

Avant-projet de décret relatif aux organismes assureurs de la Communauté française

Art. (1). Au sens du présent décret, on entend par :

1° convention de revalidation : un accord conclu avec un hôpital universitaire ou un centre dépendant d'un hôpital dans le cadre de la politique de revalidation long term care visée par l'article 5, § 1^{er}, I, 5°, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

2° patient admis en hospitalisation : le patient auquel un hôpital facture le prix d'hébergement en application de l'article 2 du décret du 17 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire.

3° organismes assureurs de la Communauté française : les organismes assureurs visés à l'article (3) du présent décret ;

4° loi du 14 juillet 1994 : loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

5° bénéficiaires des prestations : les patients admis en hospitalisation et les patients bénéficiant de soins dans le cadre de l'exécution d'une convention de revalidation ;

6° Conseil communautaire des établissements de soins : le conseil visé à l'article 2, § 1^{er}, du décret du (...) relatif à la politique de revalidation long terme care des hôpitaux universitaires ;

7° dispensateur de soins : institution et prestataire qui fournissent les prestations visées à l'article (2) ;

8° Code : le Code wallon de l'action sociale et de la santé

Art. (2). Les organismes assureurs de la Communauté française interviennent dans le coût des prestations suivantes :

1° le prix d'hébergement visé à l'article 2 du décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpitaux universitaires ;

2° les soins réalisés en exécution d'une convention de revalidation.

Art. (3). § 1^{er}. Sont reconnus comme organismes assureurs de la Communauté française :

1° les sociétés mutualistes régionales wallonnes reconnues comme organismes assureurs wallons en application de l'article 43/2 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé ;

2° la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité ;

3° la Caisse des soins de santé de HR Rail.

§ 2. Pour l'application du § 1^{er}, 1°, le Gouvernement conclut un accord de coopération avec la Région wallonne en vue de fixer les modalités de l'intervention des sociétés mutualistes régionales wallonnes reconnues comme organismes assureurs wallons en application de l'article 43/2 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé dans le cadre de l'application du présent décret.

Pour l'application du § 1^{er}, 2° et 3°, le Gouvernement 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 le cadre de l'application du présent décret.

Art. (4). Les organismes assureurs de la Communauté française :

1° disposent du personnel affecté en vue d'accomplir les missions visées à l'article (2) ;

2° instaurent une gestion de trésorerie distincte, et, au sein de leur comptabilité, différencient tous les enregistrements par le biais de comptes comptables généraux et/ou analytiques distincts, pour l'accomplissement des missions visées à l'article 2.

27-12-2013

RAAD VAN STATE
WETGEVING

4

Dans le cadre du rapportage tel que prévu dans le Code, les organismes assureurs de la Communauté française communique à l'administration, les informations financières selon les modèles déterminés dans le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé visées à l'article (2) ;

3° sans préjudice des dispositions prévues par le Gouvernement, satisfont aux exigences comptables et financières prévues aux articles 29 à 37 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.;

4° établissent un contrôle de la conformité quant à l'octroi des prestations et interventions visées à l'article (2), selon les modalités définies par le Gouvernement ;

5° effectuent un rapportage de l'évolution des dépenses ayant trait aux missions visées à l'article (2) ;

6° garantissent la sécurité des données.

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

Art. (5). Pour l'application du présent décret, les bénéficiaires des prestations sont de plein droit :

1° affiliés à la société mutualiste régionale wallonne visée à l'article (3) 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.

Art (6). Le Gouvernement exerce un contrôle sur les organismes assureurs de la Communauté française portant sur l'ensemble des obligations qui leur incombent, édictées par le présent décret et ses arrêtés d'exécution.

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

Art. (7). 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 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, exerce un contrôle sur les sociétés mutualistes régionales wallonnes visées à l'article (3) conformément à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. et à ses arrêtés d'exécution.

Art. (8). § 1^{er}. Le Gouvernement détermine et modifie les modalités de financement des prestations visées à l'article (2), en ce compris la fixation de leur nomenclature après avoir recueilli l'avis du Conseil communautaire des établissements de soins.

§ 2. Le Gouvernement liquide aux organismes assureurs de la Communauté française les moyens financiers destinés au financement du coût des prestations visées à l'article (2), qui se composent du financement :

1° des prestations visées à l'article (2) ;

2° de leurs frais de gestion.

