

## TRADUCTION

## MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2003 — 4868

[C — 2003/36237]

**14 NOVEMBRE 2003. — Arrêté du Gouvernement flamand désignant les fonctionnaires flamands chargés du contrôle du respect de la législation et de la réglementation concernant la pêche maritime**

Le Gouvernement flamand,

Vu la loi du 19 août 1891 relative à la pêche maritime dans la mer territoriale, modifiée par les lois des 12 avril 1957, 22 avril 1999 et 3 mai 1999, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 22 avril 1999 et modifié par la loi du 3 mai 1999;

Vu la loi du 12 avril 1957 autorisant le Roi à prescrire des mesures en vue de la conservation des ressources biologiques de la mer, modifiée par les lois des 23 février 1971, 18 juillet 1973, 22 avril 1999 et 3 mai 1999, notamment l'article 2, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 22 avril 1999 et modifié par la loi du 3 mai 1999;

Vu la loi du 28 mars 1975 relative au commerce des produits de l'agriculture, de l'horticulture et de la pêche maritime, modifiée par les lois des 11 avril 1983, 29 décembre 1990, 5 février 1999 et 22 avril 1999 et par l'arrêté royal du 22 février 2001, notamment l'article 5, remplacé par la loi du 5 février 1999 et par l'arrêté royal du 22 février 2001;

Vu la loi du 10 octobre 1976 portant établissement d'une zone de pêche de la Belgique, modifiée par les lois des 30 juin 1983 et 22 avril 1999, notamment l'article 4, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 22 avril 1999 et modifié par la loi du 3 mai 1999;

Vu l'arrêté ministériel du 16 septembre 1999 désignant les agents de l'autorité en exécution de l'article 3 de la loi du 19 août 1891 relative à la pêche maritime dans la mer territoriale, de l'article 2 de la loi du 12 avril 1957 autorisant le Roi à prescrire des mesures en vue de la conservation des ressources biologiques de la mer, de l'article 5 de la loi du 28 mars 1975 relative au commerce des produits de l'agriculture, de l'horticulture et de la pêche maritime et de l'article 4 de la loi du 10 octobre 1978 portant établissement d'une zone de pêche de la Belgique;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 29 octobre 2003;

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 34.750/3, donné le 10 juin 2003;

Sur la proposition du Ministre flamand de l'Environnement, de l'Agriculture et de la Coopération au Développement;

Après délibération,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Sans préjudice des pouvoirs des autres agents de l'autorité visés aux lois mentionnées ci-après, les techniciens, experts et ingénieurs du Service de la Pêche maritime sont désignés pour contrôler le respect des lois, règlements et arrêtés suivants et, entre autres, rechercher et constater leur infraction :

- la loi du 19 août 1891 relative à la pêche maritime dans la mer territoriale;
- la loi du 12 avril 1957 autorisant le Roi à prescrire des mesures en vue de la conservation des ressources biologiques de la mer;
- la loi du 28 mars 1975 relative au commerce des produits de l'agriculture, de l'horticulture et de la pêche maritime;
- la loi du 10 octobre 1976 portant établissement d'une zone de pêche de la Belgique;
- les règlements de la Communauté européenne concernant la pêche maritime dont les infractions sont passibles de peines en vertu des lois précitées;
- les arrêtés du Gouvernement flamand et les arrêtés ministériels pris en exécution des lois précitées.

**Art. 2.** L'arrêté ministériel du 16 septembre 1999 désignant les agents de l'autorité en exécution de l'article 3 de la loi du 19 août 1891 relative à la pêche maritime dans la mer territoriale, de l'article 2 de la loi du 12 avril 1957 autorisant le Roi à prescrire des mesures en vue de la conservation des ressources biologiques de la mer, de l'article 5 de la loi du 28 mars 1975 relative au commerce des produits de l'agriculture, de l'horticulture et de la pêche maritime et de l'article 4 de la loi du 10 octobre 1978 portant établissement d'une zone de pêche de la Belgique, est abrogé.

**Art. 3.** Le Ministre flamand ayant la Pêche dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 14 novembre 2003.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

B. SOMERS

Le Ministre flamand de l'Environnement, de l'Agriculture et de la Coopération au Développement,

L. SANNEN

## MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2003 — 4869

[C — 2003/36203]

**14 NOVEMBER 2003. — Besluit van de Vlaamse regering houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2004**

De Vlaamse regering,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001 en 20 december 2002;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegend dat de zorgkassen onverwijld rechtszekerheid moet worden geboden omtrent de toekomstige subsidiëring van de zorgkassen zoals bepaald in artikel 17 van het decreet;

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

Na beraadslaging,

Besluit :

#### HOOFDSTUK I. — *Definities*

**Artikel 1.** In dit besluit wordt verstaan onder :

- 1° decreet : het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;
- 2° zorgkas : een zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet of de zorgkas die opgericht is overeenkomstig artikel 14 van het decreet;
- 3° tenlastenemingen : de tenlastenemingen van de kosten of prestaties zoals omschreven in artikel 6, § 1, eerste lid, van het decreet;
- 4° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan Personen;
- 5° Fonds : het Vlaams Zorgfonds, bedoeld in artikel 11 van het decreet;
- 6° Lopend dossier : een dossier van een zorgbehoevende dat werd goedgekeurd en waarvan de termijn voor tenlastenemingen nog niet verstreken is. Het Fonds kan bij het opvragen van de stavingsstukken nader bepalen welke dossiers hieraan beantwoorden.

