

GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2000 — 2814

[S - C - 2000/36064]

17 JULI 2000. — Besluit van de Vlaamse regering betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen

De Vlaamse regering,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, inzonderheid op artikel 14, tweede lid, 15, eerste lid, 16, tweede lid, en 19;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de Begroting, gegeven op 8 juni 1999;

Gelet op de beraadslaging van de Vlaamse regering, op 8 juni 1999, betreffende de aanvraag om advies bij de Raad van State binnen een maand;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 29 februari 2000, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — *Definities*

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

1° decreet : het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

2° Fonds : het Vlaams Zorgfonds, bedoeld in artikel 11 van het decreet;

3° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan Personen;

4° tenlasteneming : de tenlasteneming van de kosten of prestaties zoals omschreven in artikel 6, § 1, eerste lid, van het decreet;

5° zorgkas : een zorgkas als bedoeld in hoofdstuk III, afdeling 2 van het decreet;

6° erkende zorgkas : een zorgkas die erkend is overeenkomstig hoofdstuk III, afdeling 1, van dit besluit.

HOOFDSTUK II. — *De organisatie, de werking en het beheer van de zorgkassen en de controle op de zorgkassen*

Afdeling 1. — De organisatie, de werking en het beheer van de zorgkassen

Art. 2. Een zorgkas beschikt over een beleidsstructuur, een administratieve en boekhoudkundige organisatie en een interne controle, die aan haar activiteiten aangepast zijn. De minister kan nadere regels daarover bepalen.

De in het eerste lid bedoelde interne controle heeft minstens betrekking op de geldigheid, de volledigheid en de juistheid waarmee de financiële verrichtingen worden verwerkt in de boekhoudkundige documenten en rekeningen.

Art. 3. De technische en financiële middelen van een zorgkas zijn aangepast aan haar activiteiten en waarborgen een goede uitvoering van haar verbintenissen.

Art. 4. § 1. De effectieve leiding van een zorgkas wordt toevertrouwd aan ten minste twee personen.

§ 2. Mogen geen beheerder van een zorgkas zijn en niet met de effectieve leiding van een zorgkas worden belast :

1° personen die zich in een geval bevinden als bedoeld in artikel 1 tot en met 3 en 3bis, § 1 en § 3, van het koninklijk besluit nr. 22 van 24 oktober 1934 betreffende het rechterlijk verbod aan bepaalde veroordeelden en gefailleerden om bepaalde ambten, beroepen of werkzaamheden uit te oefenen;

2° personen die veroordeeld werden tot een gevangenisstraf van minder dan drie maanden wegens een misdrijf als bedoeld in het besluit, genoemd in 1°;

3° personen die veroordeeld werden wegens inbreuk :

a) op artikelen 83 tot en met 87 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen;

b) op artikel 4 van het koninklijk besluit nr. 41 van 15 december 1934 tot bescherming van het gespaard vermogen door reglementering van de verkoop op afbetaling van premie-effecten;

c) op artikelen 18 tot en met 23 van het koninklijk besluit nr. 43 van 15 december 1934 betreffende de controle op de kapitalisatieondernemingen;

d) op artikelen 42 en 42bis van het koninklijk besluit nr. 185 van 9 juli 1935 op de bankcontrole en het uitgifteregime voor titels en effecten;

e) op artikelen 200 tot en met 209 van de wetten op de handelsvennootschappen, gecoördineerd op 30 november 1935;

f) op artikelen 67 tot en met 72 van het koninklijk besluit nr. 225 van 7 januari 1936 tot reglementering van de hypothecaire leningen en tot inrichting van de controle op de ondernemingen van hypothecaire leningen;

g) op artikelen 4 en 5 van het koninklijk besluit nr. 71 van 30 november 1939 betreffende het leuren met roerende waarden en demarchage met roerende waarden en goederen of eetwaren;

h) op artikelen 63 tot en met 66 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

i) op artikel 150 van de wet van 4 december 1990 op de financiële transacties en de financiële markten;

j) op artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 64 van 10 november 1967 tot regeling van het statuut van de portefeuillemaatschappijen;

k) op artikel 101 van de wet van 12 juni 1991 op het consumentenkrediet;

l) op artikelen 34 tot en met 36 en 49 van de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet;

m) op artikelen 104 en 105 van de wet van 22 maart 1993 op het statuut van en het toezicht op de kredietinstellingen;

n) op artikelen 148 en 149 van de wet van 6 april 1995 inzake de secundaire markten, het statuut van en het toezicht op de beleggingsondernemingen, de bemiddelaars en beleggingsadviseurs.

Art. 5. Het maatschappelijk doel van de zorgkas, zoals vermeld in haar statuten, is beperkt tot de taken, vermeld in artikel 16 van het decreet.

De statuten van de zorgkas bevatten een opgave van de rechten en de plichten van de aangeslotenen en de gebruikers. Ze mogen niet in strijd zijn met de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld.

De statuten, evenals de lijst van de beheerders, liggen in de zetel van de zorgkas ter inzage van elke belangstellende. Hij kan daarvan kosteloos een kopie krijgen.

Art. 6. Een zorgkas verstrekt aan personen die zich willen aansluiten en aan de aangeslotenen minimaal de informatie die de minister bepaalt.

Art. 7. § 1. De documenten die een zorgkas gebruikt of verspreidt, zijn in overeenstemming met de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld.

§ 2. Op de documenten of formulieren die ter kennis van het publiek gebracht worden, vermeldt een zorgkas : « Zorgkas erkend door de Vlaamse Gemeenschap ». Bovendien bevatten die documenten de vermeldingen die de minister bepaalt.

