A Mesdames les Présidentes et à

Messieurs les Présidents des centres

publics d’action sociale

date : 27 septembre 2013

Frontdesk

E-mail: question@mi-is.be

Tél.: 02/508.85.86 Fax : 02/508.86.10



|  |
| --- |
| **La réforme du remboursement des frais de l’aide médicale aux centres publics d’action sociale – phase 1 projet du MediPrima** |

Madame la Présidente,

Monsieur le Président,

**Introduction**

Depuis plusieurs années, tant les CPAS que les dispensateurs de soins sont demandeurs d’une procédure uniforme, rapide et simplifiée en ce qui concerne les différentes interventions en matière d’aide médicale.

Le SPP Intégration sociale, conjointement avec différents partenaires, a dès lors mis sur pied le projet MediPrima en vue de simplifier le remboursement de l’aide médicale aux CPAS. Il s'agissait de simplifier et d’accélérer le traitement des factures concernant les soins médicaux, pour les personnes qui bénéficient d’une prise en charge par le CPAS, mais aussi d’en améliorer le contrôle.

La première phase de MediPrima a démarré le 1er juin 2013. Les CPAS-pilotes enregistrent depuis lors leurs décisions dans la banque de données et les hôpitaux-pilotes peuvent dès lors consulter ces décisions électroniques.

Le remboursement de certains frais médicaux pour ces CPAS-pilotes ne se fera plus par le circuit de remboursement classique. Le CPAS enregistre sa décision dans une banque de données et la partie à charge de l'État fédéral sera directement payée par la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) au dispensateur de soins.

Il en résulte de nombreux avantages pour les CPAS:

* le nombre de factures médicales que le CPAS doit encore traiter lui-même va fortement diminuer;
* le CPAS peut faire contrôler les factures par un organisme spécialisé;
* le CPAS ne doit plus payer d’avance sur la partie qui peut être mise à la charge de l’État fédéral;
* le CPAS peut ainsi se concentrer sur ses tâches essentielles, à savoir mener des enquêtes sociales et octroyer l'aide appropriée.

**L'entrée en vigueur de la première phase de MediPrima est fixée au 1er octobre 2013.**

**Les dispensateurs de soins disposeront d'un délai jusqu'au 1er janvier 2014 pour intégrer le système en ce qui concerne la facturation électronique via la CAAMI.**

Le but de la présente circulaire est de préciser plusieurs aspects importants du projet, afin d'optimaliser la mise en œuvre pour les CPAS et les dispensateurs de soins. Il s'agit concrètement des éléments suivants:

1. Concepts
2. Que recouvre la première phase?
3. Quelles sont les modifications légales intervenues?
4. Que se passe-t-il si un autre CPAS intervient déjà?
5. Comment va se dérouler la facturation?
6. Helpdesk et renseignements
7. **Concepts**

Banque de données centrale:

La procédure modifiée de remboursement permet d’encoder deux types de décisions dans MediPrima: une décision de principe et une garantie de prise en charge.

Les deux décisions constituent des décisions juridiques de CPAS à part entière, prises (par le Conseil ou par délégation) après avoir mené une enquête sociale.

Une **décision de principe** est une décision du CPAS par laquelle celui-ci reconnaît sa compétence et fait dès lors savoir que l’intéressé est dans le besoin. Néanmoins, aucune aide médicale spécifique n'est encore définie, et il n'y également pas d'engagement de paiement.

La **garantie de la prise en charge** prévoit toutefois une ou plusieurs formes spécifiques d'aide médicale. Le dispensateur de soins pourra également obtenir un numéro d'engagement de paiement lors de la consultation de cette décision.

* Le Conseil ou le comité doivent clairement préciser le type de décision prise.

**Établissement de soins**: établissement tel que défini à l’article 1er, 3°, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS. Dans le cadre de la présente réforme, cela équivaut à un établissement reconnu comme tel par l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (donc ayant un numéro INAMI).

**Hospitalisation**: au moins une nuitée.

**Soins ambulatoires**:englobent à la fois les frais médicaux et les frais pharmaceutiques[[1]](#footnote-1). Une hospitalisation de jour est également considérée comme étant des soins ambulatoires.

1. **Portée de la première phase**

La première phase de MediPrima comporte la réforme du remboursement des frais médicaux dans et facturés par un établissement de soins. Il s'agit des frais tant d'hospitalisation que de soins ambulatoires.

Lors de la première phase de MediPrima, le groupe cible sera, pour les frais susmentionnés, limité aux personnes dans le besoin qui n’ont pas d’assurance maladie couvrant les risques en Belgique et qui ne peuvent pas s’affilier à une mutualité.