#### HOOFDSTUK II. — *Beschrijving van de subsidies*

##### *Afdeling I. — Algemene bepalingen*

**Art. 2.** § 1. De zorgkas ontvangt een subsidie die jaarlijks door het Fonds wordt vastgesteld op basis van artikel 17, eerste lid, 1° en 3°, en op de wijze zoals bepaald in dit besluit.

§ 2. De subsidie, bedoeld in artikel 17, eerste lid, 1°, van het decreet, wordt de subsidie voor tenlastenemingen genoemd.

§ 3. De subsidie, bedoeld in artikel 17, eerste lid, 3°, van het decreet, wordt de subsidie voor werkingskosten genoemd.

**Art. 3.** Een zorgkas heeft recht op de subsidies, genoemd in artikel 2, indien :

- 1° aan alle erkenningsvoorwaarden wordt voldaan;
- 2° aan het Fonds de vereiste stavingsstukken voor het berekenen van de definitieve subsidies en de voorschotten op subsidies worden bezorgd. Het Fonds bepaalt de termijn waarbinnen de stavingsstukken moeten worden ingediend en de nadere regels waaraan de stavingsstukken moeten voldoen.

##### *Afdeling II. — Subsidie voor tenlastenemingen*

###### Onderafdeling I. — Bepaling van de subsidie voor tenlastenemingen

**Art. 4.** § 1. De subsidie voor de tenlastenemingen voor het jaar 2004 is gelijk aan de uitgaven voor tenlastenemingen die de zorgkas tot en met 15 januari 2005 heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar 2004, verminderd met het totaal van alle geïnde ledenbijdragen die de zorgkas voor 31 december 2004 heeft ontvangen en verminderd met de terugvorderingen die de zorgkas moet uitvoeren en die vastgesteld zijn voor 15 januari 2005. De ledenbijdragen die door de zorgkassen worden geïnd, worden gelijkgesteld met voorschotten op de subsidie voor tenlastenemingen.

§ 2. De subsidie voor de tenlastenemingen wordt verhoogd met uitgaven voor tenlastenemingen die betrekking hebben op het jaar 2003, maar die betaald worden van 16 januari 2004 tot en met 15 januari 2005.

§ 3. De uitgaven voor tenlastenemingen worden verminderd met tenlastenemingen die onrechtmatig betaald werden vanaf het ogenblik van de vaststelling van het onrechtmatig karakter van de betaling. De onrechtmatige betalingen moeten teruggevorderd worden.

§ 4. Het Fonds kan een vrijstelling van terugvordering van onrechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen verlenen onder de volgende voorwaarden :

- 1° de onverschuldigde betaling mag niet voortvloeien uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de zorgkas;
- 2° de zorgkas toont aan dat alle middelen die haar ter beschikking staan, rechtsmiddelen inbegrepen, werden aangewend om de terugvordering te vorderen;
- 3° de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg werd uitgevoerd na de 20e dag van de maand en de tenlasteneming voor professionele residentiële zorg na de laatste dag van de maand.

De minister kan nadere regels bepalen waaraan de vrijstelling tot terugvordering moet voldoen.

§ 5. Het Fonds keert een voorschot uit op de subsidie voor tenlastenemingen uit volgens de regels, in artikel 6.

**Art. 5.** Om de vaststelling van de definitieve subsidie mogelijk te maken, bezorgt elke zorgkas voor 15 februari 2005 een jaaroverzicht van alle tenlastenemingen die de zorgkas heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar 2004 en van alle geïnde ledenbijdragen die de zorgkas heeft ontvangen tijdens het jaar 2004. Het jaaroverzicht moet in overeenstemming zijn met de gegevens uit het boekhoudkundig verslag.

###### Onderafdeling II. — Regeling van een voorschot op de subsidie voor tenlastenemingen

**Art. 6.** § 1. Het Fonds kan voor 15 juni, 15 juli, 15 augustus of 15 september 2004 een voorschot betalen. Dat voorschot wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en residentiële zorg op 31 maart 2004 te vermenigvuldigen met het maandelijks bedrag dat voor de zorgvorm in kwestie uitbetaald kan worden. In voorkomend geval wordt het voorschot verminderd met het positieve verschil tussen de geraamde ledenbijdragen voor het jaar 2004, en de geraamde uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari en respectievelijk 31 mei, 30 juni, 31 juli of 31 augustus 2004.

