

CHAPITRE IV. — *Nomination*

Art. 6. § 1^{er}. Le président et les membres à voix délibérative sont nommés par le Gouvernement flamand sur la proposition des Ministres flamands chargés de l'éducation, de la politique scientifique et de l'innovation technologique, de la culture, des monuments et sites, de la politique des médias, de l'égalité des chances et de la politique extérieure et des affaires européennes.

Le Ministre chargé de la politique extérieure et des affaires européennes désigne son représentant. Le secrétaire général et le fonctionnaire de l'Administration flamande des Affaires Etrangères sont nommés par le fonctionnaire dirigeant de l'administration.

§ 2. La durée du mandat du président et des membres à voix délibérative est de six ans. Au cours de la première législature de la Commission, le mandat de la moitié des membres expire après trois ans. Le mandat peut être renouvelé une fois. Si le mandat d'un membre expire prématurément, un nouveau membre est nommé conformément à l'article 6, § 1^{er}. Ce membre achèvera le mandat en question et ne peut que remplir un seul nouveau mandat.

CHAPITRE V. — *Dispositions générales*

Art. 7. La Commission établit son règlement intérieur qui est approuvé par le Gouvernement flamand.

Art. 8. A l'issue de chaque année calendaire, la Commission dresse un rapport final qu'elle soumet au Gouvernement flamand chaque année avant le 1^{er} avril.

Art. 9. L'arrêté du Gouvernement flamand du 18 septembre 1991 portant création et composition de la Commission flamande de l'UNESCO, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 janvier 1994, est abrogé.

Art. 10. Le présent arrêté produit ses effets le 14 février 2003.

Art. 11. La Ministre flamande qui a l'égalité des chances dans ses attributions, le Ministre flamand qui a la culture dans ses attributions, la Ministre flamande qui a l'enseignement dans ses attributions, le Ministre flamand qui a la politique des médias dans ses attributions, le Ministre flamand qui a la politique scientifique et de l'innovation technologique dans ses attributions, le Ministre flamand qui a la politique extérieure dans ses attributions, le Ministre flamand qui a les monuments dans ses attributions et le Ministre flamand qui a les sites dans ses attributions, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 14 février 2003.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
P. DEWAELE

La Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé, de l'Egalité des Chances
et de la Coopération au Développement,
M. VOGELS

La Ministre flamande de l'Enseignement et de la Formation,
M. VANDERPOORTEN

Le Ministre flamand des Finances et du Budget, de l'Innovation, des Médias et de l'Aménagement du Territoire,
D. VAN MECHELEN

Le Ministre flamand des Affaires intérieures, de la Culture, de la Jeunesse et de la Fonction publique,
P. VAN GREMBERGEN

Le Ministre flamand de l'Economie, de la Politique extérieure, du Commerce extérieur et du Logement,
J. GABRIELS

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2003 — 1068

[2003/200358]

14 FEBRUARI 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 2003

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 en 18 mei 2001;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 11 februari 2003.

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, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking;
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 welk dossiers hieraan beantwoorden.

HOOFDSTUK II. — Beschrijving van de subsidies

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 bepaalt 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 ingediend worden en de nadere regels waaraan de stavingsstukken moeten voldoen.

Afdeling I. — Subsidie voor tenlastenemingen

Onderafdeling I. — Vaststelling van de subsidie voor tenlastenemingen

Art. 4. § 1. De subsidie voor de tenlastenemingen voor het jaar 2003 is gelijk aan de uitgaven voor tenlastenemingen die de zorgkas voor 15 januari 2004 heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar 2003 verminderd met het totaal van alle geïnde ledenbijdragen die de zorgkas voor 31 december 2003 heeft ontvangen en verminderd met de terugvorderingen die de zorgkas moet uitvoeren en die vastgesteld zijn voor 15 januari 2004.

§ 2. Het Fonds kan een vrijstelling van terugvordering verlenen van onrechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen 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 haar ter beschikking staande middelen, 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.

§ 3. Het Fonds keert een voorschot uit op de subsidie voor tenlastenemingen volgens de regels in artikel 7 en artikel 8.

Art. 5. Om de vaststelling van de definitieve subsidie mogelijk te maken, bezorgt elke zorgkas voor 15 februari 2004 een jaaroverzicht van alle tenlastenemingen die de zorgkas heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar 2003, van alle geïnde ledenbijdragen die de zorgkas heeft ontvangen en de terugvorderingen die de zorgkas moet uitvoeren.

Art. 6. § 1. Voor 31 maart 2004 gaat het Fonds over tot de uitbetaling van het saldo of tot de terugvordering van de te veel uitbetaalde voorschotten.

§ 2. Het Fonds bezorgt aan elke zorgkas een gedetailleerd overzicht van de vaststelling van de subsidie voor tenlastenemingen, alle reeds verstrekte voorschotten en het saldo dat het Fonds zal uitbetalen aan of terugvorderen van de zorgkas.

