

Art. 2. Het bekwaamheidsbewijs bedoeld in het pedagogisch dossier van de afdeling « Bachelor onroerende goederen » (code 715800S32D3) is het « Diploma van « Bachelor onroerende goederen ».

Art. 3. De geleidelijke omvorming van de betrokken bestaande structuren begint ten laatste op 1 januari 2023. De afdeling bedoeld in dit besluit vervangt de afdeling van « Bachelor onroerende goederen » (code 715800S32D2).

Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 september 2021.
Brussel, 11 oktober 2021.

V. GLATIGNY,

Minister van Hoger Onderwijs, Onderwijs voor sociale promotie, Wetenschappelijk Onderzoek, Universitaire ziekenhuizen, Hulpverlening aan de Jeugd, Justitiehuisen, Jeugd, Sport en Promotie van Brussel

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

[C – 2021/43275]

25 NOVEMBRE 2021. — Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant exécution de l'article 8 du décret du 25 avril 2019 relatif aux organismes assureurs de la Communauté française

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 25 avril 2019 relatif aux organismes assureurs de la Communauté française, article 8, §§ 1^{er} et 4;

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 du 6 juillet 2020 établi en application de l'article 4, alinéa 2, 1^o, du décret du 7 janvier 2016 relatif à l'intégration de la dimension de genre dans l'ensemble des politiques de la Communauté française ;

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^o 69.249/4 du Conseil d'Etat, donné le 11 mai 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, 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^o « Décret » : décret du 25 avril 2019 relatif aux organismes assureurs de la Communauté française ;

2^o « 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^o « Convention » : les conventions de revalidation telles que définies à l'article 1^{er}, 1^o, du décret ;

4^o « Organismes assureurs » : les organismes visés à l'article 3, § 1^{er}, du décret ;

5^o « Bénéficiaire » : le bénéficiaire des prestations, visé à l'article 1^{er}, 5^o, du décret ;

6^o « Administration » : le Service qui gère la matière des hôpitaux universitaires au sein du Ministère de la Communauté française ;

7^o « Dispensateur de soins » : les dispensateurs de soins visés à l'article 1^{er}, 7^o, du décret ;

8^o « 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^o « Hôpitaux universitaires » :

a) le Centre hospitalier universitaire de Liège ;

b) les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert ;

c) les Cliniques universitaires de Mont-Godinne ;

d) l'Hôpital Erasme à Anderlecht ;

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

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

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

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

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

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

16^o modèles N : documents visés à l'article 9.

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

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

2^o un défraiement pour les frais de gestion engendrés au cours de l'année N ;

3^o une éventuelle régularisation à la hausse ou à la baisse des montants visés au littéra 1^o dans les conditions prévues à l'article 5.

Dans les conditions fixées à l'article 4, le Gouvernement peut également verser aux organismes assureurs une ou plusieurs avances complémentaires au cours de l'année N.

Art. 3. § 1^{er}. Le montant d'une avance trimestrielle, telle que visée à l'article 2, alinéa 1^{er}, 1^o, 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^o, 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^o ;

- 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 9, § 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 9, § 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^o, 8^o et 10^o, et aux journées visées aux articles 10, § 1^{er}, 3^o, 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 avance trimestrielle 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^o pour le premier semestre de l'année N : au 30 septembre de l'année N-1 ;

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

Art. 4. Le Gouvernement verse à un organisme assureur, au cours de l'année N, une avance complémentaire à l'avance trimestrielle visée à l'article 2, alinéa 1^{er}, 1^o, si celui-ci se trouve dans une situation d'insuffisance de trésorerie pour financer le coût des prestations visées à l'article 2, 1^o, 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.

Art. 5. § 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 2, alinéa 1^{er}, 1^o, 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 montants 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^o 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^o 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.