De ledenbijdrage van elke zorgkas wordt geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 31 maart 2004. Bij de bepaling van de ledenbijdragen van elke zorgkas wordt rekening gehouden met het aantal aangesloten leden dat een verhoogde verzekeringstegemoetkoming genoot op 1 januari 2003.

De uitgaven voor tenlasteneming worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming van januari tot de maand voor de uitbetaling, te vermenigvuldigen met het bedrag van de tenlasteneming voor die zorgvorm. Het aantal lopende dossiers van 1 april tot het einde van de maand voor de uitbetaling van het voorschot wordt bepaald op basis van het aantal lopende dossiers op 31 maart 2004.

§ 2. Voor 15 oktober, 15 november en 15 december 2004 betaalt het Fonds een voorschot. Dat voorschot wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en residentiële zorg op 30 juni 2004 te vermenigvuldigen met het maandelijks bedrag dat voor de zorgvorm in kwestie uitbetaald kan worden. In voorkomend geval wordt het voorschot verminderd met het positieve verschil tussen de geraamde ledenbijdragen voor het jaar 2004, en de geraamde uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari en respectievelijk 30 september, 31 oktober en 30 november 2004.

De ledenbijdrage van elke zorgkas wordt geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 31 maart 2004. Bij de bepaling van de ledenbijdragen van elke zorgkas wordt rekening gehouden met het aantal aangesloten leden dat een verhoogde verzekeringstegemoetkoming genoot op 1 januari 2003.

De uitgaven voor tenlasteneming worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming van januari tot de maand voor de uitbetaling, te vermenigvuldigen met het bedrag van de tenlasteneming voor die zorgvorm. Het aantal lopende dossiers van 1 juli tot het einde van de maand voor de uitbetaling van het voorschot wordt bepaald op basis van het aantal lopende dossiers op 30 juni 2004.

§ 3. Als een zorgkas de stavingsstukken, bedoeld in artikel 3, § 1, 2°, niet tijdig aan het Fonds heeft bezorgd, wordt het voorschot pas vier weken na de terbeschikkingstelling van de stavingsstukken aan die zorgkas uitbetaald.

### *Afdeling III. — Subsidie voor werkingskosten*

#### *Onderafdeling I. — Bepaling van de subsidie voor werkingskosten*

**Art. 7. § 1.** De subsidie voor de werkingskosten voor alle zorgkassen die erkend zijn krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet bedraagt 7.400.000 euro. Dat bedrag wordt verdeeld onder deze zorgkassen volgens de bepalingen in artikel 8.

§ 2. Indien een zorgkas, bedoeld in § 1, in de loop van het jaar 2004 erkend wordt, vrijwillig haar activiteiten stopzet of haar erkenning verliest, wordt de subsidie pro rata berekend.

§ 3. Het Fonds keert een voorschot op de subsidie voor werkingskosten uit volgens de regels in artikel 9.

**Art. 8. § 1.** Het Fonds betaalt een forfaitaire vergoeding van 60.000 euro aan elke zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid van het decreet, een erkenning heeft op 31 maart 2004 en minimaal 20 000 leden en 400 lopende dossiers heeft. Het Fonds heeft voor het verstrekken van die vergoeding een maximaal budget van 420.000 euro. Indien het voorziene budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke zorgkas evenredig verminderd.

§ 2. Het Fonds betaalt aan elke zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid van het decreet een forfaitaire vergoeding van 75 euro per dossier dat werd geweigerd na een bijkomend onderzoek dat werd uitgevoerd met toepassing van artikel 28, § 1, van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, of na een controle die werd uitgevoerd met toepassing van artikel 36 van voornoemd besluit. Het Fonds heeft voor het verstrekken van deze vergoeding een maximaal budget van 100.000 euro. Als het vastgestelde budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke zorgkas evenredig verminderd. De minister bepaalt op welke wijze de zorgkassen moeten rapporteren over de uitgevoerde bijkomende onderzoeken en controles.

§ 3. Het Fonds verdeelt een bedrag van 250.000 euro over de zorgkassen die erkend zijn krachtens artikel 15, eerste lid van het decreet als de zorgkassen tijdens het kalenderjaar 2004 bijkomende onderzoeken en controles verricht bij minstens 10 % van de eerste aanvragen voor tenlastenemingen, waarbij er een indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller uitgevoerd is of waarbij er een attest door een dienst voor gezinszorg uitgeschreven is en waarbij de aanvraag niet op basis van de formele voorwaarden is geweigerd. Het aantal eerste aanvragen voor tenlasteneming waarop de bijkomende onderzoeken en controles moeten worden verricht, wordt vastgesteld door het viervoud te nemen van het aantal aanvragen tijdens het vierde kwartaal van 2003. Als een zorgkas minder dan 10 % bijkomende onderzoeken en controles verricht, komt de zorgkas niet in aanmerking voor deze subsidie.

