

Projet d'arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant exécution des articles 8 et 15 du décret du 25 avril 2019 relatif aux organismes assureurs de la Communauté française

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire, l'article 1^{er} ;

Vu l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20 décembre 2017 portant exécution du décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire, l'article 9 ;

Vu le décret du 25 avril 2019 relatif aux organismes assureurs de la Communauté française, les articles 1^{er}, 2, 3, 8 et 15 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le *14 décembre 2020 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné 7 janvier 2021 ;

Vu le test genre établi le 6 juillet 2020 ;

Vu l'accomplissement, en date du 20 janvier 2021 de la concertation intra-francophone, en application du décret du 3 avril 2014 portant assentiment à l'accord de coopération-cadre 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 en ces matières ;

Vu l'avis n°** du Conseil d'Etat, donné le **/**/, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Hôpitaux universitaires ;

Après délibération,

Arrête :

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté on entend par :

- 1° « Décret » : décret du 25 avril 2019 relatif aux organismes assureurs de la Communauté française ;
- 2° « Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20 décembre 2017 » : arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20 décembre 2017 portant exécution du décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire
- 3° « Convention » : les conventions de revalidation telles que définies à l'article 1^{er}, 1°, du décret ;
- 4° « Organismes assureurs » : les organismes visés à l'article 3, § 1^{er}, du décret ;
- 5° « Bénéficiaire » : le bénéficiaire des prestations, visé à l'article 1^{er}, 5°, du décret ;
- 6° « Administration » : le Service qui gère la matière des hôpitaux universitaires au sein du Ministère de la Communauté française ;
- 7° « Dispensateur de soins » : les dispensateurs de soins visés à l'article 1^{er}, 7°, du décret ;
- 8° « MyCareNet » : application d'échange de données organisée dans le cadre de la plate-forme eHealth créée par la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

9° « Hôpitaux universitaires » :

- a) le Centre hospitalier universitaire de Liège ;
- b) les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwé-Saint-Lambert ;
- c) les Cliniques universitaires de Mont-Godinne ;
- d) l'Hôpital Erasme à Anderlecht ;

10° « Ministre » : la Ministre ayant les hôpitaux universitaires dans ses attributions ;

11° année N : l'année au cours de laquelle les avances et les frais sont liquidés aux organismes assureurs ;

12° année N - 1 : l'année précédant l'année visée au 11° ;

13° année N - 2 : l'année précédant l'année visée au 12° ;

14° année N + 1 : l'année suivant l'année visée au 11° ;

15° année N + 2 : l'année suivant l'année visée au 14° ;

16° modèles N : documents visés à l'article 16.

Article 2. Les organismes assureurs reconnus par la Communauté française sont tenus d'intervenir en faveur d'un bénéficiaire assuré auprès d'eux ou d'un prestataire de soins pour lequel la Communauté française est compétente. Les organismes assureurs interviennent dans la limite des moyens financiers qui leur sont alloués par la Communauté française.

Article 3. Le Gouvernement verse aux organismes assureurs un montant permettant de couvrir les dépenses liées aux prestations visées à l'article 2, 1° du décret, selon les modalités suivantes :

1° quatre avances trimestrielles au cours de l'année N ;

2° un défraiement pour les frais administratifs engendrés au cours de l'année N ;

3° une éventuelle régularisation à la hausse ou à la baisse des montants visés au littéra 1° dans les conditions prévues à l'article 6.

Dans les conditions fixées à l'article 5, le Gouvernement peut également verser aux organismes assureurs une ou plusieurs avances complémentaires au cours de l'année N.

Article 4. §1^{er}. Le montant d'une avance trimestrielle, telle que visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1°, pour l'ensemble des organismes assureurs, est proportionnel au montant du budget global annuel des dépenses liées aux prestations visées à l'article 2, 1°, du décret. Ce budget global annuel est calculé par application de la formule suivante :

$$B = X + Y$$

à lire de la manière suivante :

- **B** : le budget global pour l'année N à partir duquel sera ventilé le montant des avances trimestrielles visées à l'alinéa 1^{er}, 1° ;

- **X** : la somme des produits de la multiplication, effectuée pour chaque hôpital universitaire, du prix d'hébergement fixé au 1^{er} juillet de l'année N - 1 par le nombre de prestations ouvrant le droit à facturation en tant que journée d'hospitalisation effectuées du 1^{er} janvier au 30 juin de l'année N - 1. Ces journées d'hospitalisation sont renseignées par chaque organisme assureur dans le modèle N, visé à l'article 7, § 1^{er}.