Art. 8. Een zorgkas registreert de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen. Ze verstrekt de gegevens van het voorbije werkjaar vóór 31 maart aan het Fonds.

De minister kan bepalen welke gegevens minimaal worden geregistreerd, hoe ze worden geregistreerd en hoe ze aan het Fonds worden verstrekt. De minister kan bepalen dat gegevens, die hij aanwijst, tegen een andere dan de in het eerste lid vermelde datum aan het Fonds worden verstrekt.

Art. 9. Een zorgkas int een ledenbijdrage van haar aangeslotenen. De regering stelt jaarlijks het bedrag van de ledenbijdrage vast.

Art. 10. Artikel 2, 3, eerste lid, 4, eerste tot en met vijfde lid, 6, eerste en vierde lid, 7, eerste tot en met derde lid, 8, § 1 en § 2, eerste lid, en 9 van de wet van 17 juli 1975 met betrekking tot de boekhouding en de jaarrekening van de ondernemingen zijn van overeenkomstige toepassing op een zorgkas.

Het Fonds kan richtlijnen uitvaardigen die de bepalingen van voormelde wet concretiseren of aanvullen.

Art. 11. Een zorgkas onthoudt zich ervan :

1° onder om het even welke vorm leningen toe te staan;

2° met een ziekenfonds, een landsbond van ziekenfondsen, een maatschappij voor onderlinge bijstand, een verzekeringsonderneming of enige andere organisatie, waarmee ze financiële, commerciële of administratieve banden heeft, overeenkomsten af te sluiten of regelingen te maken die de verdeling van de kosten en inkomsten kunnen beïnvloeden, als daardoor de rekeningen zouden worden vervalst.

Afdeling 2. — De controle op de zorgkassen

Art. 12. § 1. Een zorgkas bewaart gedurende een door de minister te bepalen termijn alle documenten betreffende de door haar verrichte aansluitingen en tenlastenemingen in haar zetel of op een andere plaats die vooraf door het Fonds is toegelaten.

§ 2. Een zorgkas verstrekt aan het Fonds, op diens eenvoudig verzoek, alle inlichtingen en documenten die het Fonds nodig heeft voor de uitvoering van zijn taak. Ze staat het Fonds toe om in haar zetel inzage te nemen van alle documenten, evenals elk onderzoek te verrichten naar haar financiële toestand en haar activiteiten.

Een zorgkas staat ervoor in dat al haar medewerkers aan het Fonds, op diens eenvoudig verzoek, alle inlichtingen verschaffen waarover zij beschikken met betrekking tot de aansluitingen en tenlastenemingen, waaraan zij hun medewerking hebben verleend.

Art. 13. Als een document niet voldoet aan de vereisten van artikel 7, § 1, zorgt de zorgkas voor de intrekking of de aanpassing ervan binnen één maand nadat ze daartoe door het Fonds is aangemaand per aangetekende brief.

Art. 14. § 1. Een zorgkas brengt de wijzigingen aan haar statuten en aan de lijst van haar beheerders met een aangetekende brief ter kennis van het Fonds binnen één maand na hun goedkeuring door de algemene vergadering. Tot uiterlijk één maand na die kennisgeving kan het Fonds zich met een aangetekende en gemotiveerde brief verzetten tegen een wijziging die in strijd is met de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld. In dat geval zorgt de zorgkas ervoor dat de wijziging wordt ingetrokken of aangepast binnen twee maanden na verzending van de brief van het Fonds.

§ 2. Een zorgkas zendt vóór 30 april aan het Fonds haar jaarrekening en het boekhoudkundig verslag, bedoeld in artikel 19 van het decreet, betreffende het vorige kalenderjaar. Het Fonds bepaalt de vormvereisten waaraan het verslag moet voldoen.

Art. 15. Een zorgkas wijst een bedrijfsrevisor aan, die door de algemene vergadering wordt gekozen onder de leden van het Instituut der bedrijfsrevisoren. Indien de zorgkas de rechtsvorm van een maatschappij van onderlinge bijstand aanneemt zoals bedoeld in artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, dient de bedrijfsrevisor erkend te zijn door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. In de andere gevallen dient de bedrijfsrevisor erkend te zijn door de Controledienst voor de Verzekeringen.

De bedrijfsrevisor wordt aangewezen voor een hernieuwbare termijn van drie jaar. Hij kan slechts om wettige redenen worden ontslagen.

De zorgkas deelt aan het Fonds de naam, de voornamen en het adres van de bedrijfsrevisor mee binnen een maand na diens aanwijzing.

Buiten zijn bezoldiging mag de zorgkas aan de bedrijfsrevisor geen enkel voordeel verschaffen, in welke vorm ook. Bijkomende opdrachten kunnen hem enkel worden toevertrouwd met de goedkeuring van de algemene vergadering.

Ingeval het mandaat van de bedrijfsrevisor, om welke reden ook, een einde neemt, wijst de zorgkas binnen drie maanden een opvolger aan.

Art. 16. De door een zorgkas aangewezen bedrijfsrevisor controleert met inachtneming van de algemene controlenormen van het Instituut der bedrijfsrevisoren :

- 1° de nauwkeurigheid en de volledigheid van de boekhouding en van de jaarrekening;
- 2° het aangepaste karakter en de werking van de administratieve en boekhoudkundige organisatie en van de interne controle.

De bedrijfsrevisor kan te allen tijde in de zetel van de zorgkas inzage nemen van alle documenten die hij nodig acht voor de uitvoering van zijn opdracht. Hij kan van de beheerders en van de personen die met de effectieve leiding zijn belast, alle nodige ophelderingen en inlichtingen eisen en alle nodige verificaties verrichten.