§ 3. Pour accomplir les missions prévues à l'article (2), le Gouvernement verse le premier jour ouvrable de chaque trimestre, aux organismes assureurs de la Communauté française, une avance égale à un quart des dépenses annuelles inscrites au budget pour couvrir les prestations visées par cette même disposition.

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

§ 4. Le Gouvernement verse des frais de gestion aux organismes assureurs de la Communauté française.

Le Gouvernement détermine les modalités de calcul des frais de gestion, leur répartition et modalités de liquidation.

§ 5. La nomenclature visée au § 1^{er} énumère les prestations, en fixe la valeur et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que les dispensateurs de soins habilités à les facturer. Les tarifs de la nomenclature constituent pour tous les dispensateurs de soins, le maximum des montants pouvant être exigés pour la couverture des prestations visées à l'article (2).

Art. (9). Le Gouvernement :

1° peut établir un système de responsabilisation des organismes assureurs de la Communauté française quant aux frais visés à l'article (8), § 2, 2° ;

2° alloue une subvention non-récurrente pour financer les adaptations informatiques des organismes assureurs de la Communauté française.

Art. (10). § 1^{er}. Les dispensateurs de soins, dont les prestations tombent dans le champ d'application du présent décret, remettent une attestation de soins aux organismes assureurs de la Communauté française, dans le cadre du régime du tiers payant.

§ 2. Les organismes assureurs de la Communauté française n'accordent pas le remboursement si l'attestation de soins ne leur est pas transmise. Ils tiennent à disposition du Gouvernement une copie sous format papier ou dématérialisée de ces attestations.

§3 Dans les limites fixées par les conventions telles que visées à l'article 11, des acomptes peuvent être perçus par les dispensateurs de soins pour les prestations à effectuer ou à fournir. Dans ce cas, les acomptes perçus donnent lieu à la délivrance d'un reçu au bénéficiaire.

§4 Les organismes assureurs adressent annuellement aux bénéficiaires un récapitulatif des prestations et interventions portant au minimum sur les prestations et interventions accordées dans le cadre du régime payant.

Art. (11). Les conditions de facturation des prestations visées dans le présent décret sont subordonnées à la conclusion d'une convention qui définit les rapports financiers et administratifs entre les hôpitaux universitaires ou prestataires et les bénéficiaires des prestations, ainsi que les rapports entre ces hôpitaux, le Gouvernement et les organismes assureurs de la Communauté française.

Le Gouvernement approuve la convention visée à l'alinéa 1^{er}.

Art. (12). Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre de l'exécution du présent décret est, à tout moment, conforme à la réglementation en vigueur en matière de vie privée 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 de la Communauté française 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 de la Communauté française limitent la collecte et le traitement de ces données à ce qui est nécessaire dans le cadre de l'exécution du présent décret.

§ 3. Le Gouvernement et les organismes assureurs de la Communauté française 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'exécution du présent décret 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 (3), 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 de la Communauté française 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. (13). Les articles 7, 8 et 163bis de la loi du 14 juillet 1994 sont applicables au Gouvernement ainsi qu'aux organismes assureurs de la Communauté française.

Art. (14). Dans tous les cas où le présent décret ainsi que ses arrêtés d'exécution et les règlements prévoient que des documents papiers sont envoyés, il est fait usage de l'information relative à la résidence principale visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 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 1^{er} sur demande écrite de l'intéressé.

Art. (15). Celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations en exécution du présent décret, est tenu au remboursement de leur valeur à l'organisme assureur de la Communauté française qui les a payées.

Les modalités d'application de l'alinéa 1^{er} sont définies par le Gouvernement

Art. (16). § 1^{er}. Lorsque le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités ou le Gouvernement constate qu'une société mutualiste régionale wallonne visées à l'article (3), § 1^{er}, °, ne respecte pas les obligations qui lui incombent en application et en exécution – respectivement - de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ou du présent

décret, 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 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, un commissaire spécial dont la rémunération est fixée par l'Office de contrôle des mutualités ou le Gouvernement et supporté par la société mutualiste régionale wallonne visées à l'article (3), 1°.

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

§ 2. L'Office de contrôle des mutualités prononce à l'égard des sociétés mutualistes régionales wallonnes visées à l'article (3), 1°, les sanctions administratives visées aux articles 62bis, alinéa 1er, 1° et 62ter de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités .

