

## REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

## SERVICE PUBLIC DE WALLONIE

[2019/200419]

## 21 DECEMBRE 2018. — Arrêté du Gouvernement wallon portant modification du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé en vue de la reconnaissance des organismes assureurs

Le Gouvernement wallon,

Vu le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, les articles 43/3, § 2, alinéas 2 et 4, 43/4, alinéa 2, 43/11, § 2, § 3, alinéa 2, et § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, 43/13, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, 43/14, 43/15, § 5, 43/16, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 2, 43/17, § 4 et 7, alinéa 2, 43/20, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 43/28, § 1<sup>er</sup> et 2, et 43/29, § 3, alinéa 2, insérés par le décret du 8 novembre 2018;

Vu le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 8 octobre 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 11 octobre 2018;

Vu la décision du 25 octobre 2018 de l'organe de concertation intra-francophone de ne pas remettre d'avis;

Vu l'avis de la Commission wallonne de la Santé, donné le 24 octobre 2018;

Vu l'avis de la Commission wallonne du handicap, donné le 16 octobre 2018;

Vu l'avis n° 64750 du Conseil d'Etat, donné le 13 décembre 2018, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Vu le rapport du 11 octobre 2018 établi conformément à l'article 4, 2<sup>o</sup>, du décret du 3 mars 2016 visant à la mise en œuvre des résolutions de la Conférence des Nations unies sur les femmes à Pékin de septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales, pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution;

Sur la proposition de la Ministre de la Santé;

Après délibération,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté règle en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

CHAPITRE I<sup>er</sup>. — *Insertion d'une Partie I/1 dans le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé*

**Art. 2.** Dans le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, il est inséré une Partie Première/1, comportant les articles 10/1 à 10/15, rédigée comme suit :

« Partie Première/1. Missions des organismes assureurs wallons

**TITRE I<sup>er</sup>.** — *Organismes assureurs wallons*

Art. 10/1. § 1<sup>er</sup>. Les conditions de reconnaissance visées à l'article 43/3, § 2, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, du Code décretaal sont remplies par la société mutualiste régionale wallonne au moment de l'introduction de la demande de reconnaissance.

§ 2. La société mutualiste régionale wallonne s'engage :

1<sup>o</sup> à respecter les conditions visées à l'article 43/3, § 2, 3<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, du Code décretaal;

2<sup>o</sup> à ne refuser d'intervenir en faveur d'aucun bénéficiaire wallon assuré auprès d'elle dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne, telle qu'encadrée par le Livre III<sup>ter</sup> du Code décretaal.

§ 3. Le contrôle de la conformité des prestations et interventions de l'assurance protection sociale wallonne tel que visé à l'article 43/3, § 2, 6<sup>o</sup>, du Code décretaal concerne les prestations et interventions reprises aux articles 43/7, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>, du Code décretaal. Ce contrôle est réalisé respectivement par des médecins, des infirmiers ou toute autre fonction paramédicale reconnue spécifiquement par le Gouvernement pour exercer ce contrôle.

Ce contrôle satisfait, à tout le moins, aux exigences suivantes :

a) aucune personne n'est admise dans une institution de soins pour le remboursement des prestations prévues dans le cadre des conventions de revalidation sans avoir obtenu l'autorisation préalable d'un médecin;

b) la vérification du respect de l'échelle de Katz porte sur une sélection aléatoire de 10 % des institutions visées à l'article 43/7, 4<sup>o</sup>, du Code décretaal;

c) les contrôles prévus en application de l'article 10/8 du présent Code en ce qui concerne les aides à la mobilité.

La garantie de la sécurité des données visée à l'article 43/3, § 2, 8<sup>o</sup>, du Code décretaal se traduit par un traitement des données conforme à l'ensemble des dispositions législatives applicables, en ce compris le 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.

Art. 10/2. § 1<sup>er</sup>. Pour être reconnues en tant qu'organisme assureur wallon, les sociétés mutualistes régionales wallonnes communiquent au Ministre leurs statuts approuvés par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, ci-après appelé l'Office de contrôle des mutualités, visé à l'article 49, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, ci-après appelée la loi du 6 août 1990. Les statuts sont accompagnés d'une demande de reconnaissance en qualité d'organisme assureur wallon, contenant un engagement à respecter l'ensemble des obligations visées à l'article 10/1, § 2 et § 3.

Dans les trente jours suivant la communication visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le Gouvernement approuve, la reconnaissance ou non de la société mutualiste régionale wallonne en tant qu'organisme assureur wallon.

§ 2. La reconnaissance d'une société mutualiste régionale wallonne en tant qu'organisme assureur wallon prend fin dans les hypothèses suivantes :

1° de plein droit et, dès lors, à la même date à laquelle la société mutualiste régionale wallonne ne satisfait plus aux conditions de l'article 43bis de la loi du 6 août 1990;

2° par décision du Gouvernement, sur proposition de l'Agence ou de l'Office de contrôle des mutualités après que toutes les sanctions énumérées à l'article 43/21, § 1<sup>er</sup>, du Code décretaal aient été infligées à la société mutualiste régionale wallonne concernée.

Si l'Agence ou l'Office de contrôle des mutualités constate qu'une société mutualiste régionale wallonne, malgré les sanctions qui lui ont été infligées, contrevient à ses obligations, l'Agence ou l'Office de contrôle des mutualités peut proposer au Gouvernement de mettre fin à sa reconnaissance. Le Gouvernement dispose d'un délai de 60 jours pour statuer à compter de la réception de la proposition.

§ 3. En cas de décision de dissolution d'une société mutualiste régionale wallonne - qu'elle soit volontaire ou intervienne de plein droit dans les hypothèses visées au § 2, la société mutualiste régionale continue à assurer l'ensemble de ses missions, sous la surveillance et la supervision de l'union nationale à laquelle cette société mutualiste régionale wallonne est affiliée, et ce, jusqu'au moment où une autre société mutualiste régionale wallonne soit reconnue au sein de la même union nationale, dans un délai qui ne peut dépasser 9 mois prenant cours à partir du moment de la décision de dissolution. A défaut d'avoir constitué une nouvelle société mutualiste régionale wallonne dans les délais impartis, le Gouvernement wallon prend les mesures de sauvegardes nécessaires, sur proposition du Ministre wallonne de la Santé, après consultation du Conseil général de l'Agence.

§ 4. En cas de dissolution d'une société mutualiste régionale wallonne, les actifs résiduels relatifs aux prestations et interventions visées par l'article 43/7 du Code décretaal, sont affectés en priorité au paiement des prestations et interventions dues à ses assurés wallons.

S'il ressort des comptes de la liquidation, après l'apurement de toutes les dettes et la consignation des sommes dues à certains créanciers, que des actifs résiduels subsistent, ceux-ci reçoivent la destination décidée conformément à l'article 46, § 4, de la loi du 6 août 1990.