Art. 6. L'Administration verse aux organismes assureurs un montant permettant de couvrir les dépenses liées aux prestations visées à l'article 2, 2^o, du décret, selon les modalités suivantes :

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

2^o un défraiement pour les frais de gestion 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 9.

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.

Art. 7. § 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 terme 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.

Art. 8. Le Gouvernement verse à un organisme assureur, au cours de l'année N, une avance complémentaire à l'avance trimestrielle visée à l'article 6, 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.

Art. 9. § 1^{er}. Dans les conditions déterminées au paragraphe 2, l'Administration procède à une régularisation du montant des avances visées à l'article 6, 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.

Art. 10. Les frais visés aux articles 2, alinéa 1^{er}, 2° et 6, 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° et 7, alinéa 1^{er}, 1°, 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}.

Art. 11. 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.

Art. 12. § 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 2, alinéa 1^{er}, 1^o, et 6, alinéa 1^{er}, 1^o, les organismes assureurs sont tenus d'établir des documents mensuels, dits "modèle N" ou documents dits « T 3 », selon le cas, 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.

Art. 13. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Art. 14. La Ministre des Hôpitaux universitaires est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 25 novembre 2021.

Par le Gouvernement,

Le Ministre-Président,

P.-Y. 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,

V. GLATIGNY

VERTALING

MINISTERIE VAN DE FRANSE GEMEENSCHAP

[C – 2021/43275]

25 NOVEMBER 2021. — Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap tot uitvoering van artikel 8 van het decreet van 25 april 2019 betreffende de verzekeringsinstellingen van de Franse Gemeenschap

De Regering van de Franse Gemeenschap,

Gelet op het decreet van 25 april 2019 betreffende de verzekeringsinstellingen van de Franse Gemeenschap, artikel 8, §§ 1 en 4;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 14 december 2020 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 7 januari 2021 ;

Gelet op de gendertest van 6 juli 2020 uitgevoerd met toepassing van artikel 4, tweede lid, 1^o, van het decreet van 7 januari 2016 houdende integratie van de genderdimensie in het geheel van de beleidslijnen van de Franse Gemeenschap ;

Gelet op het overleg op 20 januari 2021 tussen Franstaligen met toepassing van het decreet van 3 april 2014 tot instemming met het kadersamenwerkingsakkoord tussen de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie betreffende het overleg tussen Franstaligen inzake gezondheidsbeleid en bijstand aan personen en de gemeenschappelijke beginselen die in deze aangelegenheden toepasselijk zijn;

Gelet op het advies nr. 69.249/4 van de Raad van State, gegeven op 11 mei 2021, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 ;

Op de voordracht van de Minister belast met de universitaire ziekenhuizen;

Na beraadslaging,

Besluit :

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1^o « Decreet » : decreet van 25 april 2019 betreffende de verzekeringsinstellingen van de Franse Gemeenschap ;

2^o « Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 20 december 2017 » : besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 20 december 2017 tot uitvoering van het decreet van 19 juli 2017 betreffende de verblijfkosten en de financiering van sommige zware apparaten van de medisch-technische diensten in universitaire ziekenhuizen;

3^o « Overeenkomst » : de revalidatieovereenkomsten, zoals bepaald in artikel 1, 1^o, van het decreet ;

4^o « Verzekeringsinstellingen » : de instellingen bedoeld in artikel 3, § 1, van het decreet;

5° « Rechthebbende » : de rechthebbende van de verstrekkingen bedoeld in artikel 1, 5°, van het decreet ;

6° « Administratie » : de Dienst die de aangelegenheid universitaire ziekenhuizen binnen het ministerie van de Franse Gemeenschap beheert ;

7° « Zorgverleners » : de verleners bedoeld in artikel 1, 7°, van het decreet ;

8° « MyCareNet » : toepassing gegevensuitwisseling in het kader van het eHealth-platform opgericht bij de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en houdende diverse bepalingen.