§ 3. Le Gouvernement prononce, à l'égard des organismes assureurs de la Communauté française, les sanctions administratives 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 de la Communauté française entrave le contrôle visé à l'article 6 ;

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 le Gouvernement le demande ;

4° une amende de 10.000 euros lorsque, malgré un avertissement écrit, l'organisme assureur de la Communauté française 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 de la Communauté française 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 de la Communauté française 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 de la Communauté française 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 bénéficiaire lorsque, par erreur, faute ou négligence, l'organisme assureur de la Communauté française a omis de payer une prestation visée par le présent décret ou a payé un montant inférieur au montant dû ;

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

Le Gouvernement 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 de la Communauté française 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.

Le gouvernement peut prononcer des sanctions administratives à l'égard des mutualités qui ne respectent pas le présent décret

Art. (17). § 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 125 euros pour les dispensateurs de soins qui ne respectent pas les prix et honoraires fixés dans une convention de revalidation ;

2° une amende de 125 à 500 euros par attestation de soins établie erronément ;

3° une amende de 125 à 250 euros pour les dispensateurs de soins qui, d'une quelconque manière, entravent le contrôle portant sur le respect de la législation et réglementation du présent décret.

Art. (18). Les sanctions administratives visées dans le présent décret 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. Les infractions visées dans le présent décret sont recherchées, constatées et sanctionnées conformément au Code pénal social.

Art. (19). § 1^{er}. L'action relative au paiement :

1° des prestations prévues par le présent décret se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis ;

2° des sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement des prestations 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 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 par les organismes assureurs de la Communauté française 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 ;

Le délai de prescription visé à l'alinéa 2 est porté à cinq ans dans le cas où l'octroi indu de prestations 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.

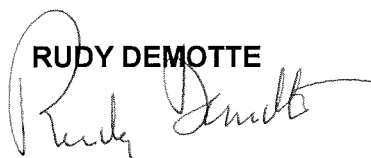
§ 4. Les prescriptions visées au paragraphe 1^{er} sont suspendues pour cause de force majeure.

Art. (20). Les organismes assureurs de la Communauté française récupèrent auprès du Gouvernement les prestations payées par eux au bénéfice de leurs affiliés, selon les modalités prévues par le Gouvernement en application de l'article (8).

Art. (21). Un point 74 pour la création d'un Fonds budgétaire pour le financement de organismes assureurs de la Communauté française est ajouté au tableau de l'annexe du décret du 27 octobre 1997 contenant les fonds budgétaires figurant au budget général des dépenses de la Communauté française selon le tableau repris à l'annexe 1 du présent décret.

Dispositions finales

Art. (22). Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.


RUDY DEMOTTE
Ministre-Président

Annexe 1

Dénomination du Fonds budgétaire	Nature des recettes affectées	Objet des dépenses autorisées
73. Fonds pour le financement de organismes assureurs de la Communauté française.	Recettes résultants du remboursement d'excédents de versements aux organismes assureurs de la Communauté française pour couvrir la liquidation des interventions et prestations visées à l'article 2 du Décret relatif aux organismes assureurs de la Communauté française.	Dépenses relatives aux missions visées à l'article 2 du Décret relatif aux organismes assureurs de la Communauté française, à savoir : 1° le prix d'hébergement visé à l'article 2 du décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpitaux universitaires ; 2° les soins réalisés en exécution d'une convention de revalidation.

AVANT-PROJET DE DÉCRET RELATIF AUX ORGANISMES ASSUREURS DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

EXPOSÉ DES MOTIFS

1. Contexte

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

c. Les soins de santé mentale

d. La politique de prévention

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

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 Communauté française (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 transfert de l'exercice de la compétence de la Communauté française 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 Communauté française reste compétente car ayant un lien avec l'enseignement (jusqu'à l'université), la recherche et le sport. Les matières pour lesquelles la Communauté française est restée compétente sont :

- la prévention pour enfants et adolescents et jeunes adultes ;
- l'agrément et le contingentement des professionnels de santé ;
- les contrôles médico-sportifs.
- **les hôpitaux universitaires francophones (financement des infrastructures hospitalières et conventions de revalidation) ;**

C'est cette dernière compétence qui est visée dans le présent avant-projet de décret.