Hij brengt onverwijld elke inbreuk op de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld, alsmede alles wat volgens hem de financiële toestand van de zorgkas in gevaar zou kunnen brengen, ter kennis van de beheerders van de zorgkas.

Hij viseert het boekhoudkundig verslag, bedoeld in artikel 14, § 2.

Art. 17. De bedrijfsrevisor stelt jaarlijks een verslag op over de resultaten van de door hem verrichte controles, met inachtneming van de algemene controlenormen van het Instituut der bedrijfsrevisoren. Dit verslag vermeldt meer in het bijzonder :

- 1° hoe de controletaken werden verricht en of alle gevraagde ophelderingen en documenten werden verkregen;
- 2° of de boekhouding is gevoerd en de jaarrekening is opgesteld conform de toepasselijke regels;
- 3° of naar zijn oordeel de jaarrekening een getrouw beeld geeft van het vermogen, van de financiële toestand en van de resultaten van de zorgkas.

In het verslag vermeldt en rechtvaardigt de bedrijfsrevisor nauwkeurig en duidelijk het voorbehoud en de bezwaren die hij meent te moeten maken. In het andere geval vermeldt hij uitdrukkelijk geen bezwaar noch voorbehoud te maken.

Het verslag wordt gevoegd bij de jaarrekening die ter goedkeuring aan de algemene vergadering wordt voorgelegd. De bedrijfsrevisor wordt uitgenodigd voor de algemene vergadering, wanneer deze zal beraadslagen over de jaarrekening en het door hem opgemaakte verslag. Hij heeft het recht op de algemene vergadering het woord te voeren in verband met de vervulling van zijn taak.

HOOFDSTUK III. — De procedure voor het verlenen, het verlengen, het intrekken en het schorsen van de erkenning

Afdeling 1. — De procedure voor het verlenen en verlengen van de erkenning

Art. 18. De instanties, bedoeld in artikel 14, eerste lid, 1° en 3°, van het decreet, kunnen een zorgkas oprichten als ze hetzij in elke provincie van het Nederlandse taalgebied en in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad een exploitatiezetel hebben, hetzij daar vertegenwoordigd zijn, hetzij daar, naar gelang het geval, leden of verzekerden hebben.

Art. 19. Om ontvankelijk te zijn dient een aanvraag tot erkenning van een zorgkas uit te gaan van een instantie als bedoeld in artikel 14 van het decreet, die in voorkomend geval aan het bepaalde in artikel 18 voldoet. Bovendien moet ze met een aangetekende brief aan het Fonds worden gezonden en moet ze de volgende gegevens en stukken bevatten :

- 1° de statuten van de zorgkas;
- 2° de naam, voornamen, woon- of verblijfplaats, het beroep en de nationaliteit van de beheerders van de zorgkas en van de personen die met de effectieve leiding van de zorgkas worden belast en de volmachten van die laatsten;
- 3° de statuten van de instantie of de instanties, bedoeld in artikel 14 van het decreet, die de zorgkas heeft of hebben opgericht;
- 4° de naam, voornamen, woon- of verblijfplaats van de leden, natuurlijke personen of rechtspersonen, die in de algemene vergadering van de zorgkas een gekwalificeerde deelneming bezitten en het percentage van die deelneming, evenals voldoende gedetailleerde gegevens over de nauwe banden die bestaan tussen de zorgkassen en andere natuurlijke of rechtspersonen;
- 5° de verbintenis om de regels na te leven die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld;
- 6° andere gegevens en stukken, die door het Fonds worden bepaald.

Een gekwalificeerde deelneming in de zin van het eerste lid, 4°, veronderstelt het rechtstreeks of onrechtstreeks bezitten van ten minste 10 % van de stemrechten of elke andere mogelijkheid om een invloed van betekenis uit te oefenen op de bedrijfsvoering van de zorgkas.

Art. 20. § 1. Binnen vijftien dagen na ontvangst van de aanvraag deelt het Fonds aan de zorgkas mee of de aanvraag ontvankelijk is.

Als de aanvraag niet ontvankelijk is omdat één of meer gegevens of stukken als bedoeld in artikel 19 ontbreken, vraagt het Fonds de ontbrekende gegevens of stukken op. Binnen vijftien dagen na ontvangst van de gegevens of stukken, deelt het Fonds aan de zorgkas mee of de aanvraag ontvankelijk is.

Het Fonds onderzoekt de aanvraag.

§ 2. Binnen vier maanden nadat aan de zorgkas is meegedeeld dat haar aanvraag ontvankelijk is, wordt haar de gemotiveerde beslissing van de minister om de erkenning te verlenen of het gemotiveerde voornemen van de leidend ambtenaar van het Fonds om de erkenning te weigeren met een aangetekende brief toegezonden. De erkenning kan slechts worden verleend als uit de aanvraag blijkt dat de zorgkas zal voldoen aan de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld.

§ 3. Tegen het voornemen, bedoeld in § 2, kan de zorgkas bezwaar indienen. Om ontvankelijk te zijn moet het bezwaar gemotiveerd zijn en uiterlijk vijftien dagen na de ontvangst van het voornemen per aangetekende brief worden ingediend bij de minister. De met redenen omklede beslissing van de minister wordt binnen één maand na ontvangst van het bezwaar aan de zorgkas toegezonden met een aangetekende brief. De minister kan slechts een beslissing nemen nadat de zorgkas en het Fonds werden gehoord, tenzij ze aan een behoorlijk verstuurd uitnodiging geen gevolg hebben gegeven.