Art. 10/3. § 1<sup>er</sup>. Sans préjudice des missions de l'Office de contrôle des mutualités, l'Agence exerce un contrôle sur les sociétés mutualistes régionales wallonnes visé à l'article 43/4 du Code décretaal, selon les modalités suivantes :

1° le contrôle *a priori* de la conformité de la société mutualiste régionale wallonne avec les conditions de reconnaissance énoncées à l'article 10/1, § 1<sup>er</sup>, du présent Code et relevant de la compétence de l'Agence;

2° le contrôle postérieur à la reconnaissance de la société mutualiste régionale wallonne en tant qu'organisme assureur wallon. Ce contrôle porte sur l'ensemble des conditions de reconnaissance, relevant de la compétence de l'Agence, visées à l'article 43/3, § 2, du Code décretaal et à l'article 10/2 du présent Code.

§ 2. Dans l'exercice de sa mission de contrôle, le personnel de l'Agence a libre accès aux locaux des sociétés mutualistes régionales wallonnes, aux locaux des mutualités qui les ont créées sur le territoire de la région de langue française et aux locaux des dispensateurs de soins. L'Agence a le droit de consulter sur place ou de solliciter les pièces et documents qu'elle juge nécessaire à l'accomplissement de sa mission, et d'en prendre copie.

Art. 10/4. § 1<sup>er</sup>. L'Agence verse aux organismes assureurs wallons un montant pour couvrir les dépenses liées aux prestations et interventions visées par l'article 43/7 du Code décretaal par le biais :

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

2° d'une régularisation des montants relatifs à l'année N dans le courant de l'année N + 1.

Chaque avance correspond à une enveloppe globale représentant le quart du budget des missions paritaires concernées pour l'année N en cours. Cette enveloppe est répartie entre les organismes assureurs wallons sur la base des dépenses déclarées dans les modèles N visés au paragraphe 2 de l'année N-2.

Dans le courant de l'année N + 1, l'Agence procède à une régularisation en tenant compte des dépenses déclarées dans le modèle visé au paragraphe 2 de l'année N.

Si le montant des dépenses d'un organisme assureur wallon est supérieur aux avances qui lui sont faites, l'Agence paie la différence.

Si le montant des dépenses est inférieur aux avances, l'organisme assureur wallon peut conserver la différence dans sa réserve propre à la condition d'affecter ce montant exclusivement à l'accomplissement de ses missions et sans, toutefois, que ce montant n'excède 1 % par an de l'ensemble des montants liquidés pour les frais de mission de l'année N et que cette réserve ne dépasse 3,5 % des montants liquidés sur base du paragraphe 1<sup>er</sup>, 1°, en moyenne sur les trois dernières années. Le montant dépassant le plafond est reversé à l'Agence et alimente le fonds visé à l'article 43/12 du Code décretaal.

§ 2. Afin de permettre aux services de l'Agence de procéder à la régularisation des dépenses liées à l'exercice des missions visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, les organismes assureurs wallons sont tenus d'établir des documents mensuels comprenant toutes les dépenses comptabilisées au cours du mois concerné relatives aux prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code décretaal.

Ces documents sont établis conformément aux modèles fixés par l'Agence et sont transmis par les organismes assureurs wallons à l'Agence dans les trois mois qui suivent la fin du mois auquel ils se rapportent.

Art. 10/5. § 1<sup>er</sup>. Conformément à l'article 43/11, § 4, du Code décretaal, l'Agence octroie aux organismes assureurs wallons visées à l'article 43/3 du Code décretaal, un montant destiné à couvrir les frais de gestion leur permettant d'accomplir l'ensemble des missions qui leur sont confiées dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne visée au Livre IIIter du Code décretaal.

Pour l'année 2019, le montant destiné à couvrir les frais de gestion est fixé à 16.825.909 euros.

Le montant de cette enveloppe annuelle est lié, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'indice pivot 107,43 (base 2013 = 100) des prix à la consommation. Ensuite, il est adapté le 1<sup>er</sup> 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.

§ 2. Le montant visé au paragraphe 1<sup>er</sup> est répartie entre les organismes assureurs wallons visées à l'article 43/3 du Code décretaal.

Ce montant est constitué d'une partie fixe et d'une partie variable, calculé chaque année par l'Agence sur la base de la moyenne des chiffres des deux dernières années connues.

Le calcul de répartition du montant correspond à la somme :

1° de la partie fixe correspondant à 5 % du montant visé au paragraphe 1<sup>er</sup> répartie à parts égales entre tous les organismes assureurs wallons;

2° et de la partie variable, qui correspond à 95 % de l'enveloppe globale, ventilée comme suit :

- 50 % répartis au prorata du nombre total d'assurés wallons (titulaires et personnes à charge) de chaque société mutualiste régionale wallonne divisé par le nombre total d'assurés wallons de l'ensemble des organismes assureurs wallons;

- 40 % répartis au prorata du nombre total d'assurés wallons de 65 ans et plus (titulaires et personnes à charge) de chaque société mutualiste régionale wallonne divisé par le nombre total d'assurés wallons de 65 ans et plus de l'ensemble des organismes assureurs wallons;

- 10 % répartis au prorata du nombre total d'assurés wallons (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 société mutualise régionale wallonne divisé par le nombre total d'assurés wallons bénéficiaires de la même intervention majorée dans l'ensemble des organismes assureurs wallons.

§ 3. Les sociétés mutualistes régionales wallonnes sont tenues d'établir des documents récapitulatifs annuels de toutes les dépenses visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, comptabilisées pendant l'exercice concerné.

Ces documents récapitulatifs sont établis conformément à un modèle fixé par l'Agence et comportent au moins les renseignements concernant les frais de personnel, les frais d'infrastructure, les frais de bureau, les amortissements, les paiements indus et les sanctions.

Ces documents récapitulatifs sont transmis par les sociétés mutualistes régionales wallonnes à l'Agence dans les quatre mois suivant la fin de l'exercice auquel ils se rapportent.

§ 4. Les organismes assureurs wallons sont tenus à une responsabilité financière sur leurs frais de gestion.

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 dans le cadre de la gestion de l'assurance protection wallonne.

Il est instauré au sein de l'Agence un groupe de réflexion réunissant les organismes assureurs wallons, les membres du Collège de stratégie et de prospective et de l'Office de contrôle des mutualités et chargé, de remettre des propositions au Gouvernement pour évaluer et mettre en place la responsabilité financière des organismes assureurs wallons dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur du présent article.

Art. 10/6. Outre les documents visés aux articles 10/4, § 2, et 10/5, § 3, du présent Code, les organismes assureurs wallons sont tenus d'établir les documents suivants :

1° des documents mensuels concernant leur situation financière.

Ces documents sont établis conformément aux modèles fixés par l'Agence et comportent au moins les renseignements concernant les fonds disponibles au début et à la fin du mois concerné, les recettes et les dépenses au cours du mois concerné, l'état des factures impayées.