- **Y** : la somme des produits de la multiplication, effectuée pour chaque hôpital universitaire, du prix d'hébergement fixé au 1^{er} juillet de l'année N par le nombre de prestations ouvrant le droit à facturation en tant que journée d'hospitalisation effectuées du 1^{er} juillet au 31 décembre de l'année N - 1. Ces journées d'hospitalisation sont renseignées par chaque organisme assureur dans le modèle N, visé à l'article 7, § 1^{er}.

Le prix d'hébergement de chaque hôpital est calculé conformément aux modalités de calcul fixées à l'article 9 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20 décembre 2017.

L'estimation du nombre de mètres carrés potentiellement admissibles est calculée conformément au prescrit de l'article 8 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20 décembre 2017.

Les journées d'hospitalisation sont déterminées par référence aux prestations visées à l'article 4, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 7°, 8° et 10°, et aux journées visées aux articles 10, §1^{er}, 3°, et 11, §1^{er}, de l'arrêté de la Communauté française du 20 décembre 2017.

§2. Le montant de la première et de la deuxième avance trimestrielle de l'année N octroyée à chaque organisme assureur correspond, pour chacune de ces avances, à la moitié de la valeur de X, définie au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}. La répartition de ces deux avances entre les organismes assureurs est proportionnelle au montant des dépenses relatives aux prestations ouvrant le droit à facturation en tant que journées d'hospitalisation, effectuées du 1^{er} janvier au 30 juin de l'année N-1.

§3. Le montant de la troisième et de la quatrième avances trimestrielles de l'année N octroyées à chaque organisme assureur correspond, pour chacune de ces avances, à la moitié de la valeur de Y, définie au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}. La répartition de ces deux avances entre les organismes assureurs est proportionnelle au montant des dépenses relatives aux prestations ouvrant le droit à facturation en tant que journées d'hospitalisation, effectuées du 1^{er} juillet au 31 décembre de l'année N-1.

§4. Les avances sont réparties entre les différents organismes assureurs sur la base des dépenses déclarées dans les modèles N et arrêtées par l'Administration :

1° pour le premier semestre de l'année N : au 30 septembre de l'année N-1 ;

2° pour le second semestre de l'année N: au 31 mars de l'année N.

Article 5. Le Gouvernement peut verser à un organisme assureur, au cours de l'année N, une avance complémentaire à l'avance trimestrielle visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1°, si celui-ci se trouve dans une situation d'insuffisance de trésorerie pour financer le coût des prestations visées à l'article 2, 1°, du décret.

Pour obtenir l'avance complémentaire, l'organisme assureur doit envoyer à l'Administration une demande d'avance complémentaire dûment justifiée ainsi qu'un récapitulatif des prestations prises en charge au cours du trimestre en cours d'exécution et le montant de la dernière avance trimestrielle reçue.

L'Administration accuse réception de la demande dans les deux jours ouvrables. L'avance complémentaire est versée au plus tard dans les vingt jours calendrier à compter de la date d'accusé de réception.

Le montant de l'avance complémentaire est déterminé selon la formule $X = A \times B$ où :

- X = montant de l'avance complémentaire ;
- A = nombre de jours restants avant le versement de la prochaine avance trimestrielle ;
- B = montant de la dernière avance trimestrielle perçue divisé par le nombre jours écoulés au cours du trimestre en cours d'exécution jusqu'au moment où la demande d'avance complémentaire est réceptionnée par l'Administration.

Article 6. §1^{er}. Dans les conditions déterminées au paragraphe 2, l'Administration procède, en année N +1, à une régularisation du montant des avances trimestrielles visées à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1°, versées à chaque organisme assureur en comparant les factures à charge des organismes assureurs déclarées dans les modèles N relatifs à l'année N et les montant des avances trimestrielles et complémentaires perçues pour cette même année par les organismes assureurs. Le décompte de ces

dépenses est arrêté définitivement par l'Administration au plus tard le 31 mai de l'année N +1 afin de déterminer le montant de la régularisation à effectuer pour chaque organisme assureur. Ce montant est ensuite transmis pour information aux organismes assureurs au plus tard le 30 juin de l'année N +1.