§ 4. Het Fonds betaalt aan elke zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid van het decreet een forfaitaire vergoeding van 3 euro per dossier voor een tenlasteneming voor thuiszorg dat nog loopt op 31 december 2004 en waarvoor de zorgkas de gegevens van de mantelzorgers van de gebruiker heeft geregistreerd. Het Fonds heeft voor het verstrekken van deze vergoeding een maximaal budget van 250.000 euro. Als het vastgestelde budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke zorgkas evenredig verminderd. De minister kan nadere regels bepalen waaraan de registratie van de mantelzorgers moet voldoen.

§ 5. Het bedrag, genoemd in artikel 7, § 1, wordt na voorafname van het gedeelte, bedoeld in artikel 8, § 1, § 2, § 3 en § 4 in vier gelijke delen gesplitst, waarvan elk trimester 50 % verdeeld wordt op basis van het aantal leden op 31 maart 2004, 30 juni 2004, 30 september 2004 en 31 december 2004 en 50 % op basis van het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming op diezelfde data.

#### *Onderafdeling II. — Regeling van de voorschotten op de subsidie voor werkingskosten*

**Art. 9. § 1.** Het Fonds verdeelt voor de vijftiende dag van elk kwartaal een voorschot van 740.000 euro onder de zorgkassen op basis van het aantal leden op 30 september 2003.

§ 2. Het Fonds verdeelt voor de vijftiende dag van elk kwartaal een voorschot van 740.000 euro onder de zorgkassen op basis van het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming op 30 september 2003.

§ 3. Als een zorgkas de stavingsstukken, bedoeld in artikel 3, § 1, 2°, niet tijdig aan het Fonds heeft bezorgd, wordt het voorschot pas vier weken na de terbeschikkingstelling van de stavingsstukken aan die zorgkas uitbetaald.

### *Afdeling IV. — Definitieve vaststelling van de subsidies en verrekening van het saldo*

**Art. 10. § 1.** Voor 31 maart 2005 gaat het Fonds over tot de vaststelling van het bedrag dat het Fonds zal uitbetalen aan of terugvorderen van de zorgkassen.

§ 2. Het Fonds bezorgt aan elke zorgkas een gedetailleerd overzicht van de vaststelling van de subsidie voor tenlastenemingen als bedoeld in artikel 4 en van de subsidie voor werkingskosten, bedoeld in artikelen 7 en 8.

§ 3. Voor 15 april 2005 zal het Fonds het saldo aan de zorgkassen uitbetalen.

§ 4. De zorgkassen zijn verplicht om het saldo dat het Fonds terugvordert, voor 15 april 2005 terug te storten aan het Fonds. Het Fonds kan het terug te vorderen bedrag ook afhouden van het bedrag van het eerstvolgende uit te betalen voorschot op de subsidie voor werkingskosten of tenlastenemingen.

HOOFDSTUK III. — *Terugvorderingsprocedure bij controle door het Fonds*

**Art. 11.** Als uit controles door het Fonds blijkt dat een zorgkas tenlastenemingen heeft uitgevoerd die in strijd zijn met het decreet of de uitvoeringsbesluiten ervan en dat die tenlastenemingen werden gebruikt bij de berekening en de uitbetaling van de jaarlijkse subsidie voor de tenlastenemingen of de jaarlijkse werkingssubsidie, dan vordert het Fonds het ten onrechte uitbetaalde subsidiebedrag van de zorgkas.

Het Fonds kan ten onrechte uitbetaalde subsidies eveneens terugvorderen als een zorgkas onjuiste gegevens heeft meegedeeld met betrekking tot het aantal aangesloten leden.

Het Fonds brengt in een aangetekende brief de zorgkas op de hoogte van het gemotiveerde voornemen om de subsidies terug te vorderen.

**Art. 12.** § 1. De zorgkas kan bezwaar aantekenen tegen het voornemen van het Fonds om tot terugvordering van subsidies over te gaan.

§ 2. Het bezwaarschrift is ontvankelijk als :

1° het met redenen omkleed is;

2° vergezeld is van alle relevante stukken;

3° binnen dertig dagen na ontvangst van het voornemen van het Fonds per aangetekende brief verstuurd is aan het Fonds.

**Art. 13.** § 1. Het Fonds onderzoekt de ontvankelijkheid van het bezwaar en bezorgt het origineel van het bezwaarschrift samen met het advies over de ontvankelijkheid van het bezwaar aan de minister binnen 15 dagen na ontvangst van het bezwaarschrift.