Ces documents financiers sont transmis mensuellement par les organismes assureurs wallons à l'Agence avant le vingt-neuvième jour du mois qui suit celui auquel ces documents se rapportent;

2° des documents récapitulatifs globaux de toutes les recettes et dépenses comptabilisées au cours de l'exercice considéré, se rapportant à la gestion des prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code, ainsi qu'un document récapitulatif se rapportant à la situation active et passive.

Ils sont établis conformément aux modèles fixés par l'Agence et sont transmis, accompagnés du rapport du réviseur d'entreprise, par les organismes assureurs wallons à l'Agence avant le 30 juin de l'année qui suit l'exercice comptable considéré.

Art. 10/7. L'ensemble des données à caractère personnel échangées entre les organismes assureurs wallons et les dispensateurs de soins est encadré par une plateforme centrale de services commune aux organismes assureurs et ces flux sont contrôlés par la plate-forme E-Health instituée par la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme E-Health.

Les données à caractère personnel traitées dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la correcte mise en œuvre de cette assurance, soit minimum cinq ans.

## TITRE II. — Prestations et interventions

Art. 10/8. La nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code est fixée par le Gouvernement.

Art. 10/9. § 1<sup>er</sup>. L'ensemble des prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code décretaal sont soumises au régime du tiers payant ou, s'agissant des aides à la mobilité, au régime de tiers payant facultatif, à l'exception de l'assistance au sevrage tabagique visée à l'article 43/7, 9°.

§ 2. Seules les prestations et interventions visées à l'article 43/7, 3°, du Code décretaal donnent lieu à un ticket modérateur.

§ 3. Le montant du ticket modérateur est fixé comme suit :

1° pour des soins ambulatoires :

a) si le bénéficiaire wallon 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 : 1,80 euros;

2° pour des soins résidentiels :

a) si le bénéficiaire wallon bénéficie de l'intervention majorée ou est à charge d'une personne bénéficiant de l'intervention majorée : 3,38 euros par jour;

b) si le bénéficiaire est un enfant à charge de parents qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée : 19,67 euros le premier jour et 3,38 euros les jours suivants;

c) si le bénéficiaire est un chômeur complet indemnisé depuis au moins douze mois, isolé ou avec charge de famille, ou est à charge d'une personne qui remplit ces conditions : 19,67 euros le premier jour et 3,38 euros les jours suivants;

d) dans les autres cas : 25,81 euros le premier jour et 9,51 euros les jours suivants.

Les montants relatifs aux interventions personnelles visés au 2° sont liés, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'indice pivot 107,43 (base 2013 =100) des prix à la consommation. Ensuite, ils sont adaptés le 1<sup>er</sup> 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.

Art. 10/10. Dès que l'information est connue et au plus tard à la fin de chaque année, les organismes assureurs wallons identifient les assurés wallons qui ont atteint le maximum à facturer tel que visé au chapitre IIIbis, 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 wallons remboursent, au plus tard à la fin de l'année qui suit l'année visée, aux assurés wallons le montant de l'ensemble des tickets modérateurs instaurés par l'assurance protection sociale wallonne et payés à compter de cette date pendant l'année visée.

Art. 10/11. L'Agence détermine les modalités d'application de l'article 43/15 du Code décretaal.

Art. 10/12. Les conditions de facturation des prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code décretaal sont déterminées par une convention telle que visée à l'article 43/2, 10° et 11°, du Code décretaal conclue, pour les prestations visées à l'article :

1° 43/7, 1°, par la Commission « Autonomie et Grande dépendance »;

2° 43/7, 2° par la Commission « Hôpitaux »;

3° 43/7, 4°, par la Commission « Accueil et hébergement des personnes âgées »;

4° 43/7, 6°, 7° et 9°, par la Commission « Santé mentale »;

5° 43/7, 5° et 8°, par la Commission « Première ligne d'aide et de soins ».

Art. 10/13. § 1<sup>er</sup>. En application de l'article 1376 du Code civil, celui qui a perçu un montant indu, en ce compris pour une prestation ou intervention découlant d'une attestation, facture ou toute autre document qui n'aurait pas été introduit ou corrigé selon les modalités réglementaires applicables, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur wallon qui a payé ce montant indu.

§ 2. Il incombe au dispensateur de soins de rembourser le montant indu perçu par le bénéficiaire wallon lorsque le dispensateur ne possède pas la qualification requise ou ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins.

§ 3. Les organismes assureurs wallons peuvent renoncer à récupérer les montants versés indûment, dans les conditions déterminées par le Conseil général de l'Agence et approuvées par le Ministre compétent :

- dans des cas ou catégories de cas dignes d'intérêt et si le débiteur est de bonne foi;
- lorsque la somme à récupérer n'excède pas de 30 euros;
- si le recouvrement de la somme à récupérer est aléatoire ou trop onéreux par rapport au montant à récupérer.

Le Ministre compétent peut étendre ces hypothèses.

Les organismes assureurs wallons renoncent d'office à la répétition de l'indu octroyé à celui qui est décédé si, au moment du décès, la décision de répétition de l'indu ne lui a pas encore été notifiée. Cette disposition ne fait pas obstacle à la possibilité de retenir les montants relatifs à des prestations qui étaient échues au moment du décès mais qui n'avaient pas encore été versées au bénéficiaire décédé ou à une des personnes énumérées à l'article 22, § 4, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social.

§ 4. Les organismes assureurs wallons majorent le montant de l'indu à récupérer lorsqu'ils constatent que des montants indus sont portés en compte à plusieurs reprises, et ce malgré un avertissement écrit auprès du prestataire.

L'étendue de la majoration est fixée par l'Agence et corrélée à l'importance du montant indu.

§ 5. En application de l'article 1378 du Code civil, les prestations ou interventions payées indûment portent intérêt positif de plein droit à partir du paiement si celui-ci résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part du bénéficiaire wallon ou de la part du prestataire.

§ 6. Les montants payés indûment par un organisme assureur wallon à un dispensateur de soins peuvent être déduits, par compensation, de toute somme qui doit être payée par cet organisme assureur wallon à ce dispensateur de soins.

§ 7. Les organismes assureurs wallons retiennent 10 % du montant des indus récupérés et les affectent exclusivement à leurs frais de gestion tels que définis à l'article 43/2, alinéa 1<sup>er</sup>, 15°, du Code décretaal.

Art. 10/14. Le Gouvernement délègue à l'Agence l'élaboration et la modification des règlements visés à l'article 43/27, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code décretaal.

Les comités des branches visés aux articles 10, alinéa 1<sup>er</sup> et 17, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code décretaal fixent les dispositions de ces règlements, sur proposition des commissions établies en leur sein.

Ces règlements sont adoptés par les comités de branche susvisés réunis en assemblée conjointe.

Art. 10/15. Pour les personnes qui ne relèvent pas d'un organisme assureur wallon, les dispensateurs de soins sont autorisés à facturer aux bénéficiaires les prestations et interventions visées à l'article 43/7 à cent pour cent de leur valeur fixée de la nomenclature visée à l'article 10/8. Le bénéficiaire peut se retourner auprès de son débiteur le cas échéant.