2. 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 ont continué à assurer la gestion et l'administration et donc à assurer les remboursements aux patients des factures des prestataires individuels ou institutionnels dans le secteur des conventions de revalidation.

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 subsidiaire aux opérateurs, sont clôturées (c'est le cas pour le financement des infrastructures hospitalières) et c'est maintenant le Ministère de la Communauté française 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, ont vu leurs périodes transitoires prolongées jusqu'au 31 décembre 2018. C'est le cas de la gestion des conventions de revalidation.

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

3. La réforme du soutien au financement des infrastructures hospitalières

Le Parlement de la Communauté française a adopté, le 19 juillet 2017, le décret relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire. Le nouveau mécanisme de soutien au financement des infrastructures hospitalières repose en grande partie sur le principe du prix d'hébergement hospitalier.

Le Gouvernement 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.

4. Rôle des organismes assureurs wallons pour le compte de la Communauté française

En Région Wallonne, le décret portant modification du code wallon de l'action sociale et de la santé en vue de la reconnaissance des organismes assureurs 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 sociale 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.

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.

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.

Dès lors, afin de garantir la continuité du service au 1er janvier 2019, partant du fait que la Communauté française exerce en matière de santé des compétences limitées et qu'il n'était dès lors ni opportun ni efficient de créer des organismes assureurs spécifiques à la Communauté française, il a été convenu d'établir un accord de coopération entre la Communauté française et la Région wallonne afin de reconnaître les sociétés mutualistes régionales wallonnes de la

Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et de HR Rail en qualité d'organismes assureurs wallons pour le compte de la Communauté française.

L'accord précité se base sur l'article 2, 9°, b de l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables à ces matières, qui prévoit que la Wallonie, la Communauté française et la Cocof doivent reconnaître les mêmes opérateurs, dont les mutualités.

Concrètement, la Communauté française et la Région wallonne conviennent que les organismes assureurs wallons reconnus par la Région wallonne en application de l'article 43/3 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé ont de plein droit la qualité d'organismes assureurs de la Communauté française pour l'exercice des missions suivantes :

- A partir du 1er janvier 2019, les soins réalisés en exécution d'une convention de revalidation ;
- A partir du 1er janvier 2020, le prix d'hébergement visé à l'article 2 du décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpitaux universitaires.

Dans ce cadre, il est prévu que le Gouvernement de la Communauté française alloue aux organisations assureurs wallons des frais de gestion, ainsi qu'une subvention non-récurrente permettant de financer les adaptations informatiques des organismes assureurs wallons, afin d'exercer les missions prévues. Par ailleurs, ces organismes assureurs reconnus ainsi comme organismes assureurs de la Communauté française instaurent une gestion de trésorerie distincte et, au sein de leur comptabilité, différencient tous les enregistrements par le biais de comptes comptables généraux et/ou analytiques distincts pour l'accomplissement des missions visées.

En parallèle à cet accord de coopération, un avant-projet décret relatif aux organismes assureurs de la Communauté française doit également être rédigé, pour deux raisons principales :

- Premièrement, les relations entre la Communauté française, d'une part, et la CAAMI et la Caisse des soins de santé de HR Rail, d'autre part, ne concernent pas la Région wallonne. Elles doivent, donc, être réglées dans un décret de la Communauté française ;
- Deuxièmement, les sociétés mutualistes que la Communauté française va reconnaître ne sont pas créées conjointement par la Communauté française et la Région wallonne, mais sont créées par la Région wallonne seule, la Communauté française faisant appel à ces caisses pour l'exercice de ses compétences propres.

AVANT-PROJET DE DECRET RELATIF AUX ORGANISMES ASSUREURS DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Cet article précise les différentes définitions.

Article 2

Cet article détermine les missions des organismes assureurs (OA) dans le cadre du financement des hôpitaux universitaires.

Le Parlement de la Communauté française a adopté, le 19 juillet 2017, le décret relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire. Le nouveau mécanisme de soutien au financement des infrastructures hospitalières repose en grande partie sur le principe du prix d'hébergement hospitalier.

Par ailleurs, 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, ont vu leurs périodes transitoires prolongées jusqu'au 31 décembre 2018. C'est le cas de la gestion des conventions de revalidation. La gestion de celle-ci est reprise par la Communauté française au 1^{er} janvier 2019.