Als de zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaar heeft ingediend, wordt, binnen één maand na het verstrijken van de termijn om bezwaar in te dienen, de met redenen omklede beslissing van de minister, waarbij de erkenning wordt geweigerd, aan de zorgkas meegedeeld met een aangetekende brief.

§ 4. De beslissing waarbij de erkenning wordt verleend, wordt bij uittreksel bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 21. De erkenning van een zorgkas geldt voor een termijn van vijf jaar.

De erkenning kan worden verlengd indien de zorgkas daarvoor tot uiterlijk negen maanden voor het verstrijken van haar erkenning een aanvraag indient. Artikelen 19 en 20 zijn van overeenkomstige toepassing.

Afdeling 2. — De procedure voor de intrekking en de schorsing van de erkenning

Onderafdeling A. — De ingebrekestelling

Art. 22. Wanneer het Fonds vaststelt dat een zorgkas niet werkt overeenkomstig de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld, dat haar beheer of haar financiële toestand niet voldoende waarborgen biedt voor de goede afloop van haar verbintenissen of dat haar administratieve of boekhoudkundige organisatie of haar interne controle ernstige leemten vertoont, stelt het Fonds met een aangetekende brief de zorgkas in gebreke om daaraan binnen een door hem te bepalen termijn te verhelpen.

Onderafdeling B. — De intrekking van de erkenning

Art. 23. De erkenning van een zorgkas kan door de minister bij een met redenen omklede beslissing worden ingetrokken in de volgende gevallen :

1° wanneer de zorgkas geen gebruikmaakt van de erkenning binnen twaalf maanden of wanneer ze gedurende meer dan zes maanden haar activiteiten heeft gestaakt;

2° wanneer ze niet voldoet aan de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld, nadat de in artikel 22 vermelde termijn is verstreken.

In de gevallen, opgesomd in het eerste lid, wordt door de leidend ambtenaar van het Fonds een gemotiveerd voornemen tot intrekking van de erkenning geuit, dat met een aangetekende brief aan de zorgkas wordt meegedeeld.

Art. 24. Tegen het voornemen, bedoeld in artikel 23, tweede lid, kan de zorgkas bezwaar indienen. Om ontvankelijk te zijn moet het bezwaar gemotiveerd zijn en uiterlijk vijftien dagen na de ontvangst van het voornemen per aangetekende brief worden ingediend bij de minister. De met redenen omklede beslissing van de minister wordt binnen één maand na ontvangst van het bezwaar aan de zorgkas toegezonden met een aangetekende brief. De minister kan slechts een beslissing nemen nadat de zorgkas en het Fonds werden gehoord, tenzij ze aan een behoorlijk verstuurd uitnodiging geen gevolg hebben gegeven.

Als de zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaar heeft ingediend, wordt, binnen één maand na het verstrijken van de termijn om bezwaar in te dienen, de met redenen omklede beslissing van de minister, waarbij de erkenning wordt ingetrokken, aan de zorgkas meegedeeld met een aangetekende brief.

Art. 25. Een zorgkas kan de minister per aangetekende brief verzoeken om haar erkenning in te trekken. De minister beslist over het verzoek, na het advies van het Fonds te hebben ingewonnen. De beslissing wordt uiterlijk twee maanden na ontvangst van het verzoek aan de zorgkas meegedeeld per aangetekende brief.

Art. 26. De erkenning van een zorgkas wordt ambtshalve door de minister ingetrokken in geval van ontbinding van de zorgkas. Deze beslissing wordt per aangetekende brief aan de betrokken zorgkas meegedeeld uiterlijk vijftien dagen nadat ze werd genomen.

Art. 27. De beslissing waarbij de erkenning van een zorgkas wordt ingetrokken, vermeldt de datum waarop de intrekking ingaat. Ze wordt bij uittreksel bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Ingeval de erkenning wordt ingetrokken kan de minister, als hij oordeelt dat de vrijwaring van de rechten van de aangeslotenen en gebruikers dat vereist, op kosten van de betrokken zorgkas gedurende vijf opeenvolgende dagen een bericht laten plaatsen in de dagbladen die hij aanwijst. In dit bericht wordt de datum vermeld waarop de intrekking van erkenning uitwerking heeft.

Art. 28. De intrekking van erkenning heeft als gevolg dat de zorgkas geen nieuwe aansluitingen meer mag verrichten en niet meer mag beslissen over tenlastenemingen.

Het Fonds zal zo nodig alle passende maatregelen opleggen tot vrijwaring van de rechten van de aangeslotenen en gebruikers.

Een zorgkas waarvan de erkenning is ingetrokken, blijft tot aan het afsluiten van haar vereffening onderworpen aan de regels die bij of krachtens het decreet zijn vastgesteld.

Art. 29. De neerlegging van een verzoek tot ontbinding van een zorgkas wordt door de griffie van de betrokken rechtbank aan de minister meegedeeld.

Onderafdeling C. — De schorsing van de erkenning

Art. 30. In het geval, bedoeld in artikel 23, eerste lid, 2°, kan de erkenning van een zorgkas door de minister bij een met redenen omklede beslissing worden geschorst. Artikel 23, tweede lid, 24 en 27, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

De schorsing van de erkenning heeft als gevolg dat de zorgkas geen nieuwe aansluitingen meer mag verrichten.

HOOFDSTUK IV. — *Slotbepalingen*

Art. 31. § 1. Artikel 16, tweede lid, en 19 van het decreet treden in werking op 20 juli 2000.

§ 2. Dit besluit treedt in werking op 20 juli 2000.

Art. 32. De Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan Personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 17 juli 2000.

