

## VLAAMSE OVERHEID

[C – 2018/10456]

**12 JANUARI 2018. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende de financiële responsabilisering van de zorgkassen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming**

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 22, derde lid;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 16 november 2017;

Gelet op advies 62.590/1 van de Raad van State, gegeven op 27 december 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad Van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

Overwegende het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

**Artikel 1.** De zorgkassen worden financieel geresponsabiliseerd op basis van een set van indicatoren, die toelaat een uitspraak te doen over de kwaliteit van de werking van de zorgkassen. Aan elke indicator wordt een gewicht toegekend.

De indicatoren, vermeld in het eerste lid, hebben betrekking op het lidmaatschap bij de Vlaamse sociale bescherming of op de zorgverzekeringstegemoetkoming. Het gaat om volgende indicatoren:

1° de eerste indicator: tijdige uitnodiging tot betaling naar leden met bijdrageplicht;

2° de tweede indicator: mutatiedossiers van personen met een tegemoetkoming worden correct en tijdig doorgegeven;

3° de derde indicator : dossiers met een positieve beslissing hebben de correcte ingangsdatum;

4° de vierde indicator: de maximum geldigheidsduur van een positieve beslissing wordt niet overschreden;

5° de vijfde indicator: dossiers met een positieve beslissing hebben de correcte uitbetalingsmaand;

6° de zesde indicator: dossiers met een positieve beslissing worden tijdig uitbetaald.

Aan de indicatoren, vermeld in het eerste lid, wordt volgend gewicht toegekend:

1° de eerste indicator: 50 procent;

2° de tweede indicator: 1 procent;

3° de derde indicator: 4 procent;

4° de vierde, vijfde en zesde indicator: elk 15 procent;

De jaarlijkse selectie van de doelgroep van de indicatoren, vermeld in het eerste lid, is als volgt:

1° de eerste indicator: dossiers van het huidig jaar;

2° de tweede tot en met zesde indicator: dossiers van het voorgaand jaar.

De indicatoren, vermeld in het eerste lid, worden verder gedefinieerd in de eerste bijlage bij dit besluit.

**Art. 2.** Per indicator, vermeld in artikel 1, eerste lid, wordt jaarlijks nagegaan welk percentage de zorgkas correct heeft afgehandeld.

De globale indicatorscore is een percentage dat als volgt wordt berekend:

$$I = \sum i_n * g_n \quad \text{waarbij:}$$

I = de globale indicatorscore;

i = de indicatorscore voor de betrokken indicator;

g = het gewicht van de betrokken indicator;

n = het totaal aantal indicatoren.

De globale indicatorscore per zorgkas wordt omgezet naar een af te dragen percentage, hierna Apzk genoemd. Dat percentage wordt vastgesteld overeenkomstig de tabel die is opgenomen in de tweede bijlage bij dit besluit.

**Art. 3.** De subsidie die per erkende zorgkas wordt toegekend na toepassing van de financiële responsabilisering wordt in verschillende stappen als volgt berekend:

1° het maximumbedrag dat per zorgkas kan afgedragen worden voor de financiële responsabilisering, hierna Rzk genoemd, wordt als volgt berekend:

$$Rzk = Wzk \times 4\%$$

Wzk = de werkingssubsidie per zorgkas van het betrokken kalenderjaar vóór de financiële responsabilisering is toegepast en berekend overeenkomstig artikel 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

2° per zorgkas wordt het effectief af te dragen bedrag, hierna Azk genoemd, als volgt berekend:

$$Azk = Rzk \times Apzk$$

3° De werkingssubsidie vermeld in artikel 8 van het voornoemde besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 wordt als volgt verhoogd:

$$W' = W + A$$

W = de werkingssubsidie vermeld in artikel 8 van het voornoemde besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016;

A = de som van de bedragen die de zorgkassen in het kader van de financiële responsabilisering afdragen;

4° De aangepaste werkingssubsidie vermeld in 3° wordt over de verschillende zorgkassen verdeeld volgens de criteria vermeld in artikel 9 van het voornoemde besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, hierna  $W'_{zk}$  genoemd.

5° De toegekende subsidie voor werking na toepassing van de financiële responsabilisering wordt per zorgkas als volgt berekend:

$$Szk = W'_{zk} - Azk$$

Szk = de subsidie per zorgkas.