Art. 10/16. § 1<sup>er</sup>. Aucune prestation ou intervention visée à l'article 43/7 du Code décretaal ne peut faire l'objet d'un double remboursement.

Par double remboursement, il y a lieu d'entendre le remboursement d'une même prestation ou intervention - à l'exception du ticket modérateur - effectué, d'une part par un organisme assureur wallon et, d'autre part, par une personne physique ou morale ou un organe autre qu'un organisme assureur wallon.

§ 2. L'assuré wallon qui sollicite auprès d'un organisme assureur wallon le paiement de prestations ou interventions relevant de l'assurance protection sociale wallonne est tenu d'informer l'organisme assureur wallon de toute autre assurance le couvrant pour les montants qui pourraient être pris en charge par les organismes assureurs wallons.

§ 3. L'article 10/13, § 7, du présent arrêté, est applicable aux récupérations effectuées par les organismes assureurs wallons pour les montants perçus par les assurés wallons en violation du paragraphe 1<sup>er</sup>. ».

#### CHAPITRE II. — Dispositions finales et transitoires

**Art. 3.** En application de l'article 36, § 1<sup>er</sup>, du décret du 8 novembre 2018 relatif aux organismes assureurs et portant modification du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, le Gouvernement liquide le premier jour ouvrable de l'exercice 2019 les neuf premiers mois relatif aux frais de gestion.

Les frais de missions seront liquidés aux organismes assureurs wallons sur une base mensuelle.

Le Conseil de monitoring financier et budgétaire assure un suivi précis et régulier de la situation de trésorerie des organismes assureurs wallons.

**Art. 4.** § 1<sup>er</sup>. Le présent arrêté entre vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

§ 2. Par dérogation au paragraphe précédent, l'article 13 entre en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Namur, le 21 décembre 2018.

Le Ministre-Président,

W. BORSUS

La Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des Chances et de la Fonction publique,

A. GREOLI

VERTALING

#### WAALSE OVERHEIDSDIENST

[2019/200419]

### 21 DECEMBER 2018. — Besluit van de Waalse Regering tot wijziging van het reglementair deel van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid met het oog op de erkenning van de verzekeringsinstellingen

De Waalse Regering,

Gelet op het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, de artikelen 43/3, § 2, tweede en vierde leden, 43/4, tweede lid, 43/11, § 2, § 3, tweede lid, en § 4, eerste lid, 43/13, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup>, 43/14, 43/15, § 5, 43/16, § 1, eerste lid, en § 2, 43/17, § 4 en 7, tweede lid, 43/20, § 1, tweede lid, 43/28, § 1 en 2, et 43/29, § 3, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 8 november 2018;

Gelet op het reglementair deel van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 8 oktober 2018;

Gelet op de instemming van de Minister van Begroting, gegeven op 11 oktober 2018;

Gelet op de beslissing van 25 oktober 2018 van het inter-Franstalig overlegorgaan om geen advies uit te brengen over het besluit;

Gelet op het advies van de "Commission wallonne de la santé" (Waalse gezondheidscommissie), gegeven op 24 oktober 2018;

Gelet op het advies van de "Commission wallonne du handicap" (Waalse handicapcommissie), gegeven op 16 oktober 2018;

Gelet op het advies nr. 64750 van de Raad van State, gegeven op 13 december 2018, overeenkomstig artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>b</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Gelet op het rapport van 11 oktober 2018, opgesteld overeenkomstig artikel 4, 2<sup>o</sup>, van het decreet van 3 maart 2016 houdende uitvoering van de resoluties van de Vrouwenconferentie van de Verenigde Naties die in september 1995 in Peking heeft plaatsgehad en tot integratie van de genderdimensie in het geheel van de gewestelijke beleidslijnen voor de aangelegenheden geregeld krachtens artikel 138 van de Grondwet;

Op de voordracht van de Minister van Gezondheid;

Na beraadslaging,

Besluit :

**Artikel 1.** Dit besluit regelt, overeenkomstig artikel 138 van de Grondwet, een materie bedoeld in artikel 128 van de Grondwet.

#### HOOFDSTUK I. — Invoeging van een Deel I/1 in het reglementair deel van het Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid

**Art. 2.** In het reglementair deel van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid wordt een Deel I/1 ingevoegd, dat de artikelen 10/1 tot 10/15 omvat, luidend als volgt :

"Deel I/1. Opdrachten van de Waalse verzekeringsinstellingen

#### TITEL I. — Waalse verzekeringsinstellingen

Art. 10/1. § 1. De in artikel 43/3, § 2, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup>, van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde erkenningsvoorwaarden worden door de Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand vervuld bij de indiening van de erkenningsaanvraag.

§ 2. De Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand verbindt zich ertoe :

1° om de in artikel 43/3, § 2, 3° en 7° van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde voorwaarden na te leven;

2° niet te weigeren om tussenbeide te komen ten gunste van een Waalse begunstigde die bij haar verzekerd is in het kader van de Waalse verzekering sociale bescherming, met een kaderomschrijving opgenomen in Boek III<sup>ter</sup> van het decreetgevend deel van het Wetboek.

§ 3. De in artikel 43/3, § 2, 6°, van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde controle van de conformiteit van de prestaties en tussenkomsten van de Waalse verzekering sociale bescherming betreft de in de artikelen 43/7, 1°, 3°, 4° en 6°, van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde prestaties en tussenkomsten. Deze controle wordt respectievelijk verricht door artsen, verplegers of iedere andere paramedische functie die door de Regering specifiek erkend is om die controle uit te oefenen.

Die controle voldoet minstens aan de volgende eisen :

a) geen enkele persoon wordt toegelaten in een verzorgingsinstelling voor de terugbetaling van de prestaties voorzien in het kader van de revalidatie-overeenkomsten zonder de voorafgaande machtiging van een arts te hebben verkregen;

b) de verificatie van de nakoming van de Katz-schaal heeft betrekking op een willekeurige selectie van 10 % van de in artikel 43/7, 4°, van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde instellingen;

c) de controles voorzien overeenkomstig artikel 10/8 van dit Wetboek wat betreft de mobiliteitstegemoetkomingen.

De waarborg van de veiligheid van de gegevens bedoeld in artikel 43/3, § 2, 8°, van het decreetgevend deel van het Wetboek leidt tot een verwerking van de gegevens die overeenstemt met alle toepasselijke wettelijke bepalingen, met inbegrip van Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Art. 10/2. § 1. Om als Waalse verzekeringsinstelling te worden erkend, delen de gewestelijke maatschappijen van onderlinge bijstand de Minister hun statuten mede, die goedgekeurd zijn door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, hierna de Controledienst voor de ziekenfondsen genoemd, bedoeld in artikel 49, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, hierna de wet van 6 augustus 1990 genoemd. De statuten worden vergezeld van een aanvraag tot erkenning als Waalse verzekeringsinstelling, die een verbintenis tot nakoming van het geheel van de verplichtingen bedoeld in artikel 10/1, § 2, en § 3, bevat.