§2. La régularisation auprès d'un organisme assureur s'opère selon les modalités suivantes :

1° Si le montant des factures à sa charge déclarées dans les modèles N est supérieur aux avances trimestrielles et complémentaires qui lui ont été versées au cours de l'année N, l'Administration rembourse cette différence à l'organisme assureur. Le remboursement interviendra dans le courant du troisième trimestre de l'année N +1.

2° Si le montant des factures à sa charge déclarées dans les modèles N est inférieur aux avances trimestrielles et complémentaires qui lui ont été versées au cours de l'année N, l'organisme assureur est invité par l'Administration à effectuer le remboursement du trop-perçu pour le 31 juillet au plus tard.

Article 7. L'Administration verse aux organismes assureurs un montant permettant de couvrir les dépenses liées aux prestations visées à l'article 2, 2°, du décret, selon les modalités suivantes :

1° quatre avances trimestrielles au cours de l'année N ;

2° un défraiement pour les frais administratifs engendrés au cours de l'année N ;

3° une éventuelle régularisation à la hausse ou à la baisse des montants visés au littera 1°, dans les conditions prévues à l'article 11.

Dans les conditions fixées à l'article 9, le Gouvernement peut également verser aux organismes assureurs une avance complémentaire au cours de l'année N.

Article 8. §1^{er}. Le montant total d'une avance pour l'ensemble des organismes assureurs correspond à une enveloppe représentant le quart du budget global annuel des dépenses liées aux prestations visées à l'article 2, 2°, du décret. Ce budget global est déterminé en additionnant les budgets annuels de chacun des dispensateurs de soins. Le budget annuel de ces dispensateurs de soins est déterminé selon les modalités de la convention de revalidation qu'il a signée avec un hôpital universitaire ou un centre dépendant d'un hôpital universitaire dans le cadre de la politique de revalidation long term visée par l'article 5, §1^{er}, I, 5°, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

§2. Les avances sont réparties entre les différents organismes assureurs selon les modalités suivantes :

1° Le montant de chacune des deux premières avances octroyées à un organisme assureur correspond au montant de la quatrième avance que celui-ci a perçue en N -1 ;

2° Le montant de la troisième avance ainsi que le montant de la quatrième avance octroyée à un organisme assureur correspond au quart du montant des dépenses que celui-ci a déclarées dans les modèles N au cours de l'année N -1. Ces dépenses sont arrêtées par l'Administration au 31 mars de l'année N.

Article 9. Le Gouvernement peut verser à un organisme assureur, au cours de l'année N, une avance complémentaire à l'avance trimestrielle visée à l'article 7, alinéa 1^{er}, 1°, si celui-ci se trouve dans une situation d'insuffisance de trésorerie pour financer le coût des prestations visées à l'article 2, 2°, du décret.

Pour obtenir l'avance complémentaire, l'organisme assureur doit envoyer à l'Administration une demande d'avance complémentaire dûment justifiée ainsi qu'un récapitulatif des prestations prises

en charge au cours du trimestre en cours d'exécution et le montant la dernière avance trimestrielle reçue.

L'Administration accuse réception de la demande dans les deux jours ouvrables. L'avance complémentaire est versée au plus tard dans les vingt jours calendrier à compter de la date d'accusé de réception.

Le montant de l'avance complémentaire est déterminé selon la formule $X = A \times B$ où :

- X = montant de l'avance complémentaire ;
- A = nombre de jours restants avant le versement de la prochaine avance trimestrielle ;
- B = montant de la dernière avance trimestrielle perçue divisé par le nombre jours écoulés au cours du trimestre en cours d'exécution jusqu'au moment où la demande d'avance complémentaire est réceptionnée par l'Administration.

Article 10. §1^{er}. Dans les conditions déterminées au paragraphe 2, l'Administration procède à une régularisation du montant des avances visées à l'article 7, alinéa 1^{er}, 1°, versées à chaque organisme assureur en tenant compte des factures à sa charge déclarées par lui au cours de l'année N. Ces dépenses sont renseignées par les organismes assureurs soit dans les documents dits « T 3 » soit dans les modèles N lorsque l'organisme assureur se trouve en dehors du champ d'application du principe européen de libre circulation des personnes. Le décompte de ces dépenses est arrêté définitivement par l'Administration au plus tard le 31 mai de l'année N +1 afin de déterminer le montant de la régularisation à effectuer pour chaque organisme assureur. Ce montant est ensuite transmis pour information aux organismes assureurs au plus tard le 30 juin de l'année N +1.