**Art. 4.** In afwijking van artikel 1, derde lid, heeft voor het jaar 2018 de eerste indicator, vermeld in artikel 1, tweede lid, 1°, een gewicht van 100 procent en hebben de indicatoren vermeld in artikel 1, tweede lid, 2° tot en met 6°, een gewicht van nul procent.

**Art. 5.** In afwijking van artikel 3, 1° wordt het percentage om tot het RzK te komen vastgelegd op 8% voor het jaar 2019, 12% voor het jaar 2020, 16% voor het jaar 2021 en 20% voor het jaar 2022 en alle daaropvolgende jaren.

**Art. 6.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2018.

**Art. 7.** De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 12 januari 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

#### Bijlage 1

##### Definities van de indicatoren, vermeld in artikel 1

1. Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar leden met bijdrageplicht

De zorgkassen streven ernaar de uitnodiging tot betaling voor 1 april van het lopende jaar te versturen naar de officiële leden met bijdrageplicht op 31 januari van het huidige jaar. De uitnodiging tot betaling wordt ten laatste voor 10 april verstuurd om sanctionering te vermijden. Voor personen met een domiciliëring wordt de datum van eerste poging tot innen meegegeven. Een poging tot innen vindt ten laatste plaats op 30 april van het huidige jaar.

Volgende leden behoren niet tot de doelgroep van de indicator:

1° personen met een lopende of nog niet besliste tegemoetkoming op 31 december van het vorige jaar;

2° personen overleden voor of op 15 april van het huidige jaar;

3° personen die tussen 1 januari en 15 april van het huidige jaar minstens één dag een speciale NIS-code (van ambtswege afgevoerd, verlies verblijfsrecht, vrijgesteld van inschrijving, afwezig verklaard, ...) hadden;

4° personen met een MOB-mutatie.

2. Indicator 2: mutatie-dossiers van personen met een tegemoetkoming worden correct en tijdig doorgegeven.

Voor alle personen met een lopend dossier, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is en die van zorgkas veranderd zijn, wordt het dossier correct, volledig en tijdig doorgegeven door de oude zorgkas aan de nieuwe zorgkas. De oude zorgkas streeft ernaar de dossiers uiterlijk op 9 januari van het huidige jaar over te dragen aan de nieuwe zorgkas. De oude zorgkas draagt de dossiers ten laatste op 15 januari over aan de nieuwe zorgkas om sanctionering te vermijden. Enkel dossiers uit de eerste mutatie-ronde en enkel mutaties die gestart zijn in december van het vorige jaar, worden geïncludeerd.

Een mutatie-dossier is volledig als het de volgende elementen bevat:

1° de infofiche met de naam van de vertegenwoordiger

2° een kopie van de beslissingsbrief;

3° het laatste attest of de laatste indicatiestelling;

4° de aanvraagdatum van de laatste beslissing;

5° het rekeningnummer van de zorgbehoevende.

3. Indicator 3: dossiers met een positieve beslissing hebben de correcte ingangsdatum

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag voor een tegemoetkoming in het vorige jaar, geldt er een carenperiode van 3 tot en met 4 maanden. Meer bepaald eindigt de carenperiode de eerste dag van de vierde maand na de aanvraagdatum of de datum van de automatische opening van rechten:

1° voor een aanvraag heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de datum start van de tegemoetkoming;

2° voor de automatische opening van rechten heeft dit betrekking op de periode tussen de datum automatische opening van rechten en de datum van de start van de tegemoetkoming. De datum automatische opening van rechten bestaat uit de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening.

Volgende tegemoetkomingen behoren niet tot de doelgroep van de geanalyseerde indicator:

1° personen overleden voor de start van de tegemoetkoming;

2° personen met een geweigerde aanvraag tot tegemoetkoming of een aanvraag tot tegemoetkoming die nog in behandeling is;

3° personen die in het vorige jaar gemuteerd zijn naar de zorgkas.

De jaarlijkse selectie van de doelgroep voor deze indicator is als volgt:

1° enkel aanvragen en automatische openingen van rechten waarvan de beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden genomen;

2° enkel automatische openingen van rechten waarvan de beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar en waarvan een datum automatische opening van rechten zich tussen 1 januari 2015 en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden genomen.