Binnen dertig dagen na de in het eerste lid bedoelde mededeling keurt de Regering de al dan niet erkenning van de Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand als Waalse verzekeringsinstelling goed.

§ 2. De erkenning van de Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand als Waalse verzekeringsinstelling eindigt in de volgende gevallen :

1° van rechtswege en dan ook op dezelfde datum waarop de Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand niet meer voldoet aan de voorwaarden van artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990;

2° bij beslissing van de Regering op voorstel van het Agentschap of van de Controledienst voor de ziekenfondsen nadat alle sancties vermeld in artikel 43/21, § 1, van het decreetgevend deel van het Wetboek opgelegd zijn aan de betrokken Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand.

Indien het Agentschap of de Controledienst voor de ziekenfondsen vaststelt dat een Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand, ondanks de haar opgelegde sancties, haar verplichtingen niet nakomt, kan het Agentschap of de Controledienst voor de ziekenfondsen aan de Regering voorstellen om de erkenning ervan te beëindigen. De Regering beschikt over een termijn van 60 dagen om te beslissen na ontvangst van het voorstel.

§ 3. In geval van beslissing tot ontbinding van een Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand - ongeacht of ze willekeurig is of van rechtswege geschiedt in de in § 2 bedoelde gevallen, blijft de gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand haar opdrachten uit te oefenen onder toezicht van de landsbond waarbij deze Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand wordt aangesloten, en dit, tot het moment waarop een andere Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand binnen dezelfde landsbond erkend wordt binnen een termijn van hoogstens 9 maanden die begint te lopen vanaf de beslissing tot ontbinding. Indien de Waalse Regering binnen de voorgeschreven termijnen geen nieuwe Waalse maatschappij van onderlinge bijstand heeft opgericht, neemt ze op voorstel van de Waalse Minister van Gezondheid en na raadpleging van de Algemene Raad van het Agentschap, de nodige vrijwaringsmaatregelen.

§ 4. In geval van ontbinding van een Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand worden de overblijvende activa betreffende de prestaties en tussenkomsten bedoeld in artikel 43/7 van het decreetgevend deel van het Wetboek bij voorrang bestemd voor de betaling van de prestaties en tussenkomsten verschuldigd aan de Waalse verzekerden.

Indien uit de vereffeningsrekeningen na de aanzuivering van alle schulden en de consignatie van de aan bepaalde schuldeisers verschuldigde bedragen, blijkt dat de overblijvende activa overblijven, ontvangen zij de bestemming die is beslist overeenkomstig artikel 46, § 4, van de wet van 6 augustus 1990.

Art. 10/3. § 1. Onverminderd de opdrachten van de Controledienst voor de ziekenfondsen oefent het Agentschap een controle op de Waalse gewestelijke maatschappijen van onderlinge bijstand, zoals bedoeld in artikel 43/4 van het decreetgevend deel van het Wetboek, uit volgens de volgende modaliteiten :

1° de controle *a priori* van de conformiteit van de Waalse gewestelijke maatschappijen van onderlinge bijstand met de in artikel 10/1, § 1, van dit Wetboek bedoelde erkenningsvoorwaarden die onder de bevoegdheid van het Agentschap vallen;

2° de latere controle van de erkenning van de Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand als Waalse verzekeringsinstelling. Die controle heeft betrekking op alle erkenningsvoorwaarden die onder de bevoegdheid van het Agentschap vallen en die bedoeld zijn in artikel 43/3, § 2, van het decreetgevend deel van het Wetboek en in artikel 10/2 van dit Wetboek.

§ 2. Tijdens de uitoefening van zijn controleopdracht heeft het personeel van het Agentschap vrije toegang tot de lokalen van de Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand, tot de lokalen van de ziekenfondsen die ze hebben opgericht op het grondgebied van het Franse taalgebied en tot de lokalen van de zorgverleners. Het Agentschap heeft het recht om ter plaatse inzage te nemen van de stukken en documenten dat ze nodig acht voor de uitoefening van zijn opdracht, om ze te vragen en om er een afschrift van te maken.

Art. 10/4. § 1. Het Agentschap stort een bedrag aan de Waalse verzekeringsinstellingen om de uitgaven gebonden aan de prestaties en tussenkomsten bedoeld in artikel 43/7 van het decreetgevend deel van het Wetboek te dekken via:

- 1° vier driemaandelijke voorschotten tijdens het jaar N;
- 2° een regularisering van de bedragen betreffende het jaar N in de loop van het jaar N+1.

Elk voorschot stemt overeen met een globale enveloppe die het vierde van de begroting van de paritaire opdrachten betrokken voor het lopende jaar N vertegenwoordigt. Deze enveloppe wordt verdeeld tussen de Waalse verzekeringsinstellingen op basis van de uitgaven aangegeven in de modellen N bedoeld in paragraaf 2 van het jaar N-2.

In de loop van het jaar N+1 gaat het Agentschap tot een regularisering over met inachtneming van de uitgaven aangegeven in het model bedoeld in paragraaf 2 van het jaar N.

Indien het bedrag van de uitgaven van een Waalse verzekeringsinstelling hoger is dan de voorschotten, betaalt het Agentschap het verschil.

Indien het bedrag van de uitgaven kleiner is dan de voorschotten, kan de Waalse verzekeringsinstelling het verschil behouden in haar eigen reserve op voorwaarde dat ze dit bedrag uitsluitend bestemt voor de uitoefening van haar opdrachten zonder nochtans dat dit bedrag hoger is dan 1 % per jaar van het geheel van de bedragen betaald voor de opdrachtenkosten van het jaar N en dat deze reserve niet hoger is dan 3,5 % van de bedragen uitbetaald op basis van § 1, 1°, gemiddeld over de laatste drie jaar. Het bedrag dat het maximumbedrag overschrijdt, wordt aan het Agentschap terugbetaald en aan het fonds bedoeld in artikel 43/12 van het decreetgevend deel van het Wetboek gecrediteerd.

§ 2. Om de diensten van het Agentschap toe te laten om over te gaan tot een regularisering van de uitgaven gebonden aan de uitoefening van de in § 1 bedoelde opdrachten, moeten de Waalse verzekeringsinstellingen maandelijke documenten opstellen, die alle uitgaven geboekt tijdens de betrokken maanden en betreffende de prestaties en tussenkomsten bedoeld in artikel 43/7 van het decreetgevend deel van het Wetboek vermelden.

Die documenten worden opgesteld overeenkomstig de door het Agentschap vastgestelde modellen en worden door de Waalse verzekeringsinstellingen aan het Agentschap overgemaakt binnen drie maanden na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben.

Art. 10/5. § 1. Overeenkomstig artikel 43/11, § 4, van het decreetgevend deel van het Wetboek kent het Agentschap de in artikel 43/3 van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde Waalse verzekeringsinstellingen een bedrag toe dat bestemd is om de beheerskosten te dekken, waarmee ze het geheel van de opdrachten die hen in het kader van de Waalse verzekering sociale bescherming bedoeld in Boek III<sup>ter</sup> van het decreetgevend deel van het Wetboek worden toevertrouwd, kunnen uitoefenen.