9° « universitaire ziekenhuizen » :

a) het « Centre hospitalier universitaire de Liège » ;

b) de « Cliniques universitaires Saint-Luc » te Sint-Lambrechts-Woluwe ;

c) de « Cliniques universitaires de Mont-Godinne » ;

d) het Erasmus ziekenhuis te Anderlecht ;

10° « Minister » : de Minister belast met de universitaire ziekenhuizen ;

11° jaar N : het jaar waarin de voorschotten en de kosten aan de verzekeringsinstellingen uitbetaald worden ;

12° jaar N -1 : het jaar voorafgaand aan het jaar bedoeld in 11° ;

13° jaar N -2 : het jaar voorafgaand aan het jaar bedoeld in 12° ;

14° jaar N +1 : het jaar volgend op het jaar bedoeld in 11° ;

15° jaar N +2 : het jaar volgend op het jaar bedoeld in 14° ;

16° modellen N : documenten bedoeld in artikel 9.

Art. 2. De Regering betaalt aan de verzekeringsinstellingen een bedrag ter dekking van de uitgaven in verband met de verstrekkingen bedoeld in artikel 2, 1°, van het decreet, volgens de volgende nadere regels :

1° vier driemaandelijke voorschotten tijdens het jaar N;

2° een terugbetaling van de beheerskosten gemaakt tijdens het jaar N;

3° een eventuele regularisatie naar boven of naar beneden van de bedragen bedoeld in 1° onder de voorwaarden voorzien in artikel 5.

Onder de voorwaarden bepaald in artikel 4 kan de Regering gedurende het jaar N ook een of meer aanvullende voorschotten aan de verzekeringsinstellingen storten.

Art. 3. § 1. Het bedrag van een driemaandelijks voorschot zoals bedoeld in artikel 2, eerste lid, 1°, voor het geheel van de verzekeringsinstellingen, is evenredig aan het bedrag van de globale jaarlijkse uitgavenbegroting voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 2, 1°, van het decreet. Deze globale jaarlijkse begroting wordt berekend door de volgende formule toe te passen:

$$B = X + Y$$

moet als volgt gelezen worden :

- B : de globale begroting voor het jaar N waarvan het bedrag van de driemaandelijke voorschotten bedoeld in het eerste lid, 1°, zal worden uitgesplitst;

- X : de som van de producten van de vermenigvuldiging, uitgevoerd voor elk universitair ziekenhuis, van de verblijfkosten vastgesteld op 1 juli van het jaar N -1, met het aantal verstrekkingen dat recht geeft op facturering als een dag hospitalisatie uitgevoerd tussen 1 januari tot 30 juni van het jaar N -1. Deze dagen hospitalisatie worden door elke verzekeringsinstelling ingevuld in model N, bedoeld in artikel 9, § 1;

- Y : de som van de producten van de vermenigvuldiging, uitgevoerd door elk universitair ziekenhuis, van de verblijfkosten bepaald op 1 juli van het jaar N, met het aantal verstrekkingen dat recht geeft op facturering als een dag hospitalisatie uitgevoerd van 1 juli tot 31 december van het jaar N -1. Deze dagen hospitalisatie worden door elke verzekeringsinstelling ingevuld in model N bedoeld in artikel 9, § 1.

De verblijfkosten van elk ziekenhuis wordt berekend overeenkomstig de nadere regels voor de berekening bepaald in artikel 9 van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 20 december 2017.

De schatting van het aantal potentieel in aanmerking komende vierkante meters wordt berekend overeenkomstig de bepaling van artikel 8 van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 20 december 2017.

De dagen van ziekenhuisopname worden bepaald door verwijzing naar de verstrekkingen bedoeld in artikel 4, § 1, eerste lid, 7°, 8° en 10°, en de dagen bedoeld in de artikelen 10, § 1, 3°, en 11, § 1, van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 20 december 2017.