4. Indicator 4: de maximum geldigheidsduur van een positieve beslissing wordt niet overschreden

Voor alle personen met een goedgekeurde en lopend dossier is de periode tussen de start en einde van de tegemoetkoming correct berekend. De duurtijd verschilt per type attest en kan afhankelijk zijn van de leeftijd. Het gaat hier om aanvragen, automatische openingen van rechten en verlengingen. Bij de Katz-schaal in de thuisverpleging wordt er geen rekening gehouden met dossiers met automatische opening van recht.

Bij een BEL-score of een score op de BEL RAI screener geldt voor personen die op de datum van indicatiestelling jonger dan 80 jaar zijn, een duurtijd van 1 tot en met 36 maanden. Bij een Kine-E-attest geldt voor personen die op de aanvraagdatum jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van 1 tot en met 36 maanden. Voor personen met een attest gezinszorg geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van 1 tot en met 36 maanden. Bij een Katz-schaal in de thuisverpleging geldt een duurtijd van 1 tot en met 6 maanden.

De jaarlijkse selectie van de doelgroep voor deze indicator is als volgt:

1° lopende dossiers met een beslissingsdatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden genomen;

2° enkel het laatste en lopende dossier van een lid wordt opgenomen.

5. Indicator 5: dossiers met een positieve beslissing hebben de correcte uitbetalingsmaand

De eerste prestatie maand heeft betrekking op de eerste maand waarop een gerechtigde recht heeft op een tegemoetkoming. Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag of automatische opening van rechten, is de eerste prestatie maand:

1° de vierde maand na de aanvraag;

2° de vijfde maand na de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening, maar maximum zes maanden voor de aanvraagdatum bij automatische opening van recht, tenzij de persoon op het moment van de startdatum van het attest niet aan alle formele voorwaarden voldoet.

Volgende dossiers behoren niet tot de doelgroep van de geanalyseerde indicator:

1° personen met een dossier dat behandeld wordt bij de bezwaarcommissie;

2° personen met een cumulatie met een tegemoetkoming van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

3° personen die in het vorige jaar gemuteerd zijn naar de zorgkas.

De jaarlijkse selectie van de doelgroep voor deze indicator is als volgt: aanvragen en automatische openingen van rechten met een eerste prestatiedatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden genomen.

6. Indicator 6: dossiers met een positieve beslissing worden tijdig uitbetaald

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag en een uitbetaling van een tegemoetkoming, valt de eerste uitbetalingsdatum van de tegemoetkoming:

1° in de maand van de eerste prestatiedatum van de tegemoetkoming bij mantel- en thuiszorg;

2° de maand na de eerste prestatiedatum van de tegemoetkoming bij residentiële zorg.

Volgende dossiers behoren niet tot de doelgroep van de geanalyseerde indicator:

1° personen met een dossier dat behandeld wordt bij de bezwaarcommissie;

2° personen met een cumulatie met een tegemoetkoming van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

3° personen die in het vorige jaar gemuteerd zijn naar de zorgkas;

4° personen die een aanvraag indienen op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, een VESTA-attest of een attest op basis van de medisch sociale schaal.

De jaarlijkse selectie van de doelgroep voor deze indicator is als volgt: enkel de aanvragen met een eerste prestatiedatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden genomen.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2018 houdende de financiële responsabilisering van de zorgkassen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 12 januari 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,  
G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,  
J. VANDEURZEN

—————  
TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2018/10456]

**12 JANVIER 2018. — Arrêté du Gouvernement flamand portant la responsabilisation financière des caisses d'assurance soins dans le cadre de la protection sociale flamande**

LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

Vu le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, l'article 22, alinéa 3 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, rendu le 16 novembre 2017 ;

Vu l'avis 62.590/1 du Conseil d'Etat, rendu le 27 décembre 2017, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;

Considérant l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 établissant les conditions de fixation, de paiement et de recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de la protection sociale flamande ;

Sur proposition du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille ;

Après délibération,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les caisses d'assurance soins sont financièrement responsabilisées sur la base d'une série d'indicateurs, permettant de se prononcer sur la qualité du fonctionnement des caisses d'assurance soins. Un poids est attribué à chaque indicateur.