§ 2. Binnen 45 dagen na de ontvangst van het bezwaarschrift en het advies van het Fonds, beslist de minister over de ontvankelijkheid en de gegrondheid van het bezwaar. De zorgkas wordt gehoord als ze hierom uitdrukkelijk heeft verzocht in haar bezwaarschrift. Als de minister geen beslissing neemt binnen de bepaalde termijn, wordt het bezwaar geacht gegrond te zijn.

§ 3. De beslissing van de minister wordt in een aangetekende brief aan de indiener van het bezwaar meegedeeld. Het Fonds ontvangt een gewone brief met de beslissing van de minister.

§ 4. De minister kan nadere regels bepalen voor het verloop van die bezwaarprocedure.

**Art. 14.** Als er geen bezwaar wordt ingediend binnen de termijn, bedoeld in artikel 12, § 2, 3°, of als het bezwaar onontvankelijk, ongegrond of slechts gedeeltelijk gegrond wordt verklaard, houdt het Fonds het terug te vorderen bedrag af te houden van de eerstvolgende voorschotten voor werkingkosten of tenlastenemingen.

HOOFDSTUK IV. — *Vergoeding voor indicatiestellingen*

**Art. 15.** § 1. Een zorgkas ontvangt een vergoeding van 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling op voorwaarde dat die indicatiestelling uitgevoerd werd door een door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger gekozen gemachtigd indicatiesteller en op voorwaarde dat de zorgkas de gemachtigde indicatiesteller voor de indicatiestelling vergoedt.

Elk maand dient de zorgkas daartoe een aanvraag in bij het Fonds volgens voorwaarden die het Fonds zelf vastlegt. Het Fonds betaalt de in het eerste lid genoemde vergoeding per maand.

§ 2. Als de dienst voor gezinszorg of het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, als gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling heeft uitgevoerd en als die dienst of dat centrum binnen zes maanden na die indicatiestelling gezinszorg verstrekt aan de gebruiker, dan vervalt het recht op de vergoeding voor de uitgevoerde indicatiestelling. In voorkomend geval wordt de hiervoor uitbetaalde vergoeding in mindering gebracht op de vergoedingen die in het volgende trimester worden betaald.

§ 3. De gemachtigde indicatiestellers moeten de facturen voor de vergoeding van indicatiestellingen in het kader van de zorgverzekering, gegroepeerd per maand, sturen naar de zorgkas waarbij de geïndiceerde aangesloten is. Het Fonds kan nadere voorwaarden bepalen waaraan de facturatie moet voldoen. Het Fonds geeft geen vergoeding voor de indicatiestelling indien de factuur van de gemachtigde indicatiesteller niet voldoet aan de voorwaarden, opgelegd door het Fonds.

HOOFDSTUK V. — *Slotbepalingen*

**Art. 16.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2004.

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

Brussel, 14 november 2003.

De minister-president van de Vlaamse regering,  
B. SOMERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,  
A. BYTTEBIER

## TRADUCTION

## MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2003 — 4869

[C — 2003/36203]

**14 NOVEMBRE 2003. — Arrêté du Gouvernement flamand du 14 novembre 2003 établissant les conditions de la fixation, du paiement et du recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins pour l'année 2004**

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001 et 20 décembre 2002;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il importe d'assurer la sécurité juridique des caisses d'assurance soins sur le plan de leur subventionnement futur, tel que prévu à l'article 17 du décret;

Sur la proposition de la Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances;

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE I<sup>er</sup>. — *Définitions***Article 1<sup>er</sup>.** Au sens du présent arrêté on entend par :

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

2° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15, alinéa 1<sup>er</sup> du décret ou la caisse d'assurance soins créée conformément à l'article 14 du décret;3° prises en charge : les prises en charge des frais ou prestations, telles que définies à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret;

4° Ministre : la Ministre flamande ayant l'Assistance aux Personnes dans ses attributions

5° Fonds : le "Vlaams Zorgfonds" (Fonds flamand d'assurance soins), visé à l'article 11 du décret;

6° Dossier en cours : un dossier d'une personne nécessitant des soins qui a été approuvé et dont le délai de prise en charge n'a pas encore expiré. Le Fonds peut déterminer au moment de la demande de pièces justificatives les dossiers susceptibles d'y répondre.

CHAPITRE II. — *Description des subventions**Section I<sup>re</sup>. — Dispositions générales*

**Art. 2.** § 1. La caisse d'assurance soins perçoit une subvention qui est fixée annuellement par le Fonds sur la base de l'article 17, alinéa premier, 1° et 3°, et suivant les modalités prévues par le présent arrêté.

§ 2. La subvention, visée à l'article 17, alinéa premier, 1° du décret, est dénommée la subvention pour prises en charge.