Voor het jaar 2019 wordt het bedrag bestemd om de beheerskosten te dekken op 16.285.909 euro vastgesteld.

Het bedrag van deze jaarlijkse enveloppe wordt vanaf 1 januari 2019 gekoppeld aan het spilindexcijfer 107,43 (basis 2013=100) van de consumptieprijzen. Daarna wordt het op 1 januari van elk jaar aangepast aan het indexcijfer waartegen de sociale uitkeringen op die datum worden betaald.

Het bedrag wordt naar beneden afgerond op de dichtstbijzijnde eurocent.

§ 2. Het in § 1 bedoelde bedrag wordt verdeeld tussen de in artikel 43/3 van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde verzekeringsinstellingen.

Dat bedrag bestaat uit een vast gedeelte en een variabel gedeelte en wordt elk jaar door het Agentschap berekend op basis van het gemiddelde van de cijfers van de laatste bekende twee jaar.

De berekening van de verdeling van het bedrag stemt overeen met de som :

1° van het vaste gedeelte overeenstemmend met 5 % van het in § 1 bedoelde bedrag, dat in gelijke mate verdeeld wordt tussen alle Waalse verzekeringsinstellingen;

2° van het variabele gedeelte overeenstemmend met 95 % van de globale enveloppen, dat als volgt wordt gesplitst :

- 50 % verdeeld naar rato van het totaal aantal Waalse verzekerden (titularissen en personen ten laste) van elke Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand, gedeeld door het totaal aantal Waalse verzekerden van het geheel van de Waalse verzekeringsinstellingen;

- 40 % verdeeld naar rato van het totaal aantal Waalse verzekerden van 65 jaar en ouder (titularissen en personen ten laste) van elke Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand, gedeeld door het totaal aantal Waalse verzekerden van 65 jaar en ouder van het geheel van de Waalse verzekeringsinstellingen;

- 10 % verdeeld naar rato van het totaal aantal Waalse verzekerden (titularissen en personen ten laste), begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen binnen elke Waalse gewestelijke maatschappij van onderlinge bijstand, gedeeld door het totaal aantal Waalse verzekerden van dezelfde verhoogde tegemoetkoming in het geheel van de Waalse verzekeringsinstellingen;

§ 3. De Waalse gewestelijke maatschappijen van onderlinge bijstand moeten jaarlijkse samenvattende documenten van alle in paragraaf 1 bedoelde uitgaven geboekt tijdens het betrokken boekjaar opstellen.

Die samenvattende documenten worden overeenkomstig een door het Agentschap bepaald model opgesteld en bevatten minstens de inlichtingen betreffende de personeelskosten, de infrastructuurkosten, de kosten voor kantoorbenodigdheden, de afschrijvingen, de onverschuldigde betalingen en de sancties.

Die samenvattende documenten worden door de Waalse gewestelijke maatschappijen van onderlinge bijstand aan het Agentschap overgemaakt binnen vier maanden na het einde van het boekjaar waarop ze betrekking hebben.

§ 4. De Waalse verzekeringsinstellingen hebben een financiële verantwoordingsplicht ten opzichte van hun beheerskosten.

Die verantwoordingsplicht berust op een kwantitatieve en kwalitatieve beoordeling van het beheer van de facturering, de betaling, de terugvordering van onverschuldigde betalingen en de administratieve vereenvoudiging in het kader van het beheer van de Waalse verzekering sociale bescherming.

Er wordt binnen het Agentschap een denktank opgericht waarin de Waalse verzekeringsinstellingen, de leden van het College voor Strategie en Prognose en de Controledienst voor de ziekenfondsen worden samengebracht en die tot taak heeft binnen drie jaar na de inwerkingtreding van dit artikel voorstellen aan de Regering voor te leggen om de financiële aansprakelijkheid van de Waalse verzekeringsinstellingen te beoordelen en uit te voeren.

Art. 10/6. Naast de in de artikelen 10/4, § 2, en 10/5, § 3, van dit Wetboek bedoelde documenten moeten de Waalse verzekeringsinstellingen de volgende documenten opstellen :

1° maandelijks documenten betreffende hun financiële toestand.

Die documenten worden opgeteld overeenkomstig de door het Agentschap bepaalde modellen en bevatten minstens de inlichtingen betreffende de aan het begin en aan het einde van de betrokken maanden beschikbare middelen, de ontvangsten en de uitgaven tijdens de betrokken maand, de staat van de onbetaalde facturen.

Die financiële documenten worden maandelijks door de Waalse verzekeringsinstellingen aan het Agentschap overgemaakt vóór de negenentwintigste dag van de maand volgend op degene waarop die documenten betrekking hebben.

2° globale samenvattende documenten van alle ontvangsten en uitgaven geboekt tijdens het betrokken boekjaar, die betrekking hebben op het beheer van de in artikel 43/7 van het Wetboek bedoelde prestaties en tussenkomsten, alsook een samenvattend document betreffende de actieve en passieve toestand.

Ze worden opgesteld overeenkomstig de door het Agentschap bepaalde modellen en worden, samen met het verslag van de bedrijfsrevisor, door de Waalse verzekeringsinstellingen aan het Agentschap overgemaakt vóór 30 juni van het jaar volgend op het betrokken boekjaar.

Art. 10/7. Het geheel van de gegevens met persoonlijk karakter uitgewisseld tussen de Waalse verzekeringsinstellingen en de zorgverleners wordt gereguleerd door een voor de verzekeringsinstellingen gemeenschappelijk centraal dienstenplatform en die stromen worden gecontroleerd door het eHealth-platform ingevoerd bij de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.

De gegevens met persoonlijk karakter die in het kader van de Waalse verzekering sociale bescherming worden verwerkt, worden tijdens de duur die strikt nodig is voor de juiste uitvoering van die verzekering, namelijk minimum vijf jaar, bewaard.

## TITEL II. — *Prestaties en tussenkomsten*

Art. 10/8. De nomenclatuur van de prestaties en tussenkomsten bedoeld in artikel 43/7 van het Wetboek wordt door de Regering vastgesteld.

Art. 10/9. § 1. Alle prestaties en tussenkomsten bedoeld in artikel 43/7 van het decreetgevend deel van het Wetboek worden onderworpen aan de derdebetalersregeling of, indien het gaat om mobiliteitstegemoetkomingen, aan de facultatieve derdebetalersregeling, met uitzondering van de tegemoetkoming in de hulp bij tabaksontwenning bedoeld in artikel 43/7, 9°.

§ 2. Alleen de prestaties en tussenkomsten bedoeld in artikel 43/7, 3°, van het decreetgevend deel van het Wetboek geven aanleiding tot een remgeld.