Les indicateurs visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> concernent l'affiliation à la protection sociale flamande ou l'intervention de l'assurance soins. Il s'agit des indicateurs suivants :

1° le premier indicateur : invitation ponctuelle de paiement aux membres assujettis à une contribution ;

2° le deuxième indicateur : les dossiers de mutation de personnes bénéficiant d'une intervention sont transmis correctement et à temps ;

3° le troisième indicateur : dossiers contenant une décision positive ont la date de début correcte ;

4° le quatrième indicateur : la durée de validité maximale d'une décision positive n'est pas dépassée ;

5° le cinquième indicateur : dossiers contenant une décision positive ont le mois de paiement correct ;

6° le sixième indicateur : dossiers contenant une décision positive sont payés à temps.

Aux indicateurs, visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, sont attribués les poids suivants :

1° le premier indicateur : 50 pour cent ;

2° le deuxième indicateur : 1 pour cent ;

3° le troisième indicateur : 4 pour cent ;

4° les quatrième, cinquième et sixième indicateurs: chacun 15 pour cent ;

La sélection annuelle du groupe-cible des indicateurs, visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, est la suivante :

1° le premier indicateur : dossiers de l'année actuelle ;

2° les deuxième au sixième indicateurs : dossiers de l'année précédente.

Les indicateurs visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont définis en détail dans la première annexe au présent arrêté.

**Art. 2.** Par indicateur visé à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, il est vérifié annuellement quel pourcentage a été correctement traité par la caisse d'assurance soins.

Le score global des indicateurs est un pourcentage qui est calculé comme suit :

$$I = \sum i_n * g_n \quad \text{où :}$$

I = le score d'indicateur global ;

i = le score de l'indicateur concerné ;

g = le poids de l'indicateur concerné ;

n = le nombre total d'indicateurs.

Le score d'indicateur global par caisse d'assurance soins est converti en un pourcentage à verser, ci-après dénommé Apzk. Ce pourcentage est établi conformément au tableau repris dans la deuxième annexe au présent arrêté.

**Art. 3.** La subvention accordée par caisse d'assurance soins agréée après l'application de la responsabilisation financière, est calculée en différentes étapes comme suit :

1° le montant maximal qui peut être versé par caisse d'assurance soins pour la responsabilisation financière, ci-après dénommé Rzk, est calculé comme suit :

$$Rzk = Wzk \times 4\%$$

Wzk = la subvention de fonctionnement par caisse d'assurance soins de l'année calendaire concernée précédant la responsabilisation financière est appliquée et calculée conformément à l'article 9 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 établissant les conditions de fixation, de paiement et de recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de la protection sociale flamande.

2° par caisse d'assurance soins, le montant effectif à verser, ci-après dénommé Azk, est calculé comme suit :

$$Azk = Rzk \times Apzk$$

3° La subvention de fonctionnement visée à l'article 8 de l'arrêté précité du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 est majorée comme suit :

$$W' = W + A$$

W = la subvention de fonctionnement visée à l'article 8 de l'arrêté précité du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 ;

A = la somme des montants que les caisses d'assurance soins versent dans le cadre de la responsabilisation financière ;

4° La subvention de fonctionnement adaptée, visée au point 3°, est répartie parmi les différentes caisses d'assurance soins selon les critères visés à l'article 9 de l'arrêté précité du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016, ci-après dénommée W'zk.

5° La subvention accordée pour le fonctionnement après l'application de la responsabilisation financière est calculée par caisse d'assurance soins comme suit :

$$Szk = W'zk - Azk$$

Szk = la subvention par caisse d'assurance soins.

**Art. 4.** Par dérogation à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 3, le premier indicateur visé à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 1°, a un poids de 100 pour cent et les indicateurs visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 2° à 6°, ont un poids de zéro pour cent pour l'année 2018.

**Art. 5.** Par dérogation à l'article 3, 1°, le pourcentage pour obtenir le Rzk est fixé à 8% pour l'année 2019, à 12% pour l'année 2020, à 16% pour l'année 2021 et à 20% pour l'année 2022 et toutes les années suivantes.