§ 2. Het bedrag van het eerste en tweede driemaandelijke voorschot van het jaar N dat toegekend wordt aan elke verzekeringsinstelling, stemt overeen, voor elk voorschot, met de helft van de waarde X, bepaald in paragraaf 1, eerste lid. De verdeling van deze twee voorschotten tussen de verzekeringsinstellingen is evenredig met het bedrag van de uitgaven met betrekking tot de voordelen die het recht op de facturering openen als dagen van ziekenhuisopname, uitgevoerd van 1 januari tot 30 juni van het jaar N-1.

§ 3. Het bedrag van het derde en het vierde driemaandelijke voorschot van het jaar N toegekend aan elke verzekeringsinstelling, stemt overeen, voor elk van deze voorschotten, met de helft van de waarde van Y, bepaald in paragraaf 1, eerste lid. De verdeling van deze twee voorschotten tussen de verzekeringsinstellingen is evenredig met het bedrag van de uitgaven met betrekking tot de verstrekkingen die het recht openen op de facturering als dagen van ziekenhuisopname, uitgevoerd tussen 1 juli tot 31 december van het jaar N-1.

§ 4. De voorschotten worden verdeeld tussen de verschillende verzekeringsinstellingen op basis van de uitgaven verklaard in de modellen N en bepaald door de Administratie :

1° voor het eerste semester van het jaar N : op 30 september van het jaar N-1 ;

2° voor het tweede semester van het jaar N : op 31 maart van het jaar N.

Art. 4. De regering betaalt aan een verzekeringsinstelling gedurende het jaar N een aanvullend voorschot op het driemaandelijke voorschot bedoeld in artikel 2, eerste lid, 1°, indien deze in een situatie van onvoldoende thesaurie verkeert om de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 2, 1°, van het decreet te financieren.

Om het aanvullende voorschot te verkrijgen moet de verzekeringsinstelling naar de administratie een met redenen omklede aanvraag om aanvullend voorschot sturen, evenals een samenvatting van de verstrekkingen ten laste genomen tijdens het lopende kwartaal in uitvoering en het bedrag van het laatste ontvangen driemaandelijke voorschot.

De administratie bericht ontvangst van de aanvraag binnen twee werkdagen. Het aanvullende voorschot wordt uiterlijk binnen twintig kalenderdagen na de datum van ontvangstmelding betaald.

Het bedrag van het aanvullende voorschot wordt bepaald volgens de formule $X = A \times B$:

- X = bedrag van het aanvullende voorschot ;
- A = aantal overblijvende dagen vóór de storting van het volgende driemaandelijke voorschot ;
- B = bedrag van het laatste ontvangen driemaandelijke voorschot gedeeld door het aantal afgelopen dagen tijdens het kwartaal in uitvoering totdat de aanvraag om aanvullend voorschot door de Administratie ontvangen wordt.

Art. 5. § 1. In de voorwaarden bepaald in paragraaf 2 gaat de Administratie in het jaar N +1 door met de regularisatie van het bedrag van de driemaandelijke voorschotten bedoeld in artikel 2, eerste lid, 1° die gestort worden aan elke verzekeringsinstelling door facturen te vergelijken ten laste van de verzekeringsinstellingen verklaard in de modellen N met betrekking tot het jaar N en het bedrag van de driemaandelijke en aanvullende voorschotten ontvangen voor hetzelfde jaar door de verzekeringsinstellingen. De afrekening van deze uitgaven wordt definitief door de administratie vastgesteld en dit, uiterlijk op 31 mei van het jaar N +1 om het bedrag van de regularisatie voor elke verzekeringsinstelling te bepalen. Dit bedrag wordt vervolgens uiterlijk op 30 juni van het jaar N +1 ter informatie aan de verzekeringsinstellingen verzonden.