§ 3. Het bedrag van het remgeld wordt bepaald als volgt :

1° voor ambulante zorgen :

a) indien de Waalse begunstigde de verhoogde tegemoetkoming geniet of ten laste is van een persoon die de verhoogde tegemoetkoming geniet: 00,00 euro;

b) in de andere gevallen: 1,80 euro;

2° voor institutionele zorgen:

a) indien de Waalse begunstigde de verhoogde tegemoetkoming geniet of ten laste is van een persoon die de verhoogde tegemoetkoming geniet: 3,38 euro per dag;

b) indien de begunstigde een kind ten laste is van ouders die de verhoogde tegemoetkoming niet genieten: 19,67 euro op de eerste dag en 3,38 euro op de volgende dagen;

c) indien de begunstigde een uitkeringsgerechtigde volledige werkloze sinds minstens twaalf maanden is, een alleenstaande begunstigde of een begunstigde met gezinslast is, of ten laste is van een persoon die deze voorwaarden vervult: 19,67 euro op de eerste dag en 3,38 euro op de volgende dagen;

d) in de andere gevallen: 25,81 euro op de eerste dag en 9,51 euro op de volgende dagen.

De bedragen betreffende de in 2° bedoelde persoonlijke tussenkomsten worden vanaf 1 januari 2019 gekoppeld aan het spindexcijfer107,43 (basis 2013=100) van de consumptieprijzen. Daarna worden ze op 1 januari van elk jaar aangepast aan het indexcijfer waartegen de sociale uitkeringen op die datum worden betaald.

Het bedrag wordt naar beneden afgerond op de dichtstbijzijnde eurocent.

Art. 10/10. Zodra de informatie gekend is en uiterlijk aan het einde van elk jaar, identificeren de Waalse verzekeringsinstellingen de Waalse verzekerden die het te factureren maximaal bedrag hebben bereikt, zoals bedoeld in hoofdstuk IIIbis, van titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 hebben bereikt, en de datum waarop dit bedrag is bereikt. Op deze basis betalen de Waalse verzekeringsinstellingen uiterlijk aan het einde van het jaar volgend op het beoogde jaar het bedrag van het geheel van de remgelden ingevoerd bij de Waalse verzekering sociale bescherming en betaald vanaf die datum tijdens het beoogde jaar aan de Waalse verzekerden terug.

Art. 10/11. Het Agentschap bepaalt de toepassingsmodaliteiten van artikel 43/15 van het decreetgevend deel van het Wetboek.

Art. 10/12. De voorwaarden voor de facturering van de in artikel 43/7 van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde prestaties en tussenkomsten worden bepaald door een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 43/2, eerste lid, 10° en 11°, van het decreetgevend deel van het Wetboek gesloten voor de prestaties bedoeld in artikel:

1° 43/7, 1°, door de Commissie "Autonomie en zware afhankelijkheid";

2° 43/7, 2° door de Commissie "Ziekenhuizen";

3° 43/7, 4° door de Commissie "Opvang en huisvesting van senioren";

4° 43/7, 6°, 7° en 9° door de Commissie "Geestelijke gezondheid";

5° 43/7, 5° en 8° door de Commissie "Eerstelijns hulp- en zorgverlening".

Art. 10/13. § 1. Overeenkomstig artikel 1376 van het Burgerlijk Wetboek is hij die een onverschuldigd bedrag geïnd heeft, ook voor een prestatie of tussenkomst voortvloeiend uit een attest, een factuur of ieder ander document dat niet is ingediend of verbeterd volgens de toepasselijke reglementaire modaliteiten, verplicht de waarde ervan terug te betalen aan de Waalse verzekeringsinstelling die dit onverschuldigde bedrag heeft betaald.

§ 2. De zorgverlener is verplicht het ten onrechte door de Waalse begunstigde ontvangen bedrag terug te betalen wanneer de zorgverlener niet over de vereiste kwalificatie beschikt of zich niet aan de wets-of verordeningsbepalingen heeft gehouden. Indien evenwel de erelonen met betrekking tot de ten onrechte uitgekeerde prestaties niet werden betaald, zijn de zorgverlener en de rechthebbende aan wie de verzorging werd verstrekt hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling van de ten onrechte uitgekeerde prestaties. Indien een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, is deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan.

§ 3. De Waalse verzekeringsinstellingen kunnen afzien van de terugvordering van de ten onrechte betaalde bedragen onder de voorwaarden bepaald door de Algemene raad van het Agentschap en goedgekeurd door de bevoegde Minister :

- in behartigenswaardige gevallen of categorieën van gevallen en mits de schuldenaar te goeder trouw is;
- wanneer de terug te vorderen som niet hoger is dan 30 euro;
- indien de terugvordering van de som onzeker of te duur is vergeleken met het bedrag dat teruggevorderd moet worden.

De bevoegde Minister kan die gevallen uitbreiden.

De Waalse verzekeringsinstellingen zien van rechtswege af van de terugvordering van het onverschuldigd betaalde van degene die overleden is indien de beslissing tot terugvordering van het onverschuldigd betaalde bij het overlijden hem nog niet betekend is. Deze bepaling belemmert de mogelijkheid niet dat bedragen kunnen worden ingehouden betreffende prestaties die verschuldigd waren op het ogenblik van het overlijden, maar die nog niet aan de overleden begunstigde of aan een van de personen vermeld in artikel 22, § 4, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde waren betaald.

§ 4. De Waalse verzekeringsinstellingen verhogen het bedrag van het terug te vorderen onverschuldigd betaalde wanneer ze vaststellen dat onverschuldigde bedragen herhaaldelijk in rekening worden gebracht, ondanks een schriftelijke aanmaning aan de dienstverlener.

De omvang van de verhoging wordt door het Agentschap bepaald en hangt samen met de omvang van het onverschuldigde bedrag.

§ 5. Overeenkomstig artikel 1378 van het Burgerlijk Wetboek brengen de onverschuldigd betaalde prestaties of tussenkomsten van rechtswege interest op vanaf de betaling, indien de onverschuldigde betaling het gevolg is van arglist, bedrog of bedrieglijke handelingen van de Waalse begunstigde of van de verstrekker.

§ 6. De bedragen die ten onrechte door een Waalse verzekeringsinstelling aan een zorgverlener worden betaald, kunnen als compensatie afgetrokken worden van elke som die betaald moet worden door die Waalse verzekeringsinstelling aan die zorgverlener.

§ 7. De Waalse verzekeringsinstellingen houden 10 % van het bedrag van de teruggevorderde onverschuldigde betalingen in en bestemmen ze uitsluitend voor hun beheerskosten zoals bepaald in artikel 43/2, eerste lid, 15°, van het decreetgevend deel van het Wetboek.

Art. 10/14. De Regering belast het Agentschap met de uitwerking en de wijziging van de verordeningen bedoeld in artikel 43/27, eerste lid, van het decreetgevend deel van het Wetboek.

De in de artikelen 10, eerste lid, en 17, eerste lid, van het decreetgevend deel van het Wetboek bedoelde branchecomités stellen op voorstel van de uit hun midden opgerichte commissies de bepalingen van deze verordeningen vast.

Deze verordeningen worden door de hierboven vermelde branchecomités tijdens hun gezamenlijke vergadering goedgekeurd.