**Art. 6.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**Art. 7.** Le Ministre flamand qui a l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 12 janvier 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,  
J. VANDEURZEN

#### Annexe 1

##### Définition des indicateurs, visés à l'article 1<sup>er</sup>

1. Indicateur 1 : invitation ponctuelle de paiement aux membres assujettis à une contribution

Les caisses d'assurance soins aspirent à envoyer l'invitation de paiement avant le 1<sup>er</sup> avril de l'année en cours aux membres officiels assujettis à une contribution le 31 janvier de l'année actuelle. L'invitation de paiement est envoyée au plus tard avant le 10 avril afin d'éviter une sanction. Pour les personnes utilisant une domiciliation, la date de la première tentative de perception est communiquée. Une tentative de perception a lieu au plus tard le 30 avril de l'année actuelle.

Les membres suivants ne font pas partie du groupe-cible de l'indicateur :

1° personnes ayant une intervention en cours ou n'ayant pas encore fait l'objet d'une décision le 31 décembre de l'année passée ;

2° personnes décédées le 15 avril ou avant le 15 avril de l'année actuelle ;

3° personnes qui avaient, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 avril de l'année actuelle, pendant au moins un jour un code INS spécial (radiée d'office, perte du droit de séjour, dispensée de l'inscription, déclarée absente, ...) ;

4° personnes ayant une mutation MOB.

2. Indicateur 2 : les dossiers de mutation de personnes bénéficiant d'une intervention sont transmis correctement et à temps.

Pour toutes les personnes ayant un dossier en cours, une demande n'ayant pas encore fait l'objet d'une décision, ou une personne pour laquelle au cours de la dernière année calendaire précédant la mutation une décision a été prise et qui a changé de caisse d'assurance soins, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet le dossier correctement, complètement et à temps à la nouvelle caisse d'assurance soins. L'ancienne caisse d'assurance soins aspire à transférer les dossiers au plus tard le 9 janvier de l'année actuelle à la nouvelle caisse d'assurance soins. L'ancienne caisse d'assurance soins transmet les dossiers au plus tard le 15 janvier à la nouvelle caisse d'assurance soins, afin d'éviter une sanction. Seuls les dossiers du premier tour de mutation et seules les mutations commencées en décembre de l'année précédente, sont inclus.

Un dossier de mutation est complet lorsqu'il contient les éléments suivants :

1° la fiche info contenant le nom du représentant ;

2° une copie de la lettre de décision ;

3° la dernière attestation ou la dernière indication ;

4° la date de demande de la dernière décision ;

5° le numéro de compte de la personne nécessitant des soins.

3. Indicateur 3 : dossiers contenant une décision positive ont la date de début correcte

Pour toutes les personnes disposant d'une demande approuvée d'une intervention en l'année précédente, une période de carence de 3 à 4 mois s'applique. Plus précisément, la période de carence prend fin le premier jour du quatrième mois après la date de demande ou la date de l'ouverture automatique de droits :

1° pour une demande, cela concerne la période entre la date de demande et la date de début de l'intervention ;

2° pour l'ouverture automatique de droits, cela concerne la période entre la date d'ouverture automatique de droits et la date de début de l'intervention. La date d'ouverture automatique de droits est la date de début de l'attestation ou du séjour dans une structure résidentielle.

Les interventions suivantes ne font pas partie du groupe-cible de l'indicateur analysé :

1° personnes décédées avant le début de l'intervention ;

2° personnes disposant d'une demande refusée d'intervention ou d'une demande d'intervention qui est encore en cours de traitement ;

3° personnes ayant muté vers la caisse d'assurance soins au cours de l'année précédente.

La sélection annuelle du groupe-cible pour cet indicateur se fait comme suit :

1° seules les demandes et les ouvertures automatiques de droits dont la date de décision se situe entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année précédente, sont incluses ;

2° seules les ouvertures automatiques de droits dont la date de décision se situe entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année précédente et dont une date d'ouverture automatique de droits se situe entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et 31 décembre de l'année précédente, sont incluses.

4. Indicateur 4 : la durée de validité maximale d'une décision positive n'est pas dépassée

Pour toutes les personnes disposant d'un dossier approuvé et en cours, la période entre le début et la fin de l'intervention est calculée correctement. La durée diffère par type d'attestation et peut dépendre de l'âge. Il s'agit de demandes, d'ouvertures automatiques de droits, et de prolongations. Pour l'échelle de Katz dans les soins infirmiers à domicile, il n'est pas tenu compte des dossiers contenant une ouverture automatique de droit.