De minister-president van de Vlaamse regering,

P. DEWAELE

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Mevr. M. VOGELS

—
TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2000 — 2814

[C — 2000/36064]

17 JUILLET 2000. — Arrêté du Gouvernement flamand relatif à l'organisation, à la gestion, au fonctionnement et à l'agrément de caisses d'assurance soins, et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, notamment les articles 14, alinéa 2, 15, premier alinéa, 16, alinéa 2 et 19;

Vu l'accord du Ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 8 juin 1999;

Vu la délibération du Gouvernement flamand le 8 juin 1999 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 29 février 2000, en application de l'article 84, premier alinéa, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition du Ministre flamand de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances;

Après en avoir délibéré,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Au sens du présent arrêté on entend par :

1° décret : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

2° Fonds : le Fonds flamand d'Assurance Soins visé à l'article 11 du décret;

3° Ministre : le Ministre flamand ayant l'Assistance aux Personnes dans ses attributions;

4° prise en charge : la prise en charge des frais ou prestations tels que définis à l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa du décret;

5° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins telle que visée au chapitre III, section 2 du décret;

6° caisse d'assurance soins agréée : une caisse d'assurance soins agréée conformément au chapitre III, section 1^{re} du présent arrêté.

CHAPITRE II. — *L'organisation, le fonctionnement et la gestion des caisses d'assurance soins et le contrôle des caisses d'assurance soins*

Section 1^{re}. — *L'organisation, le fonctionnement et la gestion des caisses d'assurance soins*

Art. 2. Une caisse d'assurance soins dispose d'une structure de gestion, d'une organisation administrative et comptable et d'un contrôle interne, qui sont adaptés à ses activités. Le Ministre peut en arrêter les modalités.

Le contrôle interne visé au premier alinéa porte au moins sur la validité, l'intégralité et l'exactitude avec lesquelles les opérations financières sont traitées dans les documents comptables et les comptes.

Art. 3. Les moyens techniques et financiers de la caisse d'assurance soins sont adaptés à ses activités et garantissent une bonne exécution de ses engagements.

Art. 4. § 1^{er}. La direction effective d'une caisse d'assurance soins est confiée à deux personnes au moins.

§ 2. Sont exclues de la gestion d'une caisse d'assurance soins et de la direction effective d'une caisse d'assurance soins :

1° les personnes se trouvant dans une situation telle que visée par l'arrêté royal n° 22 relatif à l'interdiction judiciaire faite à certains condamnés et aux faillis d'exercer certaines fonctions, professions ou activités;

2° les personnes condamnées à une peine de prison de moins de trois mois en raison d'un délit tel que visé par l'arrêté mentionné au;

3° les personnes condamnées pour infraction :

a) aux articles 83 à 87 inclus de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances;

b) à l'article 4 de l'arrêté royal n° 41 du 15 décembre 1934 protégeant l'épargne par la réglementation de la vente à tempérament de valeurs à lots;

c) aux articles 18 à 23 inclus de l'arrêté royal n° 43 du 15 décembre 1934 relatif au contrôle des sociétés de capitalisation;

d) aux articles 42 et 42bis de l'arrêté royal n° 185 du 9 juillet 1935 sur le contrôle des banques et le régime des émissions de titres et valeurs;

e) aux articles 200 à 209 inclus des lois sur les sociétés commerciales, coordonnées le 30 novembre 1935;

f) aux articles 67 à 72 inclus de l'arrêté royal n° 225 du 7 janvier 1936 réglementant les prêts hypothécaires et organisant le contrôle des entreprises de prêts hypothécaires;

g) aux articles 4 et 5 de l'arrêté royal n° 71 du 30 novembre 1939 relatif au colportage des valeurs mobilières et au démarchage sur valeurs mobilières et sur marchandises et denrées;

h) aux articles 63 à 66 inclus de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités;

i) à l'article 150 de la loi du 4 décembre 1990 relative aux opérations financières et aux marchés financiers;

j) à l'article 11 de l'arrêté royal n° 64 du 10 novembre 1967 organisant le statut des sociétés à portefeuille;

k) à l'article 101 de la loi du 12 juin 1991 relative au crédit à la consommation;

l) aux articles 34 à 36 inclus et 49 de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire;

m) aux articles 104 et 105 de la loi du 22 mars 1993 relative au statut et au contrôle des établissements de crédit;

n) aux articles 148 et 149 de la loi du 6 avril 1995 relative aux marchés secondaires, au statut des entreprises d'investissement et à leur contrôle, aux intermédiaires et conseillers en placements.

Art. 5. L'objet social de la caisse d'assurance soins, tel que prévu par ses statuts, se limite aux tâches définies à l'article 16 du décret.

Les statuts de la caisse d'assurance soins contiennent les droits et obligations des affiliés et des usagers. Ils ne peuvent être contraires aux règles fixées par ou en vertu du décret.

Les statuts et la liste des administrateurs peuvent être consultés au siège de la caisse d'assurance soins par toute personne intéressée, qui peut en obtenir une copie gratuite.

Art. 6. Une caisse d'assurance soins fournit aux personnes désireuses de s'affilier et à ses affiliés au moins les informations déterminées par le Ministre.

Art. 7. § 1^{er}. Les documents utilisés ou diffusés par une caisse d'assurance soins sont conformes aux règles fixées par ou en vertu du décret.

§ 2. Une caisse d'assurance soins mentionne sur les documents ou formulaires portés à la connaissance du public : « Caisse d'assurance soins agréée par la Communauté flamande ». Ces documents portent en outre les mentions fixées par le Ministre.