§2. La régularisation auprès d'un organisme assureur s'opère selon les modalités suivantes :

1° Si le montant des factures à sa charge déclarées dans les modèles N ou les documents T 3, selon le cas est supérieur aux avances trimestrielles et complémentaires qui lui ont été versées au cours de l'année N, l'Administration rembourse cette différence à l'organisme assureur. Le remboursement interviendra dans le courant du troisième trimestre de l'année N +1.

2° Si le montant des factures à sa charge déclarées dans les modèles N ou les documents T 3, selon le cas est inférieur aux avances trimestrielles et complémentaires qui lui ont été versées au cours de l'année N, l'organisme assureur est invité par l'Administration à effectuer le remboursement du trop-perçu pour le 31 juillet de l'année N +1 au plus tard.

Article 11. Les frais visés aux articles 3, alinéa 1^{er}, 2° et 7, alinéa 1^{er}, 2°, sont calculés pour les organismes assureurs sur la base d'une enveloppe globale unique de cinq cent nonante et un mille neuf cent vingt-trois euros et trente-deux centimes.

Le montant de cette enveloppe globale est lié, à partir du 1^{er} janvier 2022, à l'indice pivot 109,69 indice de janvier 2020 (base 2013 = 100) des prix à la consommation. Ensuite, il est adapté le 1^{er} janvier de chaque année à l'indice auquel les prestations sociales sont liquidées à cette date. Le montant est arrondi au centime d'euro inférieur.

Cette enveloppe globale est répartie entre les organismes assureurs de la manière suivante :

1° une partie fixe équivalant à cinq pourcents de l'enveloppe globale est répartie à parts égales entre tous les organismes assureurs ;

2° une partie variable correspondant à nonante-cinq pourcents de l'enveloppe globale est ventilée entre les organismes assureurs comme suit :

- a) cinquante pourcents sont répartis au prorata du nombre total d'assurés effectifs au 31 décembre pour la Wallonie et Bruxelles (titulaires et personnes à charge) de chaque organisme assureur pour l'année N -1 ;
- b) quarante pourcents sont répartis au prorata du nombre total d'assurés effectifs au 31 décembre pour la Wallonie et Bruxelles de soixante-cinq ans et plus (titulaires et personnes à charge) de chaque organisme assureur pour l'année N -1 ;
- c) dix pourcents sont répartis au prorata du nombre total d'assurés effectifs au 31 décembre pour l'année N -1 pour la Wallonie et Bruxelles (titulaires et personnes à charge) bénéficiaires de l'intervention majorée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités au sein de chaque organisme assureur.

Les frais visés à l'alinéa 1^{er} sont versés aux organismes assureurs en même temps que le paiement de la deuxième et la quatrième avances trimestrielles visées aux articles 3, alinéa 1^{er}, 1^o et 7, alinéa 1^{er}, 1^o, et correspondent à la moitié du montant tel qu'arrêté pour chacun d'entre eux par application des règles décrites à l'alinéa 1^{er}.

Article. 12. § 1^{er}. L'ensemble des prestations visées à l'article 2, 2°, du décret sont soumises au régime du tiers payant.

§ 2. Ces prestations donnent lieu à une quote-part personnelle. Le montant de la quote-part personnelle est fixé pour des soins ambulatoires comme suit :

- a) si le bénéficiaire bénéficie de l'intervention majorée ou est à charge d'une personne bénéficiant de l'intervention majorée : 00,00 euros ;
- b) dans les autres cas : 1,84 euros, indexé sur base de l'indice santé arrêté au mois de février 2020 (base 2013 = 100). Ce montant est lié à l'indice santé de l'année budgétaire concernée (indice santé de référence : février 2020).

Article 13. Au plus tard le 31 décembre de chaque année, les organismes assureurs identifient les assurés résidant en Wallonie et à Bruxelles qui ont atteint le maximum à facturer tel que visé au chapitre III bis, du titre III, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et la date à laquelle ce montant a été atteint.

Sur cette base, les organismes assureurs remboursent aux assurés, au plus tard le dernier jour de l'année qui suit l'année de facturation, le montant de l'ensemble des quotes-parts personnelles payées à compter de cette date pendant l'année visée.