Dès lors, afin de garantir la continuité du service au 1^{er} janvier 2019, partant du fait que la Communauté française exerce en matière de santé des compétences limitées et qu'il n'était dès lors ni opportun ni efficient de créer des organismes assureurs spécifiques à la Communauté française, il a été convenu d'établir un accord de coopération entre la Communauté française et la Région wallonne afin de reconnaître les sociétés mutualistes régionales wallonnes de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et de HR Rail en qualité d'organismes assureurs wallons pour le compte de la Communauté française.

Article 3

Cet article organise la reconnaissance des organismes assureurs wallons comme organismes assureurs de la Communauté française.

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 de la Communauté française. Le texte vise donc une continuité par rapport à la situation actuelle à l'échelon fédéral.

Un accord de coopération d'une part pour les OA wallons et d'autre part pour la CAAMI et la Caisse de soins de santé de HR Rail doit être conclu entre la Communauté française et, respectivement, la Région wallonne et le fédéral pour régler les modalités pratiques de cette reconnaissance ainsi que la répartition des compétences.

La reconnaissance des OA wallons a été réglée par le récent décret du 7 novembre 2018 relatif aux organismes assureurs et à leur reconnaissance.

Article 4

Cette disposition définit ensuite les conditions pour être reconnue comme organisme assureur de la Communauté française. Pour être reconnu comme organisme assureur de la Communauté française, 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 le Gouvernement 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.

Article 5

Cet article attribue, par effet du décret, la qualité d'affilié d'un organisme assureur wallon à chaque assuré en fonction de sa situation antérieure. Il vise donc à fixer les modalités de répartition des assurés entre les différents organismes assureurs de la Communauté française 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 : il est affilié de plein droit de la société mutualiste régionale wallonne de l'union nationale de sa mutualité.

Les assurés 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 aux organismes assureurs wallons.

Articles 6 et 7

Ces dispositions visent le contrôle des organismes assureurs de la Communauté française.

Ce contrôle est de deux ordres : d'une part, le contrôle par le Gouvernement du respect par les organismes assureurs de leurs obligations, et, d'autre part, le contrôle du fonctionnement des organismes assureurs par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM). Ce dernier 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. En ce qui concerne le contrôle par l'OCM, l'accord de coopération réglera la répartition des compétences entre les différents intervenants.

Article 8

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 le Gouvernement des organismes assureurs wallons, tant pour les frais de missions (autrement dit les prestations et interventions en faveur des assurés) 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.

Article 9

Cet article permet d'une part d'établir un mécanisme de responsabilisation des organismes assureurs par rapport aux montants facturés pour leurs frais de gestion.

Il prévoit en outre qu'une subvention non récurrente soit allouée en vue d'adaptation des outils informatiques que les organismes assureurs doivent effectuer pour s'acquitter des missions qui leur sont confiées par la Communauté française.

Article 10

Cet article conditionne le paiement des prestations à l'obligation donnée aux dispensateurs de soins de remettre aux bénéficiaires des prestations et aux organismes assureurs 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 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 les coûts et à responsabiliser les acteurs et les bénéficiaires.

Article 11

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 (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 12

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 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.

L'article prévoit également que le gouvernement et les organismes assureurs 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 (et donc de la Communauté française) 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 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 13 et 14

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 15

Cet article prévoit la récupération des prestations payées indûment.

Articles 16 à 19

Pour ce qui concerne les sanctions administratives, l'objectif est de permettre à la Communauté française de disposer de son propre régime de sanctions disciplinaires dans le cadre du financement des hôpitaux universitaires.

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 le Gouvernement 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 le Gouvernement 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 le Gouvernement 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 par attestation de soins établie erronément ;

3° une amende de 2.000 euros pour les dispensateurs de soins ou hôpitaux qui, d'une quelconque manière, entravent le contrôle portant sur le respect de la législation et réglementation du présent décret.

Les sanctions administratives visées dans le présent décret 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 20

Cet article organise la base décrétable pour la récupération auprès du Gouvernement des prestations payées par les organismes assureurs en faveur de leurs affiliés.

Article 21

Cet article crée, au sein du budget de la Communauté française, 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 au départ et vers les organismes assureurs wallons.

Article 22

L'entrée en vigueur est concomitante à celle de l'accord de coopération et permet le financement sur la base des nouvelles règles dès 2019.