Art. 10/15. Voor de personen die niet onder een Waalse verzekeringsinstelling vallen, worden de zorgverleners gemachtigd om de in artikel 43/7 bedoelde prestaties en tussenkomsten tegen 100 % van de waarde vastgesteld in de in artikel 10/8 bedoelde nomenclatuur aan de begunstigten te factureren. De begunstigde kan zich, in voorkomend geval, tegen zijn schuldenaar keren.

Art. 10/16. § 1. Geen enkele prestatie of tussenkomst bedoeld in artikel 43/7 van het decreetgevend deel van het Wetboek mag het voorwerp uitmaken van een dubbele terugbetaling.

Onder dubbele terugbetaling wordt verstaan de terugbetaling van eenzelfde prestatie of tussenkomst - met uitzondering van het remgeld - verricht, enerzijds, door een Waalse verzekeringsinstelling en, anderzijds, door een natuurlijke of rechtspersoon of een andere instelling dan een Waalse verzekeringsinstelling.

§ 2. De Waalse verzekerde die bij een Waalse verzekeringsinstelling verzoekt om de betaling van de prestaties of tussenkomsten die vallen onder de Waalse verzekeringsinstelling, moet de Waalse verzekeringsinstelling in kennis stellen van iedere andere verzekering die hem dekt voor de bedragen die ten laste zouden worden genomen door de Waalse verzekeringsinstelling.

§ 3. Artikel 10/13, § 7, van dit besluit is van toepassing op de terugvorderingen verricht door de Waalse verzekeringsinstellingen voor de bedragen geïnd door de Waalse verzekerden in overtreding van paragraaf 1."

## HOOFDSTUK II. — Slot- en overgangsbepalingen

**Art. 3.** Overeenkomstig artikel 36, § 1, van het decreet van 8 november 2018 betreffende de verzekeringsinstellingen en houdende wijziging van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid betaalt de Regering de eerste negen maanden betreffende de beheerskosten op de eerste werkdag van het boekjaar 2019 uit.

De opdrachtenkosten zullen aan de Waalse verzekeringsinstellingen op een maandelijks basis worden uitbetaald.

De financiële en budgettaire Monitoringsraad zorgt voor een precieze en regelmatige opvolging van de kasgeldsituatie van de Waalse verzekeringsinstellingen.

**Art. 4.** § 1. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019.

§ 2. In afwijking van de vorige paragraaf treedt artikel 13 in werking vanaf 1 januari 2020.

Namen, 21 december 2018.

De Minister-President,  
W. BORSUS

De Minister van Sociale Actie, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ambtenarenzaken,  
A. GREOLI

## REGION DE BRUXELLES-CAPITALE — BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

## REGION DE BRUXELLES-CAPITALE

[C – 2019/40079]

21 DECEMBRE 2018. — Ordonnance visant à établir une allocation de logement en Région de Bruxelles-Capitale

Le Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Dispositions générales

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente ordonnance règle une matière visée à l'article 39 de la Constitution.

**Art. 2.** Pour l'application de la présente ordonnance, l'on entend par :

1° Code : l'ordonnance du 17 juillet 2003 portant le Code bruxellois du Logement ;

2° Gouvernement : le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale.

**Art. 3.** § 1<sup>er</sup>. À l'article 2, § 1<sup>er</sup>, 22°, du Code, les mots « pour une durée maximale fixée dans la présente ordonnance » sont remplacés par les mots « destiné à une occupation d'une durée maximale de dix-huit mois ».

§ 2. L'article 2, § 1<sup>er</sup>, du Code est complété par les 36° et 37° rédigés comme suit :

« 36° Arrêté local : l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 26 septembre 1996 organisant la location des habitations gérées par la Société du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale et par les sociétés immobilières de service public ;

37° IRISBOX : le guichet électronique accessible sur le site internet <https://irisbox.irisnet.be>. ».

## CHAPITRE 2. — L'allocation de logement

**Art. 4.** § 1<sup>er</sup>. Les articles 165, 166 et 168, 6°, du Code sont abrogés.

§ 2. Le titre VIII, chapitre I<sup>er</sup>, du Code est complété par une section 4, comportant les articles 170/1 à 170/20, rédigée comme suit :

« Section 4. – De l'allocation de logement

Sous-section 1<sup>re</sup>. — Définitions

## Article 170/1

Pour l'application de la présente section, on entend par :

1° Loyer : le prix payé mensuellement pour l'usage du logement, à l'exclusion des sommes dues en vertu de tout contrat accessoire telles que celles relatives aux garages ou à titre de redevance pour fournitures et services et provisions ;

2° Revenus : les revenus imposables globalement et distinctement de tous les membres majeurs du ménage.

Le Gouvernement détermine le mode de calcul des revenus ;

## BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

[C – 2019/40079]

21 DECEMBER 2018. — Ordonnantie tot invoering van een huisvestingstoelage in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Het Brusselse Hoofdstedelijke Parlement heeft aangenomen en Wij, Regering, bekrachtigen, het geen volgt :

## HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen

**Artikel 1.** Deze ordonnantie regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 39 van de Grondwet.

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze ordonnantie, wordt verstaan onder :

1° Code : de ordonnantie van 17 juli 2003 houdende de Brusselse Huisvestingscode ;

2° Regering : de Brusselse Hoofdstedelijke Regering.

**Art. 3.** § 1. In artikel 2, § 1, 22°, van de Code worden de woorden « voor een maximumduur die bepaald wordt in deze ordonnantie » vervangen door de woorden « bestemd voor een bewoning met een maximale duur van achttien maanden ».

§ 2. Artikel 2, § 1, van de Code wordt aangevuld met de bepalingen onder 36° en 37°, luidende :

« 36° Huurbesluit : het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 26 september 1996 houdende de regeling van de verhuur van woningen die beheerd worden door de Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij en door de openbare vastgoedmaatschappijen ;

37° IRISBOX : het elektronisch loket dat op de website <https://irisbox.irisnet.be> toegankelijk is. ».

## HOOFDSTUK 2. — De huisvestingstoelage

**Art. 4.** § 1. De artikelen 165, 166 en 168, 6°, van de Code worden opgeheven.

§ 2. Titel VIII, hoofdstuk I, van de Code wordt aangevuld met een afdeling 4 die de artikelen 170/1 tot 170/20 bevat, luidende :

« Afdeling 4. – De huisvestingstoelage

Onderafdeling 1. — Definities

## Artikel 170/1

Voor de toepassing van deze afdeling verstaat men onder :

1° Huurprijs : de prijs die maandelijks voor het gebruik van de woning betaald wordt, met uitzondering van de sommen die krachtens ieder bijkomend contract verschuldigd zijn zoals die in verband met de garages of in het kader van heffingen voor leveringen en diensten en provisies ;

2° Inkomsten : de globaal en afzonderlijk belastbare inkomsten van alle meerderjarige gezinsleden.

De Regering bepaalt de methode voor de berekening van de inkomsten ;