Article 14. Les organismes assureurs sont tenus à une responsabilité financière sur leurs frais d'administration. Le Ministre fixe les modalités de mise en œuvre de cette responsabilité financière. A cet égard, un groupe de travail réunissant les organismes assureurs et des représentants de l'Administration devra être mis en place pour convenir de ces modalités.

Cette responsabilité repose sur une évaluation quantitative et qualitative de la gestion des processus de facturation, de paiement, de récupération des indus et de la simplification administrative.

Article 15. § 1^{er}. Afin de permettre à l'Administration d'exercer son contrôle sur les factures réellement à charge des organismes assureurs liées à l'exercice des prestations visées aux articles 3, alinéa 1^{er}, 1^o et 7, alinéa 1^{er}, 1^o, les organismes assureurs sont tenus d'établir des documents mensuels, dits "modèle N", comprenant toutes les dépenses comptabilisées au cours du mois concerné relatives aux prestations visées à l'article 2 du décret.

Ces documents sont établis conformément aux modèles fixés par l'Administration et sont transmis par les organismes assureurs à l'Administration via MyCareNet au plus tard deux mois et vingt-huit jours à compter du dernier jour calendrier du mois de facturation auquel les documents se rapportent.

§ 2. Les organismes assureurs sont tenus d'établir des documents mensuels concernant leur situation financière, dits "modèle T20".

Ces documents sont établis conformément aux modèles fixés par l'Administration.

Ces documents financiers sont transmis mensuellement par les organismes assureurs à l'Administration au plus tard le vingt-huitième jour du mois qui suit celui auquel ces documents se rapportent.

§ 3. Afin de permettre à l'Administration d'exercer un contrôle sur les coûts de fonctionnement des organismes assureurs liés aux missions qui leur sont confiées par la Communauté française, ces derniers sont tenus d'établir des documents récapitulatifs annuels, dits "modèle T2", de toutes les dépenses couvertes par les frais d'administration, comptabilisées pendant l'exercice concerné.

Ces documents récapitulatifs sont établis conformément à un modèle fixé par l'Administration.

Ces documents récapitulatifs sont transmis par les organismes assureurs à l'Administration au 30 avril de l'année N +1.

Article 16. § 1^{er}. Les dispensateurs de soins, dont les prestations sont finançables par la Communauté française par application de l'article 2, 2°, du décret, remettent au bénéficiaire ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins fixée par l'arrêté royal du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage des reçus-attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

Les organismes assureurs n'accordent pas de remboursement si l'attestation de soins ne leur est pas transmise. Ils tiennent à disposition de l'Administration une copie sous format papier ou dématérialisée de ces attestations. Les organismes assureurs sont tenus de conserver ces attestations jusqu'en année N +5.

§ 2. Dans les limites fixées par les conventions, des acomptes peuvent être perçus par les dispensateurs de soins pour les prestations à effectuer ou à fournir. Dans tous les cas, les acomptes perçus donnent lieu à la délivrance d'un reçu au bénéficiaire de soins.

§ 3. Les dispensateurs de soins, dont les prestations sont finançables par la Communauté française par application de l'article 2, 2°, du décret, sont tenus de remettre au bénéficiaire des prestations un document justificatif lorsque :

- 1° des montants autres que ceux qui sont finançables par la Communauté française sont portés en compte ;
- 2° la transmission de l'attestation de soins est réalisée de manière dématérialisée à l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 4. Les organismes assureurs adressent annuellement aux bénéficiaires qui en font la demande un récapitulatif des prestations et interventions prévues à l'article 2,2°, du décret portant au minimum sur les prestations et interventions accordées dans le cadre du régime du tiers payant.

Article 17. Pour les personnes qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, les dispensateurs de soins sont autorisés à facturer aux bénéficiaires les prestations visées à l'article 2 du décret à 100 % de leur valeur fixée de la nomenclature visée à l'article 8, § 5, du décret. Le bénéficiaire peut se retourner auprès de son débiteur le cas échéant.

Article 18. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 19. La Ministre ayant les hôpitaux universitaires dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le

Par le Gouvernement,

Le Ministre-Président,

Pierre-Yves JEHOLET

**La Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de la Promotion sociale, des
Hôpitaux universitaires, de l'Aide à la jeunesse, des Maisons de Justice, de la Jeunesse, des
Sports et de la Promotion de Bruxelles**



Valérie GLATIGNY