Art. 8. Une caisse d'assurance soins enregistre les données sur les affiliations, les demandes de prise en charge et les prises en charge. Elle transmet les données de l'année d'activité écoulée au Fonds avant le 31 mars.

Le Ministre peut déterminer les données minimales à enregistrer, le mode d'enregistrement et de transmission au Fonds. Le Ministre peut déterminer que les données désignées par lui soient transmises au Fonds à une autre date que celle prévue au premier alinéa.

Art. 9. La caisse d'assurance soins perçoit une cotisation de ses membres affiliés. Le Gouvernement fixe annuellement le montant de la cotisation des membres.

Art. 10. Les articles 2, 3, premier alinéa, 4, premier alinéa, 6, premier et quatrième alinéas, 7 premier au troisième alinéas, 8, § 1^{er} et § 2, premier alinéa, et 9 de la loi du 17 juillet 1975 relative à la comptabilité et aux comptes annuels des entreprises sont applicables à la caisse d'assurance soins.

Le Fonds peut établir des directives qui concrétisent ou complètent les dispositions de la loi susmentionnée.

Art. 11. Une caisse d'assurance soins s'abstient :

1° de consentir des prêts sous quelque forme que ce soit;

2° de conclure des conventions avec une mutualité, une union nationale de mutualités, une société mutualiste, une compagnie d'assurances ou toute autre organisation avec laquelle elle a des liens financiers, commerciaux ou administratifs, ou de conclure des accords susceptibles d'influencer la répartition des coûts et des recettes.

Section 2. — Le contrôle des caisses d'assurance soins

Art. 12. § 1^{er}. Une caisse d'assurance soins conserve, à son siège ou dans un autre lieu autorisé préalablement par le Fonds, pendant une période à déterminer par le Ministre, tous les documents relatifs aux affiliations et prises en charge effectuées par elle.

§ 2. Une caisse d'assurance soins fournit au Fonds, sur simple demande, tous les renseignements qu'il juge nécessaire à l'exécution de ses missions. Elle autorise le Fonds à consulter, à son siège, tous les documents et à mener tout examen de sa situation financière et de ses activités.

Une caisse d'assurance soins veille à ce que tous ses collaborateurs fournissent au Fonds, sur simple demande, toutes les informations dont ils disposent au sujet des affiliations et prises en charge auxquelles ils ont collaboré.

Art. 13. Lorsqu'un document ne remplit pas les conditions énoncées à l'article 7, § 1^{er}, la caisse d'assurance soins assure son retrait ou adaptation dans le délai d'un mois de la sommation par lettre recommandée du Fonds.

Art. 14. § 1^{er}. Une caisse d'assurance soins informe le Fonds des modifications de ses statuts et de la liste de ses administrateurs, par lettre recommandée, dans le délai d'un mois après leur approbation par l'assemblée générale. Un mois de cette notification au plus tard, le Fonds peut s'opposer, par lettre recommandée et motivée, à toute modification contraire aux règles fixées par ou en vertu du décret. Dans ce cas, la caisse d'assurance soins assure le retrait ou l'adaptation des modifications dans les deux mois de l'envoi de la lettre du Fonds.

§ 2. Une caisse d'assurance soins transmet au Fonds, avant le 30 avril, ses comptes annuels et le rapport comptable sur l'année civile écoulée, tels que visés à l'article 19 du décret. Le Fonds fixe les conditions de forme que le rapport doit remplir.

Art. 15. Une caisse d'assurance soins désigne un réviseur d'entreprises, qui est choisi par l'assemblée générale parmi les membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises. Si la caisse d'assurance soins prend la forme juridique d'une société mutualiste telle que visée à l'article 43bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, le réviseur d'entreprises doit être agréé par l'Office de contrôle des mutualités et unions nationales de mutualités. Dans les autres cas, le réviseur d'entreprises doit être agréé par l'Office de contrôle des assurances.

Le réviseur d'entreprises est désigné pour une période renouvelable de trois ans. Il ne peut être révoqué que pour des motifs légitimes.

La caisse d'assurance soins communique au Fonds le nom, les prénoms et l'adresse du réviseur d'entreprises dans le mois de sa désignation.

Outre sa rémunération, la caisse d'assurance soins ne peut procurer au réviseur d'entreprise aucun avantage, sous quelque forme que ce soit. Des tâches supplémentaires ne peuvent lui être confiées que moyennant approbation de l'assemblée générale.

Lorsque le mandat du réviseur d'entreprises prend fin, pour quelque raison que ce soit, la caisse d'assurance soins désigne un successeur dans les trois mois.

Art. 16. Le réviseur d'entreprises désigné par une caisse d'assurance soins contrôle, en respectant les normes générales de contrôle de l'Institut des réviseurs d'entreprises :

- 1° le caractère fidèle et complet de la comptabilité et des comptes annuels;
- 2° le caractère adéquat et le fonctionnement de l'organisation administrative et comptable et du contrôle interne.

Le réviseur d'entreprises peut à tout moment prendre connaissance, au siège de la caisse d'assurance soins, de tout document qu'il juge nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Il peut exiger des administrateurs et des personnes chargées de la direction effective, tous éclaircissements et informations et opérer toutes les vérifications nécessaires.

Il porte sans tarder à la connaissance des administrateurs de la caisse d'assurance soins toute infraction aux règles fixées par ou en vertu du décret, et tout ce qui pourrait compromettre à son avis la situation financière de la caisse d'assurance soins.

Il vise le rapport comptable mentionné à l'article 14, § 2.

Art. 17. Le réviseur rédige annuellement un rapport sur les résultats de ses contrôles, en respectant les normes générales de contrôle de l'Institut des réviseurs d'entreprises.