§ 3. La subvention visée à l'article 17, alinéa premier, 3° du décret, est dénommée la subvention pour frais de fonctionnement.

**Art. 3.** Une caisse d'assurance soins a droit aux subventions citées à l'article 2, si :

1° s'il est satisfait à toutes les conditions d'agrément;

2° si les pièces justificatives nécessaires pour le calcul des subventions définitives et des avances sur les subventions sont transmises au Fonds. Le Fonds détermine le délai dans lequel les pièces justificatives doivent être présentées et les modalités auxquelles ces dernières doivent répondre.

*Section II. — Subvention pour prises en charge**Sous-section I<sup>re</sup>. — Fixation de la subvention pour prises en charge*

**Art. 4.** § 1. La subvention pour prises en charge pour l'année 2004, est égale aux dépenses pour les prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées jusqu'au 15 janvier 2005 inclus au titre de l'année 2004, diminuée de l'ensemble des cotisations des membres perçues avant le 31 décembre 2004 par la caisse d'assurance soins et des recouvrements que la caisse d'assurance soins doit opérer et qui ont été fixés avant le 15 janvier 2005. Les cotisations des membres perçues par les caisses d'assurance soins sont assimilées aux avances sur la subvention pour prises en charge.

§ 2. La subvention pour les prises en charge est majorée des dépenses pour les prises en charge se rapportant à l'an 2003, mais payées du 16 janvier 2004 au 15 janvier inclus.

§ 3. Les dépenses pour prises en charge sont diminuées de prises en charge indûment payées à partir de la constatation de ces paiements indus. Les paiements indus doivent être réclamés.

§ 4. Le Fonds peut accorder une dispense de recouvrement pour les prises en charge indûment payées, aux conditions suivantes :

1° le paiement indu ne peut pas résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de la caisse d'assurance soins;

2° la caisse d'assurance soins démontre que tous les fonds mis à sa disposition, y compris les moyens de droit, ont été engagés aux fins de recouvrement;

3° la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile a été effectuée après la 20<sup>e</sup> jour du mois et la prise en charge pour les soins résidentiels professionnels après le dernier jour du mois.

Le Ministre peut arrêter les modalités auxquelles la dispense de recouvrement doit répondre.

§ 5. Le Fonds octroie une avance sur la subvention pour frais de fonctionnement suivant les règles prévues à l'article 6.

**Art. 5.** Pour permettre la fixation de la subvention définitive, chaque caisse d'assurance soins transmet avant le 15 février 2005 un rapport annuel de toutes les prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées au titre de l'année 2004 et de toutes les cotisations des membres perçues par la caisse d'assurance soins au cours de l'année 2004. Le rapport annuel doit correspondre aux données du rapport comptable.

Sous-section II. — Régime de paiement d'une avance sur la subvention pour prises en charge

**Art. 6. § 1.** Le Fonds peut payer une avance pour le 15 juin, le 15 juillet, le 15 août ou le 15 septembre 2004. Cette avance est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 31 mars 2004 pour soins à domicile et soins résidentiels, à multiplier par le montant mensuel susceptible d'être payé pour la forme de soins concernée. Le cas échéant, l'avance est réduite par la différence positive entre les cotisations des membres estimées pour l'année 2004 et les dépenses pour prises en charge entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et respectivement les 31 mai, 30 juin, 31 juillet ou 31 août 2004.

Les cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins sont estimées sur la base des membres affiliés au 31 mars 2004. La détermination des cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins tient compte du nombre de membres affiliés qui bénéficiaient d'une intervention majorée le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Les dépenses pour prises en charge sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge de janvier jusqu'au mois précédant le paiement, par le montant de prise en charge pour cette forme de soins. Le nombre de dossiers en cours du 1<sup>er</sup> avril jusqu'à la fin du mois précédant le paiement de l'avance est déterminé sur la base du nombre de dossiers en cours au 31 mars 2004.

**§ 2.** Le Fonds paie une avance avant les 15 octobre, 15 novembre et 15 décembre 2004. Cette avance est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 30 juin 2004 pour soins à domicile et soins résidentiels, à multiplier par le montant mensuel susceptible d'être payé pour la forme de soins concernée. Le cas échéant, l'avance est réduite par la différence positive entre les cotisations des membres estimées pour l'année 2004 et les dépenses pour prises en charge entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et respectivement les 30 septembre, 31 octobre, et 30 novembre 2004.

Les cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins sont estimées sur la base des membres affiliés au 31 mars 2004. La détermination des cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins tient compte du nombre de membres affiliés qui bénéficiaient d'une intervention majorée le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Les dépenses pour prises en charge sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge de janvier jusqu'au mois précédant le paiement, par le montant de prise en charge pour cette forme de soins. Le nombre de dossiers en cours du 1<sup>er</sup> avril jusqu'à la fin du mois précédant le paiement de l'avance est déterminé sur la base du nombre de dossiers en cours au 30 juin 2004.