§ 2. De regularisatie bij de verzekeringsinstelling gebeurt volgens de volgende nadere regels :

1° als het bedrag van de facturen die ze moet betalen en die verklaard worden in de modellen N groter is dan de driemaandelijke en aanvullende voorschotten die er tijdens het jaar N zijn gestort, betaalt de administratie dit verschil terug aan de verzekeringsinstelling. De terugbetaling zal in de loop van het derde kwartaal van het jaar N +1 gebeuren ;

2° als het bedrag van de facturen die ze moet betalen en die verklaard worden in de modellen N, lager is dan de driemaandelijke en aanvullende voorschotten die hen gestort werden in de loop van het jaar N, wordt de verzekeringsinstelling verzocht door de Administratie uiterlijk op 31 juli de te veel betaalde terugbetaling uit te voeren.

Art. 6. De Administratie stort aan de verzekeringsinstellingen een bedrag om uitgaven te dekken in verband met de verstrekkingen bedoeld in artikel 2, 2°, van het decreet volgens de volgende nadere regels :

- 1° vier driemaandelijke voorschotten tijdens het jaar N ;
- 2° een terugbetaling voor de beheerskosten gemaakt tijdens het jaar N ;
- 3° een eventuele regularisatie naar boven of naar beneden van de bedragen bedoeld in 1°, onder de voorwaarden bepaald in artikel 9.

Onder de voorwaarden bepaald in artikel 9 kan de Regering ook aan de verzekeringsinstellingen een aanvullend bedrag tijdens het jaar N storten.

Art. 7. § 1. Het totale bedrag van een voorschot voor het geheel van de verzekeringsinstellingen stemt overeen met een envelop die een vierde van de globale jaarlijkse uitgavenbegroting vertegenwoordigt voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 2, 2°, van het decreet.

Deze globale begroting wordt bepaald door de som van de jaarlijkse begrotingen van elke zorgverlener. De jaarlijkse begroting van deze zorgverleners wordt bepaald door de nadere regels voor de revalidatieovereenkomst die hij ondertekend heeft met een universitair ziekenhuis of een centrum verbonden aan een universitair ziekenhuis in het kader van het lange termijn revalidatiebeleid bedoeld in artikel 5, § 1, I, 5°, van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen van 8 augustus 1980.

§ 2. De voorschotten worden verdeeld tussen de verschillende verzekeringsinstellingen volgens de nadere regels :

1° het bedrag van elk van de eerste twee voorschotten die aan een verzekeringsinstelling wordt toegekend, stemt overeen met het bedrag van het vierde voorschot dat zijn in N -1 ontvangen heeft ;

2° het bedrag van het derde voorschot en het bedrag van het vierde voorschot dat aan een verzekeringsinstelling wordt toegekend, komt overeen met een vierde van het bedrag van de uitgaven dat zij in de modellen N gedurende het jaar N-1 heeft verklaard. Deze uitgaven worden vastgesteld door de administratie op 31 maart van het jaar N.

Art. 8. De regering stort aan een verzekeringsinstelling gedurende het jaar N een aanvullend voorschot op het driemaandelijke voorschot bedoeld in artikel 6, eerste lid, 1° indien deze in een situatie verkeert waarin de thesaurie onvoldoende is om de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 2, 2°, van het decreet te financieren.

Om het aanvullende voorschot te verkrijgen moet de verzekeringsinstelling de Administratie een met redenen omklede aanvraag om aanvullend voorschot sturen evenals een overzicht van de verstrekkingen die ten laste worden genomen tijdens het kwartaal in uitvoering en het bedrag van het laatste ontvangen driemaandelijke voorschot.

De Administratie bericht ontvangst van de aanvraag binnen twee werkdagen. Het aanvullende voorschot wordt uiterlijk binnen twintig kalenderdagen na de datum van ontvangstmelding betaald.