Ce rapport mentionne notamment :

- 1° la manière dont les missions de contrôle ont été effectuées et si tous les éclaircissements et documents demandés ont été obtenus;
- 2° si la comptabilité est tenue et si les comptes annuels sont rédigés conformément aux prescriptions qui leur sont applicables;
- 3° si, à leur estime, les comptes annuels donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de la caisse d'assurance soins.

Dans ce rapport, le réviseur mentionne et justifie d'une manière claire et précise les réserves et les objections qu'il estime devoir exprimer. Dans l'autre cas, il mentionne explicitement qu'il n'a ni objection, ni réserve à formuler.

Le rapport est joint aux comptes annuels qui sont soumis à l'approbation de l'assemblée générale. Le réviseur est invité à assister à l'assemblée générale lorsqu'elle est amenée à délibérer sur les comptes annuels et sur le rapport qu'il a rédigé. Il a le droit de prendre la parole à l'assemblée générale au sujet de l'accomplissement de sa mission.

CHAPITRE III. — *La procédure d'octroi, de prorogation, de retrait et de suspension de l'agrément*

Art. 18. Les instances visées à l'article 14, premier alinéa, et du décret peuvent créer une caisse d'assurance soins si soit, elles ont un siège d'exploitation dans chaque province de la région linguistique néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, soit y sont représentées, soit y ont, selon le cas, des membres ou des assurés.

Art. 19. Pour être recevable, une demande d'agrément d'une caisse d'assurance soins doit émaner d'une instance telle que visée à l'article 14 du décret qui, le cas échéant, remplit les conditions énoncées à l'article 18. Elle doit en outre être envoyée au Fonds par lettre recommandée et contenir les informations et documents suivants :

- 1° les statuts de la caisse d'assurance soins;
- 2° administrateurs de la caisse d'assurance soins et des personnes chargées de la direction effective de la caisse d'assurance soins et les mandats de ces dernières;
- 3° les statuts de l'instance ou des instances visées à l'article 14 du décret, qui ont créé la caisse d'assurance soins;

4° le nom, les prénoms, domicile ou résidence des membres, personnes physiques ou morales qui possèdent une participation qualifiée au sein de l'assemblée générale de la caisse d'assurance soins, le pourcentage de cette participation, et des informations suffisamment détaillées sur les liens étroits existant entre les caisses d'assurance soins et d'autres personnes physiques ou morales;

5° l'engagement de respecter les règles fixés par ou en vertu du décret;

6° d'autres documents et pièces déterminés par le Fonds.

Une participation qualifiée au sens du premier alinéa, 4° suppose la possession directe ou indirecte d'au moins 10% des droits de vote ou toute autre possibilité d'exercer une influence significative sur la gestion de la caisse d'assurance soins.

Art. 20. § 1^{er}. Dans les quinze jours de la réception de la demande, le Fonds communique à la caisse d'assurance soins si la demande est recevable.

Si la demande n'est pas recevable du fait qu'une ou plusieurs informations ou documents telles que visées à l'article 19 font défaut, le Fonds réclame les informations ou pièces manquantes. Dans les quinze jours de la réception des informations ou pièces, le Fonds communique à la caisse d'assurance soins si la demande est recevable.

Le Fonds examine la demande.

§ 2. Dans les quatre mois de la notification de recevabilité de la demande à la caisse d'assurance soins, la décision motivée du Ministre d'accorder l'agrément ou l'intention motivée du fonctionnaire dirigeant du Fonds de refuser l'agrément lui est envoyée par lettre recommandée.

§ 3. La caisse d'assurance soins peut déposer une réclamation. Pour qu'elle soit recevable, la réclamation motivée doit être adressée au Ministre par lettre recommandée au plus tard quinze jours de la réception de l'intention. La décision motivée du Ministre est envoyée à la caisse d'assurance soins dans le délai d'un mois de la réception de la réclamation. Le Ministre peut seulement prendre une décision après que la caisse d'assurance soins et le Fonds aient été entendus, à moins qu'ils n'aient pas donné suite à une invitation dûment envoyée.

Si la caisse d'assurance soins n'a pas introduit une réclamation recevable, la décision motivée du Ministre de refuser l'agrément est notifiée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins.

§ 4. La décision d'octroi de l'agrément est publiée par extrait au *Moniteur belge*.

Art. 21. L'agrément d'une caisse d'assurance soins est valable pour une durée de cinq ans.

L'agrément peut être prorogé si la caisse d'assurance soins introduit une demande à cet effet au plus tard neuf mois avant l'expiration de l'agrément. Les articles 19 et 20 sont applicables par analogie.

Section 2. — La procédure de retrait et de suspension de l'agrément

Sous-section A. — La mise en demeure

Art. 22. Lorsque le Fonds constate qu'une caisse d'assurance soins ne fonctionne pas conformément aux règles fixées par ou en vertu du décret, que sa gestion ou sa situation financière n'offrent pas de garantie suffisante de bonne exécution de ses engagements ou que son organisation administrative ou comptable ou son contrôle interne présentent de sérieuses lacunes, le Fonds met la caisse d'assurance soins en demeure par lettre recommandée, afin d'y remédier dans un délai à fixer par lui.

Sous-section B. — Le retrait de l'agrément

Art. 23. Le Ministre peut, par décision motivée, retirer l'agrément d'une caisse d'assurance soins dans les cas suivants :

1° lorsque la caisse d'assurance soins ne fait pas usage de l'agrément dans les douze mois, ou lorsqu'elle a suspendu ses activités pendant plus de six mois;

2° lorsqu'elle ne respecte pas les règles fixées par ou en vertu du décret, après expiration du délai visé à l'article 22.