**§ 3.** Si une caisse d'assurance soins ne transmet pas les pièces justificatives visées à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, au Fonds dans le délai imparti, l'avance ne lui sera payée que quatre semaines après la transmission des pièces justificatives.

Section III. — Subvention pour frais de fonctionnement

Sous-section I<sup>re</sup>. — Fixation de la subvention pour frais de fonctionnement

**Art. 7. § 1<sup>er</sup>.** La subvention pour les frais de fonctionnement de toutes les caisses d'assurance soins agréées en vertu de l'article 15, alinéa premier du décret est de 7.400.000 euros. Ce montant est réparti entre ces caisses d'assurance soins suivant les dispositions de l'article 8.

**§ 2.** Si une caisse d'assurance soins visée au § 1<sup>er</sup> est agréée au cours de l'année 2004, cesse délibérément ses activités ou perd son agrément, la subvention est calculée au prorata.

**§ 3.** Le Fonds octroie une avance sur la subvention pour frais de fonctionnement suivant les règles prévues à l'article 9.

**Art. 8. § 1.** Le Fonds paie une indemnité forfaitaire de 60.000 euros à chaque caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15, alinéa premier du décret, dispose d'un agrément le 31 mars 2004, et compte au moins 20 000 membres et 400 dossiers en cours. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 420.000 euros. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins est réduite proportionnellement.

**§ 2.** Le Fonds paie à chaque caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15, alinéa premier du décret une indemnité forfaitaire de 75 euros par dossier qui a été refusé après un examen additionnel effectué en application de l'article 28, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, ou après un contrôle effectué en application de l'article 36 de l'arrêté précité. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 100.000 euros. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins est réduite proportionnellement. Le Ministre arrête les modalités de rapportage par les caisses d'assurance soins sur les examens et contrôles supplémentaires effectués.

**§ 3.** Le Fonds répartit un montant de 250.000 euros entre les caisses d'assurance soins agréées en vertu de l'article 15, alinéa premier du décret, si les caisses d'assurance soins effectuent des examens et contrôles supplémentaires d'au moins 10 % des premières demandes de prise en charge, qui ont fait l'objet d'une indication par un indicateur mandaté ou d'une attestation rédigée par un service d'aide aux familles, la demande n'ayant pas été refusée sur la base des conditions formelles. Le nombre de premières demandes de prise en charge devant faire l'objet d'examens et de contrôles supplémentaires, est déterminé en prenant le quadruple du nombre de demandes au cours du quatrième trimestre de 2003. Si la caisse d'assurance soins effectue moins de 10 % d'examens et de contrôles supplémentaires, elle n'est pas admissible à cette subvention.

**§ 4.** Le Fonds paie à toute caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15, alinéa premier du décret une indemnité de 3 euros par dossier pour une prise en charge d'aide à domicile qui court jusqu'au 31 décembre 2004, et pour laquelle la caisse d'assurance soins a enregistré les données des intervenants de proximité des usagers. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 250.000 euros. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins est réduite proportionnellement. Le Ministre peut arrêter les modalités auxquelles l'enregistrement des intervenants de proximité doit répondre.

**§ 5.** Le montant visé à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, est divisé en quatre parties égales, après prélèvement de la partie visée à l'article 8, §§ 1<sup>er</sup>, 2, 3 et 4 dont 50 % sont répartis chaque trimestre sur la base du nombre de membres au 31 mars 2004, 30 juin 2004, 30 septembre 2004 et 31 décembre 2004 et 50 % sur la base du nombre de dossiers en cours pour prise en charge aux mêmes dates.

## Sous-section II. — Régime de répartition des avances sur les subventions pour frais de fonctionnement

**Art. 9.** § 1<sup>er</sup>. Le Fonds répartit avant le quinzième jour de chaque trimestre une avance de 740.000 euros parmi les caisses d'assurance soins sur la base du nombre de membres au 30 septembre 2003.

§ 2. Le Fonds répartit avant le quinzième jour de chaque trimestre une avance de 740.000 euros parmi les caisses d'assurance soins sur la base du nombre de dossiers en cours pour prise en charge au 30 septembre 2003.

Si une caisse d'assurance soins ne transmet pas les pièces justificatives visées à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, 2°, au Fonds dans le délai imparti, l'avance ne lui sera payée que quatre semaines après la transmission des pièces justificatives.

*Section IV. — Fixation définitive des subventions et décompte du solde*

**Art. 10.** § 1<sup>er</sup>. Avant le 31 mars 2005, le Fonds procède à la fixation du montant qu'il paiera ou recouvrera des caisses d'assurance soins.