Het bedrag van het aanvullende voorschot wordt bepaald volgens de formule $X = A \times B$:

- X = het bedrag van het aanvullende voorschot ;
- A = het aantal overblijvende dagen vóór de storting van het volgende driemaandelijke voorschot ;
- B = het bedrag van het laatste geïnde driemaandelijke voorschot gedeeld door het aantal afgelopen dagen tijdens het kwartaal in uitvoering totdat de aanvraag om aanvullend voorschot door de Administratie ontvangen wordt.

Art. 9. § 1. In de voorwaarden bepaald in paragraaf 2 gaat de Administratie door met de regularisatie van het bedrag van de voorschotten bedoeld in artikel 6, eerste lid, 1° die gestort worden aan elke verzekeringsinstelling door rekening te houden met facturen die ze moet betalen die verklaard worden door haar tijdens het jaar N. Deze uitgaven worden vermeld door de verzekeringsinstellingen ofwel in de "T3" documenten ofwel in de modellen N wanneer de verzekeringsinstelling zich buiten de toepassingsgebied van het Europees beginsel van het vrij verkeer van personen bevindt. De afrekening van deze uitgaven wordt definitief door de administratie vastgesteld en dit, uiterlijk op 31 mei van het jaar N +1 om het bedrag van de regularisatie voor elke verzekeringsinstelling te bepalen. Dit bedrag wordt vervolgens uiterlijk op 30 juni van het jaar N +1 ter informatie aan de verzekeringsinstellingen verzonden.

§ 2. De regularisatie bij een verzekeringsinstelling gebeurt volgens de volgende nadere regels :

1° als het bedrag van de facturen die ze moet betalen, verklaard in de modellen N of in de T3-modellen, naargelang het geval, groter is dan de driemaandelijke en aanvullende voorschotten die er tijdens het jaar N zijn betaald, betaalt de administratie dit verschil terug aan de verzekeringsinstelling. De terugbetaling zal in de loop van het derde kwartaal van het jaar N +1 gebeuren ;

2° als het bedrag van de facturen die ze moet betalen, verklaard in de modellen N of in de T3-modellen, naargelang het geval, lager is dan de driemaandelijke en aanvullende voorschotten die hen gestort werden in de loop van het jaar N, wordt de verzekeringsinstelling verzocht door de Administratie uiterlijk op 31 juli de te veel betaalde terugbetaling uit te voeren.

Art. 10. De kosten bedoeld in de artikelen 2, eerste lid, 2° en 6, eerste lid, 2°, worden berekend voor de verzekeringsinstellingen op basis van een enige globale envelop van vijfhonderd éénennegentigduizend negenhonderddrieëntwintig euro en tweeëndertig centen..

Het bedrag van deze globale envelop wordt gekoppeld, vanaf 1 januari 2022, aan het spilindexcijfer 109,69 indexcijfer van januari 2020 (basis 2013 = 100) van de consumptieprijzen. Daarna wordt het aangepast op 1 januari van elk jaar aan het indexcijfer waaraan de sociale prestaties op deze datum uitbetaald worden. Het bedrag wordt naar beneden afgerond op de dichtstbijzijnde eurocent.

Deze globale envelop wordt verdeeld door de verzekeringsinstellingen als volgt :

1° een vast gedeelte dat gelijk is aan vijf percent van de globale envelop, wordt gelijkelijk verdeeld over alle verzekeringsinstellingen;

2° een variabel gedeelte dat overeenstemt met vijfennegentig procent van de globale envelop, wordt verdeeld over de verzekeringsinstellingen als volgt :

a) Vijftig procent wordt verdeeld naar rata van het totaal aantal werkende verzekerden op 31 december voor Wallonië en Brussel (titularissen en personen ten laste) van elke verzekeringsinstelling voor het jaar N -1 ;

b) Veertig percent worden verdeeld naar rata van het totaal aantal werkende verzekerden op 31 december voor Wallonië en Brussel van vijfenzestig jaar en meer (titularissen en personen ten laste) van elke verzekeringsinstelling voor het jaar N -1 ;

c) Tien percent worden verdeeld naar rata van het totaal aantal werkende verzekerden op 31 december voor het jaar N -1 voor Wallonië en Brussel (titularissen en personen ten laste) die aanmerking komen voor de verhoogde tegemoetkoming in het kader van de verplichte verzekering gezondheidszorg en uitkeringen binnen elke verzekeringsinstelling.

