en région de langue française, en faveur des assurés relevant d'une autre entité fédérée ou en faveur d'un étranger.

Article 30

Cet article précise que le Gouvernement élabore les règlements relatifs à l'ouverture du droit aux prestations et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations et des interventions.

Il stipule également que le Gouvernement peut déléguer cette mission.

Article 31

Cet article organise la base décrétable pour la récupération auprès de l'Agence des prestations payées par les organismes assureurs wallons en faveur de leurs affiliés.

Par ailleurs, il organise une base décrétable pour définir des modalités spécifiques de facturation pour les personnes qui ne relèvent pas d'un organisme assureur wallon. Il s'agit de personnes qui ne relèvent pas en ligne directe de l'assurance maladie-invalidité fédérale, essentiellement car ils ne paient pas de cotisations sociales ou ne sont pas à charge de personnes qui leur ouvrent l'accès à l'assurance. Par exemple les détenus (qui relèvent du SPF Justice), les fonctionnaires européens (assurances privées), les membres de la marine marchande, les personnes en séjour illégal (qui relève du SPP Intégration sociale), les personnes qui vivent à partir du revenu de leurs biens mobiliers ou immobiliers, etc.

Article 32

Cet article renvoie à l'article 136, §1^{er} de la loi du 14 juillet 1994, pour ce qui constitue la base légale de l'organisation des règles de réciprocité internationale en matière de droit aux prestations.

L'article 136, §1^{er} de la loi du 14 juillet 1994 est rédigé comme suit :

Art. 136. § 1er. Sous réserve de l'application de l'ordre juridique international, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge.

Elles peuvent toutefois être accordées :

a) dans les conditions déterminées par le Roi;

- b) *dans les conditions prévues au sein de conventions conclues entre le Comité de l'assurance et le Comité de gestion des indemnités et les organismes compétents étrangers visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les régions frontalières par la fixation de règles de coopération ;*
- c) *dans les conditions prévues au sein de conventions particulières, dont le contenu s'inscrit dans le cadre général des règles fixées par les conventions internationales, conclues entre les personnes visées à l'article 2 i) et n), belges et étrangères, pour réaliser un accès simplifié à des prestations transfrontalières et qui ont été approuvées par le Comité de l'assurance et/ou le Comité de gestion des indemnités.*

Le Roi fixe les règles selon lesquelles les montants qui, en application de l'ordre juridique international, sont à charge de l'assurance, et qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans (l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008), sont fixés, portés en compte, récupérés et comptabilisés.

Cette référence permet de s'inscrire dans la continuité en ce qui concerne les droits et obligations internationales de la Wallonie, telle que découlant de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie invalidité pour ce qui concerne les prestations transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, et qui sont reprises dans le présent dispositif.

Par ailleurs, le paragraphe 2 organise le remboursement des prestations lorsque ces prestations sont liées à un dommage réparé en vertu d'une autre réglementation. Il est ici par exemple question des dommages couverts par des assurances en accident du travail ou des assurances accidents de droit commun. Il est à noter que les termes « législation belge » couvrent l'ensemble de la réglementation en la matière adoptée par l'Etat fédéral et par les entités fédérées.

Enfin, le double remboursement est interdit.

Article 33

Cet article réaffirme un principe général de continuité : les organismes assureurs wallons succèdent aux droits et obligations nés dans le chef des mutualités, unions nationales des mutualités, de la CAAMI et de la Caisse des soins de santé HR Rail suite à la sixième réforme de l'Etat.

Article 34

Cet article est à lire en parallèle à l'article 3 du présent décret. Il organise les voies de recours en ce qui concerne l'assurance protection sociale wallonne. Ces voies de recours sont ouvertes auprès des tribunaux du travail (cfr. commentaire de l'article 5).

Article 35

Cette disposition a pour objectif d'assurer juridiquement la continuité du paiement des prestations tel qu'il existe actuellement, par exemple si les sociétés mutualistes régionales ne sont pas encore instituées. Dans ce cadre, il est prévu que les mutualités et les unions nationales de mutualités continuent à liquider les moyens aux dispensateurs de soins et aux bénéficiaires wallons sur la base de

l'ensemble des droits et obligations découlant de la loi AMI et ses arrêtés d'exécution. Il en va de même pour ce qui concerne la CAAMI et la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Dans ce cadre, pour 2019, le Gouvernement peut subventionner les mutualités en ligne directe pour couvrir les frais de gestion et de missions.

Par ailleurs, les règles en termes de reporting et de suivi des dépenses, pour l'année 2019, sont celles qui sont applicables avant l'entrée en vigueur de décret, à savoir les règles déterminées par l'INAMI.

Article 36

Cet article prévoit que pour couvrir les 9 premiers mois de l'entrée en vigueur du présent décret, le Gouvernement peut verser une avance aux organismes assureurs.

Article 37

Cette disposition prévoit une série de dérogations :

- à l'article 8 : si au premier janvier 2019, l'accord de coopération n'est pas conclu, le Gouvernement conclut une convention avec l'OCM afin de fixer les modalités de contrôle des organismes assureurs wallons ;
- à l'article 16 : si au 1er janvier 2019, un accord de coopération n'a pas été adopté, le Gouvernement conclut une convention avec la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse de soins de santé de HR Rail. Cette convention respecte au minimum :
 - a) les exigences déterminées à l'article 43/3, § 2 à l'exception des 1°, 3° et à ses arrêtés d'exécution ;
 - b) les exigences relatives à l'affectation de l'excédent des frais de gestion et à la transmission du document à l'Agence établissant les frais de fonctionnement

Article 38

Cette disposition prévoit une dérogation à l'article 26. Dans l'attente de la conclusion de cet accord de coopération, afin d'éviter un sous-financement des secteurs institutionnels, il est dérogé au principe général du lien strict au lieu de domicile, de la façon suivante :

- Pour les prestations fournies par des institutions ou établissements de soins (par exemple les maisons de repos, les hôpitaux...), les organismes assureurs wallons interviennent d'office pour autant que les institutions/établissements soient agréés par la Région wallonne et que le lieu d'exploitation de l'institution/établissement soit situé sur le territoire de langue française (autrement dit le territoire de la Wallonie hors Communauté germanophone).
- Pour les autres prestations fournies en ambulatoire, à savoir les aides à la mobilité, les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire et l'assistance au sevrage tabagique (patch tabac), les organismes assureurs wallons interviennent sur la base du domicile du bénéficiaire final (y compris l'adresse de référence) pour autant que ce bénéficiaire soit inscrit au registre de la population ou au registre des étrangers.

Ces dispositions ont été prises tant pour assurer la continuité des prestations aux patients que le paiement aux institutions. Cette disposition devra faire l'objet d'une évaluation sur les transferts de charges entre entités fédérées pour les paiements liés à des institutions.

Article 39

Cette disposition prévoit l'application de la Charte de l'assuré social aux bénéficiaires wallons dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne.

Article 40

Cette disposition prévoit la date d'entrée en vigueur du décret, à savoir le 1^{er} janvier 2019.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le Gouvernement fixe l'entrée en vigueur des missions prévues à l'article 43/7 tel qu'inséré par l'article 10 du présent décret.