Il s'agit principalement d'une des catégories de personnes suivantes:

* les illégaux séjournant dans le Royaume;
* les personnes ayant une procédure d’asile en cours et qui sont à charge d'un CPAS (initiative locale d'accueil ou aide financière)
* les personnes disposant d’une demande d’autorisation de séjour recevable pour raisons médicales (appelée 9ter).
1. **Dispositions légales**
2. Loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS

La loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière en matière d'accessibilité aux soins de santé a modifié la loi du 2 avril 1965.

Un article 9bis et un article 10, § 2 y ont été insérés afin d’imposer l’enquête sociale lorsque les frais sont à charge de l’État et de prévoir une sanction en cas de non-respect.

Cette sanction consiste à récupérer les frais pris en charge par l'État.

Un article 9ter y a été inséré afin d’ancrer la nouvelle procédure dans la loi.

Il dispose que la période comprise entre le début de l’octroi de l’aide[[2]](#footnote-2) et la décision du CPAS ne peut être supérieure à 45 jours. Seuls les frais que le CPAS prend en charge sur ses moyens propres ne sont pas soumis à ce délai de 45 jours.

Les CPAS doivent transmettre électroniquement la décision au plus tard lors de la notification de la décision à la personne concernée elle-même. Ceci pour éviter, lorsque la personne concernée se présente auprès d’un dispensateur de soins, que ce dernier ne retrouve rien dans la banque de données centrale et ne mette les frais à charge du patient.

Il n'y aura donc plus de remboursement par l'État fédéral de frais qui ne sont pas récupérés via MediPrima. Le CPAS a tout intérêt à encoder la décision aussi rapidement que possible dans la banque de données centrale. Il s'agit tant des décisions de principe que de la garantie de prise en charge.

Comme déjà indiqué dans l’introduction, la première phase du projet MediPrima est entrée en vigueur le 1er juin 2013. Elle concerne tous les CPAS et établissements de soins qui répondent aux exigences techniques.

Le site web du SPP Intégration sociale tient à jour une liste des établissements qui répondent déjà aux exigences.

Le 1er octobre 2013, tous les CPAS devront répondre aux exigences techniques et devront par conséquent obligatoirement utiliser MediPrima pour les personnes dans le besoin en ce qui concerne la première phase. Les dispensateurs de soins disposeront toutefois d'un délai jusqu’au 1er janvier 2014 pour intégrer le système en ce qui concerne la facturation électronique via la CAAMI.

Étant donné que tous les dispensateurs de soins ne factureront par voie électronique qu'à partir du 1er janvier 2014, il est à signaler qu'ils enverront pendant la période intermédiaire leur facture papier au CPAS comme auparavant et que les remboursements par l'État se feront donc selon la procédure actuelle.

Afin de garantir leurs droits au remboursement les CPAS devront, pendant la période du 01/10/2013 au 31/12/2013, non seulement encoder la décision électronique dans la banque de données centrale, mais aussi de poursuivre l'envoi de formulaires B2 (et ensuite de formulaires D2).

La facturation s'effectuera par voie électronique via la CAAMI au cours cette période intermédiaire uniquement pour les établissements de soins qui auraient été autorisés à le faire par le SPP IS. La liste de ces établissements sera publiée sur le site du SPP IS.

**4. Que se passe-t-il si un autre CPAS intervient déjà?**

L’encodage d’une décision dans la banque de données centrale signifie un réel engagement de la part du CPAS. Le CPAS reste responsable de sa décision encodée, et ce jusqu’à ce que cette décision (soit de principe, soit de garantie de prise en charge) soit adaptée. En effet, tous les partenaires concernés (dispensateurs de soins, CAAMI, …) se baseront sur les données consultées.

Il est donc clair qu’un seul CPAS peut agir en tant que centre compétent pour une période bien déterminée. Si un autre CPAS s'estime compétent, il devra prendre contact avec le premier CPAS. Dès que le premier CPAS aura revu/suspendu sa décision, le nouveau CPAS compétent pourra prendre le relais et encoder sa nouvelle décision.

Une décision ne peut jamais être suspendue avec effet rétroactif; une adaptation ne peut avoir un effet rétroactif que si les formes spécifiques d'aide médicale déjà accordées sont étendues. Les adaptations impliquant une extension des droits sont visibles immédiatement. Une suspension, par contre, ne prend effet que le jour civil suivant.

Ces règles sont conformes aux dispositions légales de l'article 58, § 3 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS.