Pour un score BEL ou un score sur le screener BEL RAI, une durée de 1 à 36 mois s'applique aux personnes âgées de moins de 80 ans à la date d'indication. Pour l'attestation Kine-E, une durée de 1 à 36 mois s'applique aux personnes âgées de moins de 80 ans à la date de demande. Pour les personnes disposant d'une attestation d'aide aux familles, une durée de 1 à 36 mois s'applique, quel que soit leur âge. Pour une échelle de Katz dans les soins infirmiers à domicile, une durée de 1 à 6 mois s'applique.

La sélection annuelle du groupe-cible pour cet indicateur se fait comme suit :

1° les dossiers en cours ayant une date de décision entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année précédente, sont inclus ;

2° seul le dernier dossier en cours d'un membre est inclus.

5. Indicateur 5 : dossiers contenant une décision positive ont le mois de paiement correct

Le premier mois de prestation concerne le premier mois pour lequel un ayant droit a droit à une intervention. Pour toutes les personnes disposant d'une demande approuvée ou d'une ouverture automatique de droits, le premier mois de prestation est :

1° le quatrième mois après la demande ;

2° le cinquième mois après la date de début de l'attestation ou du séjour dans une structure résidentielle, mais au maximum six mois avant la date de demande en cas d'une ouverture automatique du droit, sauf si la personne ne répond pas à toutes les conditions formelles au moment de la date de début de l'attestation.

Les dossiers suivants ne font pas partie du groupe-cible de l'indicateur analysé :

1° les personnes dont le dossier est traité par la commission de réclamation ;

2° les personnes disposant d'un cumul avec une intervention de la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » ;

3° les personnes ayant muté vers la caisse d'assurance soins au cours de l'année précédente.

La sélection annuelle du groupe-cible pour cet indicateur se fait comme suit : les demandes et les ouvertures automatiques de droits ayant une première date de prestation entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année précédente, sont incluses.

6. Indicateur 6 : dossiers contenant une décision positive sont payés à temps

Pour toutes les personnes disposant d'une demande approuvée et d'un paiement d'une intervention, la première date de paiement de l'intervention se situe :

1° au premier mois de la première date de prestation de l'intervention en cas de soins de proximité et de soins à domicile ;

2° au mois suivant la première date de prestation de l'intervention en cas de soins résidentiels.

Les dossiers suivants ne font pas partie du groupe-cible de l'indicateur analysé :

1° les personnes dont le dossier est traité par la commission de réclamation ;

2° les personnes disposant d'un cumul avec une intervention de la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » ;

3° les personnes ayant muté vers la caisse d'assurance soins au cours de l'année précédente ;

4° les personnes introduisant une demande sur la base d'une attestation d'allocations familiales supplémentaires, d'une attestation VESTA ou d'une attestation sur la base de l'échelle médico-sociale.

La sélection annuelle du groupe-cible pour cet indicateur se fait comme suit : seules les demandes ayant une première date de prestation entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année précédente, sont incluses.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 janvier 2018 portant la responsabilisation financière des caisses d'assurance soins dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 12 janvier 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

VLAAMSE OVERHEID

Economie, Wetenschap en Innovatie

[C – 2018/10288]

**11 JANUARI 2018. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 4 juli 2011 tot aanwijzing van de sociaalrechtelijke inspecteurs en de ambtenaren bevoegd voor het opleggen van de administratieve geldboeten**

DE VLAAMSE MINISTER VAN WERK, ECONOMIE, INNOVATIE EN SPORT,

Gelet op het decreet van 30 april 2004 tot uniformisering van de toezicht-, sanctie- en strafbepalingen die zijn opgenomen in de regelgeving van de sociaalrechtelijke aangelegenheden, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest bevoegd zijn, gewijzigd bij de decreten van 22 december 2006, 9 maart 2007, 9 juli 2010, 10 december 2010, 17 februari 2012, 12 juli 2013, 22 november 2013, 25 april 2014, 19 december 2014, 24 april 2015, 4 maart 2016, 8 juli 2016, 23 december 2016 en 7 juli 2017;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 14 januari 2005 tot uitvoering van het decreet van 30 april 2004 tot uniformisering van de toezicht-, sanctie- en strafbepalingen die zijn opgenomen in de regelgeving van de sociaalrechtelijke aangelegenheden, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest bevoegd zijn, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2008, artikel 4 en 7;