§ 2. Le Fonds fait parvenir à chaque caisse d'assurance soins un aperçu détaillé de la fixation de la subvention pour prises en charge telle que visée à l'article 4, et de la subvention pour frais de fonctionnement visée aux articles 7 et 8.

§ 3. Le Fonds paiera le solde aux caisses d'assurance soins avant le 15 avril 2005.

§ 4. Les caisses d'assurance soins sont tenues de rembourser au Fonds avant le 15 avril 2005, le solde recouvré par le Fonds. Le Fonds peut retenir le montant à rembourser de la première avance à payer sur la subvention pour frais de fonctionnement ou prises en charge.

*CHAPITRE III. — Procédure de recouvrement en cas de contrôle par le Fonds*

**Art. 11.** S'il apparaît des contrôles du Fonds qu'une caisse d'assurance soins a effectué des prises en charge contraires au décret et ses arrêtés d'exécution et que ces prises en charge ont servi au calcul et au paiement de la subvention annuelle pour prises en charge ou la subvention de fonctionnement annuelle, le Fonds recouvre la subvention indûment octroyée à charge de la caisse d'assurance soins.

Le Fonds peut également procéder au recouvrement des subventions indûment octroyées si une caisse d'assurance soins a communiqué des renseignements inexacts relatifs au nombre de membres affiliés.

Le Fonds informe la caisse d'assurance soins par lettre recommandée de l'intention motivée de recouvrer les subventions.

**Art. 12.** § 1<sup>er</sup>. La caisse d'assurance soins peut formuler une réclamation contre l'intention du Fonds de procéder au recouvrement de subventions.

§ 2. La réclamation est recevable si elle :

1° est motivée;

2° est accompagnée de toutes les pièces pertinentes;

3° est envoyée par lettre recommandée au Fonds dans les trente jours après réception de l'intention du Fonds.

**Art. 13.** § 1<sup>er</sup>. Le Fonds examine la recevabilité de la réclamation et fait parvenir au Ministre, dans les 15 jours après réception de la réclamation, l'originel de la réclamation accompagné de l'avis sur la recevabilité de cette dernière.

§ 2. Dans les 45 jours après réception de la réclamation et de l'avis du Fonds, le Ministre statue sur la recevabilité et le bien-fondé de la réclamation. La caisse d'assurance soins est entendue lorsqu'elle en a fait demande expresse dans sa réclamation. Si le Ministre ne statue pas dans un délai déterminé, la réclamation est censée fondée.

§ 3. La décision du Ministre est communiquée par lettre recommandée au réclamant. Le Fonds reçoit une lettre normale contenant la décision du Ministre.

§ 4. Le Ministre peut arrêter les modalités du déroulement de cette procédure de réclamation.

**Art. 14.** Si aucune réclamation n'est formulée dans le délai prescrit à l'article 12, § 2, 3°, ou si la réclamation est déclarée irrecevable, non fondée ou fondée en partie, le Fonds procède au recouvrement par la retenue du montant à recouvrer lors du paiement prochain des avances pour frais de fonctionnement ou prises en charge.

*CHAPITRE IV. — Indemnité pour indications*

**Art. 15.** § 1<sup>er</sup>. Une caisse d'assurance soins perçoit une indemnité de 75 euros par indication établie, à la condition qu'il s'agisse d'une indication établie par un indicateur désigné par l'utilisateur ou son représentant et que la caisse d'assurance soins indemnise l'indicateur mandaté pour l'établissement de l'indication.

A cet effet, la caisse d'assurance soins présente chaque mois au Fonds une demande aux conditions que le Fonds fixe. Le Fonds paie par mois l'indemnité visée à l'alinéa premier.

§ 2. Si le service d'aide aux familles ou le centre public d'aide sociale qui dispose d'un service agréé d'aide aux familles, a établi l'indication en sa qualité d'indicateur mandaté et s'ils dispensent une aide à l'utilisateur dans les six mois après l'établissement de l'indication, le droit à l'indemnité devient nul pour l'indication établie. Le cas échéant, l'indemnité octroyée à cet effet est déduite des indemnités à payer au cours du trimestre suivant.

§ 3. Les indicateurs mandatés sont tenus de transmettre chaque mois, dans le cadre de l'assurance soins, les factures pour l'indemnisation des indications, à la caisse d'assurance soins à laquelle est affiliée la personne faisant l'objet de l'indication. Le Fonds peut arrêter les modalités de facturation. Le Fonds n'indemnise pas l'indication si la facture de l'indicateur mandaté ne répond pas aux conditions imposées par le Fonds.

*CHAPITRE V. — Dispositions finales*

**Art. 16.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**Art. 17.** La Ministre flamande qui a l'Assistance aux Personnes dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 14 novembre 2003.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
B. SOMERS

La Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances,  
A. BYTTEBIER