Lorsqu’un CPAS constate qu’il n’est pas compétent, il est tenu de transmettre la demande d’aide sociale au CPAS qu’il estime compétent, d’en aviser le demandeur et d’en motiver les raisons. Ces mêmes dispositions légales précisent que le CPAS qui manque à ces obligations est tenu d’octroyer l’aide sociale tant qu’il n’a pas transmis la demande au CPAS qu’il estime compétent ni communiqué les raisons invoquées justifiant cette incompétence territoriale.

Lorsqu’un CPAS constate qu’il n’est plus compétent, il doit en informer la personne concernée.

Cette obligation découle, d’une part, des articles 60, § 2, et 62bis de la loi organique précitée qui impose comme mission générale aux CPAS un devoir d’information et l'obligation d’effectuer toutes démarches utiles aux bénéficiaires afin de faire valoir tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre dans le cadre de la législation belge ou étrangère. Il faut dans ce cadre, faire référence, d’autre part, à la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la ‘Charte de l’assuré social’ qui impose aux institutions de sécurité sociale, en ce compris les CPAS, de transmettre immédiatement la demande.

Si deux CPAS se déclarent compétents pour une seule et même période et qu’aucun compromis entre eux ne peut être obtenu, le service « Conflit de compétence » du SPP Intégration sociale pourra donner un avis relatif à la compétence territoriale sur la base des éléments présentés par les CPAS concernés.

Cet avis n’est cependant pas contraignant et ne peut imposer à un CPAS de mettre fin à sa décision.

La mission du service « Conflit de compétence » du SPP IS est définie par l’article 15, alinéa 4, de la loi du 02 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS et par son arrêté d’exécution du 20 mars 2003. Ces dispositions légales précisent que le service « Conflit de compétence » du SPP Intégration sociale n’intervient que lorsque deux ou plusieurs CPAS s’estiment incompétents.

Je voudrais encore préciser la notion de "CPAS du domicile de secours" pour éviter des conflits de compétence.

Il y a lieu de faire une distinction importante entre le CPAS territorialement compétent pour accorder l’aide (articles 1er, 1°, et 2 de la loi du 2 avril 1965) et donc seul compétent pour encoder une décision dans la banque de données centrale, et l’organisme qui doit prendre en charge les frais médicaux relatifs à celle-ci (art. 4 de ladite loi).

Vous trouverez ci-dessous le schéma explicatif.

DISTINCTION ENTRE CPAS TERRITORIALEMENT COMPETENT

ET CPAS DU DOMICILE DE SECOURS

CPAS TERRITORIALEMENT COMPÉTENT

=> Déterminé par les articles 1er,1°, et 2, loi 02.04.65

=> Examine la demande d’aide d’une personne

=> Accorde une aide pour les frais résultant du traitement dans un établissement de soins

Demander le REMBOURSEMENT DES FRAIS DE L'AIDE accordés[[3]](#footnote-3)

|  |  |
| --- | --- |
| *soit*CPAS DU DOMICILE DE SECOURSArticle 1er, 2°, loi 02.04.65 :*"centre public d'action sociale du domicile de secours" :* *le centre public d'action sociale de la commune dans le registre de population de laquelle l'intéressé est inscrit, à titre de résidence principale, au moment où, en qualité d'indigent ou non, il est traité, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins.* |  *soit*ÉTATSi l’intéressé n’a pas de domicile de secours :- il n’a pas d’inscription au registre de la population qui vaut comme domicile principal;- il n’est pas inscrit au registre de la population. |

1. **Facturation**

Les factures pour lesquelles il existe une prise en charge par l’État seront transmises uniquement par voie électronique par le dispensateur de soins à la CAAMI. La CAAMI contrôlera ces factures et les paiera pour le compte du SPP Intégration sociale.

Chaque mois, la CAAMI enverra au SPP Intégration sociale un fichier de décompte de toutes les factures individuelles, accompagné des montants réellement payés.

Lorsqu’un CPAS prend des coûts médicaux à sa charge - pour la partie où il n’y a pas d’intervention de l’État - la facturation par le dispensateur de soins au moyen d'une facture papier est provisoirement maintenue.

Ceci n’empêche évidemment pas que les CPAS qui sont déjà prêts à fonctionner par factures électroniques concluent eux-mêmes des conventions en ce sens.

1. **Helpdesk et renseignements**

Les CPAS peuvent encore toujours faire appel aux services d'assistance connus, également pour MediPrima.

Pour tous les problèmes en matière de flux de données et/ou d'utilisation du programme PrimaWeb, vous pouvez, comme auparavant, faire appel au soutien technique à distance du Helpdesk de la SMALS. Vous pouvez prendre contact avec ce Helpdesk par téléphone au numéro 02/787.58.27 ou par e-mail à l'adresse ocmw-cpas@smals.be.