Dans les cas énoncés au premier alinéa, le fonctionnaire dirigeant du Fonds exprime une intention motivée de retirer l'agrément, qui est notifiée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins.

Art. 24. La caisse d'assurance soins peut adresser une réclamation contre l'intention visée à l'article 23. Pour qu'elle soit recevable, la réclamation motivée doit être adressée au Ministre par lettre recommandée au plus tard quinze jours de la réception de l'intention. La décision motivée du Ministre est envoyée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins dans le délai d'un mois de la réception de la réclamation. Le Ministre peut seulement prendre une décision après que la caisse d'assurance soins et le Fonds aient été entendus, à moins qu'ils n'aient pas donné suite à l'invitation dûment envoyée.

Si la caisse d'assurance soins n'a pas introduit une réclamation recevable, la décision motivée du Ministre de retirer l'agrément est notifiée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins, dans le mois après l'expiration du délai consenti pour la réclamation.

Art. 25. Une caisse d'assurance soins peut demander au Ministre, par lettre recommandée, de retirer son agrément. Le Ministre décide de la demande après avoir recueilli l'avis du Fonds. La décision est notifiée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée au plus tard deux mois après réception de la demande.

Art. 26. L'agrément d'une caisse d'assurance soins est retiré d'office par le Ministre en cas de dissolution de la caisse d'assurance soins. La décision est notifiée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée au plus tard quinze jours après qu'elle ait été prise.

Art. 27. La décision de retrait de l'agrément d'une caisse d'assurance soins mentionne la date où le retrait prend cours. Elle est publiée par extrait au *Moniteur belge*.

En cas de retrait de l'agrément, le Ministre peut, s'il estime que la sauvegarde des droits des affiliés et usagers le requiert, faire publier une annonce pendant cinq jours consécutifs, aux frais de la caisse d'assurance soins concernée, dans les journaux qu'il désigne. L'annonce mentionne la date où le retrait de l'agrément produit ses effets.

Art. 28. Le retrait de l'agrément entraîne l'interdiction, pour la caisse d'assurance soins, de procéder à de nouvelles affiliations ou de décider de prises en charge.

Le Fonds imposera au besoin toutes les mesures appropriées afin de sauvegarder les droits des affiliés et usagers.

Une caisse d'assurance soins dont l'agrément a été retiré reste assujettie aux règles fixées par ou en vertu du décret, jusqu'à la clôture de sa liquidation.

Art. 29. Le dépôt d'une demande de dissolution d'une caisse d'assurance soins est communiqué au Ministre par la greffe du tribunal concerné.

Sous-section C. — La suspension du retrait

Art. 30. Dans le cas visé à l'article 23, premier alinéa, 2°, l'agrément d'une caisse d'assurance soins peut être suspendu par le Ministre par décision motivée. Les articles 23, alinéa 2, 24 et 27, premier alinéa sont également applicables.

La suspension de l'agrément entraîne l'interdiction, pour la caisse d'assurance soins, de procéder à de nouvelles affiliations.

CHAPITRE IV. — Dispositions finales

Art. 31. § 1^{er}. Les articles 16, alinéa 2, et 19 du décret entrent en vigueur le 20 juillet 2000.

§ 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 20 juillet 2000.

Art. 32. Le Ministre flamand ayant l'Assistance aux Personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 17 juillet 2000.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

P. DEWAELE

Le Ministre flamand de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances,

Mme M. VOGELS

COMMUNAUTE FRANÇAISE — FRANSE GEMEENSCHAP

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

F. 2000 — 2815

[C — 2000/29387]

26 OCTOBRE 2000. — Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant des mesures d'application de la loi du 10 avril 1995 relative à la redistribution du travail dans le secteur public — semaine volontaire de quatre jours — pour ce qui concerne les Services du Gouvernement de la Communauté française, le Commissariat général aux Relations internationales, l'Office de la Naissance et de l'Enfance et le Service de perception de la redevance radio et télévision de la Communauté française

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu la loi du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, notamment l'article 87, § 3, modifié par la loi spéciale du 8 août 1988;

Vu la loi du 10 avril 1995 relative à la redistribution du travail dans le secteur public, notamment l'article 10;

Vu le décret du 1^{er} juillet 1982 créant un Commissariat général aux Relations internationales;

Vu le décret du 30 mars 1983 portant création de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.), modifié par le décret du 12 mars 1990;

Vu le décret du 1^{er} décembre 1997 portant création du Service de perception de la redevance radio et télévision de la Communauté française;

Vu l'arrêté royal du 2 octobre 1937 portant le statut des agents de l'Etat, notamment l'article 102;

Vu l'arrêté royal du 1^{er} juin 1964 relatif à certains congés accordés à des agents des administrations de l'Etat et aux absences pour convenance personnelle;

Vu l'arrêté royal du 26 septembre 1994 fixant les principes généraux;

Vu l'arrêté du Gouvernement du 22 juillet 1996 portant statut des agents des Services du Gouvernement de la Communauté française;

Vu l'arrêté du Gouvernement du 22 juillet 1996 portant statut pécuniaire des agents des Services du Gouvernement de la Communauté française;

Vu l'arrêté royal du 30 mai 2000 portant exécution de l'article 14 de la loi du 10 avril 1995 relative à la redistribution du travail dans le secteur public;

Vu le protocole n° 237 du Comité de Secteur XVII, conclu le 12 octobre 2000;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 13 juillet 2000;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 29 août 2000;

Vu l'accord du Ministre de la Fonction publique, donné le 4 septembre 2000;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;