De kosten bedoeld in het eerste lid worden aan de verzekeringsinstelling betaald tegelijk met de betaling van het tweede en het vierde driemaandelijke voorschotten bedoeld in de artikelen 3, eerste lid, 1° en 7, eerste lid, 1°, en komen overeen met de helft van het bedrag dat voor elk van hen is vastgesteld door toepassing van de regels beschreven in het eerste lid.

Art. 11. De verzekeringsinstellingen zijn financieel verantwoordelijk voor hun administratiekosten. De minister stelt de nadere regels vast voor de uitvoering van deze financiële verantwoordelijkheid. In dit verband zou een werkgroep moeten worden opgericht waarin verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van de administratie samengebracht zijn om overeenstemming te bereiken over deze nadere regels.

Deze verantwoordelijkheid is gebaseerd op een kwantitatieve en kwalitatieve beoordeling van het beheer van facturatie, betaling, invordering van achterstallige betalingen en administratieve vereenvoudiging.

Art. 12. § 1. Om de Administratie in staat te stellen haar controle uit te oefenen op de facturen die werkelijk ten laste zijn van de verzekeringsinstellingen die verband houden met de verlening van de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 2, eerste lid, 1°, en 6, eerste lid, 1°, zijn de verzekeringsinstellingen verplicht om maandelijkse documenten op te stellen, desgevallend "model N" of zogenaamde "T 3"-documenten, met inbegrip van alle uitgaven die tijdens de betrokken maand werden geboekt met betrekking tot de verstrekkingen bedoeld in artikel 2 van het decreet .

Deze documenten worden opgemaakt volgens de door de Administratie vastgestelde modellen en worden door de verzekeringsinstellingen aan de Administratie via MyCareNet uiterlijk twee maanden en achtentwintig dagen bezorgd vanaf de laatste kalenderdag van de facturiatiemaand waarop de documenten betrekking hebben via MyCareNet aan de Administratie bezorgd. .

§ 2. De verzekeringsinstellingen zijn verplicht om maandelijkse documenten op te stellen over hun financiële toestand, het zogenaamde "T20-model".

Deze documenten worden opgesteld overeenkomstig de modellen bepaald door de Administratie.

Deze financiële documenten worden elke maand door de verzekeringsinstellingen aan de Administratie bezorgd en dit, uiterlijk op de achtentwintigste dag van de maand volgend op deze waarop deze documenten betrekking hebben..

§ 3. Om de administratie in staat te stellen controle uit te oefenen op de werkingskosten van de verzekeringsinstellingen die verband houden met de opdrachten die hen door de Franse Gemeenschap zijn toevertrouwd, zijn deze laatste verplicht jaarlijkse overzichtsdocumenten op te stellen, het zogenaamde "T2-model", van alle kosten gedekt door administratiekosten, geboekt tijdens het betreffende boekjaar.

Deze beknopte documenten worden opgesteld volgens een door de administratie vastgesteld model.

Deze beknopte documenten worden op 30 april van het jaar N+1 door de verzekeringsinstellingen naar de Administratie gestuurd.

Art. 13. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2022.

Art. 14. De Minister van Universitaire ziekenhuizen wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 25 november 2021.

Vanwege de Regering,
De Minister-President,
P.-Y. JEHOLET

De Minister van Hoger Onderwijs, Onderwijs voor sociale promotie, Universitaire ziekenhuizen,
Hulpverlening aan de Jeugd, Justitiehuisen, Jeugd, Sport en Promotie van Brussel,

V. GLATIGNY