Pour tous les problèmes au sujet du contenu des dossiers individuels ou pour les questions générales, vous pouvez prendre contact avec le Frontdesk du SPP Intégration sociale, au numéro de téléphone 02/508.85.86 ou par e-mail à l'adresse question@mi-is.be.

Pour toutes les questions / tous les problèmes – tant d'ordre technique que fonctionnel – au sujet des propres logiciels, il faut prendre contact avec le fournisseur.

Le SPP Intégration sociale mettra en place le 1er octobre 2013 également un monitoring pour toutes les questions et tous les problèmes. Il s'agit de faire le point après une période de 6 mois, en vue d'adaptations éventuelles du projet.

1. **Divers**

Afin de rationaliser au mieux le travail des CPAS et des dispensateurs de soins, plusieurs modèles de documents ont été élaborés. L’utilisation de ces documents permet d'instaurer une procédure uniforme, de manière à ce que les choses soient claires également pour tous les intéressés.

Les documents suivants – voir aussi en annexe – ont été élaborés et doivent être utilisés:

1. ***La fiche de liaison (formulaire de référence confidentiel)***

L’hôpital se sert de ce document pour fournir au CPAS un certain nombre de renseignements généraux. Il est utilisé lorsque les soins ne sont pas urgents et lorsque la personne peut d’abord se rendre au CPAS.

1. ***Fiche d’enquête sociale (enquête sociale en cas de soins/d’admission d’urgence)***

L’hôpital se sert de ce document pour fournir au CPAS un certain nombre de renseignements de la propre enquête sociale de celui-ci. Le CPAS peut poursuivre son enquête sociale sur la base de ces renseignements. Ce document est utilisé lorsque la personne n’est pas en mesure de se rendre d’abord au CPAS, compte tenu de l'urgence.

1. ***Formulaire d’information concernant les frais médicaux***

Il s’agit d’un document qui peut être délivré à la personne dans le besoin qui ne dispose d’aucun document officiel mentionnant son numéro NISS. Ce formulaire est nécessaire étant donné que le numéro NISS est indispensable au dispensateur de soins pour consulter la banque de données. Ce document ne contient aucune information concernant la décision prise par le CPAS.

1. ***Attestation d’aide médicale urgente pour le dispensateur de soins***

Il s’agit d’une attestation que les dispensateurs de soins doivent utiliser lorsqu’il s’agit d’aide médicale pour une personne en séjour illégal dans le Royaume.

À titre d’information, je voudrais également signaler qu’un manuel et une présentation PowerPoint pour les formations ont également été élaborés pour tous les utilisateurs. De plus, un document FAQ est également disponible, rédigé sur la base des questions déjà posées, qui sera mis à jour en permanence par le SPP Intégration sociale.

Tous ces documents sont disponibles sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/be-fr/e-government-et-applications-web/mediprima>).

Concrètement, il s’agit des documents suivants:

***Manuels***

* Manuel de test MediPrima destiné aux dispensateurs de soins et à leurs producteurs de logiciels
* Manuel de test MediPrima destiné aux CPAS et à leurs fournisseurs de logiciels
* MediPrima – Cookbook
* Manuel pour les CPAS et les dispensateurs de soins

***Présentations***

* MediPrima – Présentation du service eHealth
* Présentation MediPrima

***FAQ***

* Questions concernant MediPrima

***Documents techniques***

* Codes d’erreur MediPrima
* MediPrima – Project Initiation Document
* MediPrima – Mapping R25
* MediPrima – Instruction pour la facturation électronique
* MediPrima - WSDL eHealth
* Liste des Refundcodes SPP IS support
* MediPrima – Cookbook & TSS Webservice BCSS
* MediPrima – WSDL-XSD Webservice BCSS

Dans l’espoir que ces informations vous seront utiles, je vous prie d’agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l’expression de ma considération distinguée.

La Secrétaire d’État à l’Asile et la Migration, à l’Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté,

 (signé)

 Maggie De Block

1. Supposons que lors d’une consultation à l’hôpital un médicament soit prescrit et que ce médicament soit acheté en dehors de l’hôpital dans une pharmacie: les soins ambulatoires sont alors limités à la consultation du médecin. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pour une hospitalisation, c’est donc à partir du premier jour d'admission. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Art. 4.- Sans préjudice des dispositions relatives au Fonds spécial d'assistance et au Fonds de soins médico-sociopédagogiques pour handicapés, les frais résultant du traitement d'un indigent, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins sont à la charge :*

 *1° du centre public d'aide sociale du domicile de secours;*

 *2° de l'État, lorsqu'il s'agit d'un indigent n'ayant pas acquis de domicile de secours.* [↑](#footnote-ref-3)