§ 3. De zorgkassen zijn verplicht om het saldo dat het Fonds terugvordert, voor 15 april 2004 terug te storten aan het Fonds.

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

Art. 7. § 1. Voor 15 januari 2003 betaalt het Fonds een voorschot uit dat wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 31 oktober 2002 te vermenigvuldigen met het maandelijks bedrag dat voor de betrokken zorgvorm uitbetaald kan worden. Voor 15 februari 2003 betaalt het Fonds een voorschot uit dat wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 30 november 2002 te vermenigvuldigen met het maandelijks bedrag dat voor de betrokken zorgvorm kan uitbetaald worden. Het Fonds keert geen voorschot uit aan zorgkassen waarvan de geïnde ledenbijdragen voor het jaar 2002 die worden vastgesteld op basis van het aantal aangesloten leden per 31 oktober 2002, hoger zijn dan de uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari 2002 en 31 december 2002 die worden geraamd op basis van het aantal goedgekeurde dossiers per zorgvorm voor ieder van de maanden oktober 2001 tot september 2002.

§ 2. Voor 15 september 2003 betaalt het Fonds een voorschot uit dat wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 30 juni 2003 te vermenigvuldigen met het maandelijks bedrag dat voor de betrokken zorgvorm uitbetaald kan worden. In voorkomend geval wordt het voorschot verminderd met het positieve verschil tussen enerzijds de geraamde ledenbijdragen voor het jaar 2003 en het reeds uitbetaalde voorschot en anderzijds de geraamde uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari 2003 en 31 augustus 2003. De ledenbijdragen van elke zorgkas worden geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 30 juni 2003. 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 2002. De uitgaven van tenlasteneming worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming van de maanden januari 2003 tot en met augustus 2003 te vermenigvuldigen met het bedrag van de tenlasteneming voor die zorgvorm. Het aantal lopende dossiers voor de maanden juli 2003 en augustus 2003 wordt bepaald op basis van het aantal lopende dossiers per 30 juni 2003.

Voor 15 oktober 2003 betaalt het Fonds een voorschot uit dat wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 30 juni 2003 te vermenigvuldigen met het maandelijkse bedrag dat voor de betrokken zorgvorm uitbetaald kan worden. In voorkomend geval wordt het voorschot verminderd met het positieve verschil tussen enerzijds de geraamde ledenbijdragen voor het jaar 2003 en het reeds uitbetaalde voorschot en anderzijds de geraamde uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari 2003 en 30 september 2003. De ledenbijdragen van elke zorgkas worden geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 30 juni 2003. 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 2002. De uitgaven van tenlasteneming worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming van de maanden januari 2003 tot en met september 2003 te vermenigvuldigen met het bedrag van de tenlasteneming voor die zorgvorm. Het aantal lopende dossiers voor de maanden juli 2003, augustus 2003 en september 2003 wordt bepaald op basis van het aantal lopende dossiers per 30 juni 2003.

Voor 15 november 2003 betaalt het Fonds een voorschot uit dat wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 30 juni 2003 te vermenigvuldigen met het maandelijkse bedrag dat voor de betrokken zorgvorm uitbetaald kan worden. In voorkomend geval wordt het voorschot verminderd met het positieve verschil tussen enerzijds de geraamde ledenbijdragen voor het jaar 2003 en het reeds uitbetaalde voorschot en anderzijds de geraamde uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari 2003 en 31 oktober 2003. De ledenbijdragen van elke zorgkas worden geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 30 juni 2003. 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 2002. De uitgaven van tenlasteneming worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming van de maanden januari 2003 tot en met oktober 2003 te vermenigvuldigen met het bedrag van de tenlasteneming voor die zorgvorm. Het aantal lopende dossiers voor de maanden juli 2003, augustus 2003, september 2003 en oktober 2003 wordt bepaald op basis van het aantal lopende dossiers per 30 juni 2003.

Voor 15 december 2003 betaalt het Fonds een voorschot uit dat wordt bepaald door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 30 juni 2003 te vermenigvuldigen met het maandelijkse bedrag dat voor de betrokken zorgvorm uitbetaald kan worden. In voorkomend geval wordt het voorschot verminderd met het positieve verschil tussen enerzijds de geraamde ledenbijdragen voor het jaar 2003 en het reeds uitbetaalde voorschot en anderzijds de geraamde uitgaven voor tenlastenemingen tussen 1 januari 2003 en 30 november 2003. De ledenbijdragen van elke zorgkas worden geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 30 juni 2003. 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 2002. De uitgaven van tenlasteneming worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming van de maanden januari 2003 tot en met november 2003 te vermenigvuldigen met het bedrag van de tenlasteneming voor die zorgvorm. Het aantal lopende dossiers voor de maanden juli 2003, augustus 2003, september 2003, oktober 2003, november 2003 wordt bepaald op basis van het aantal lopende dossiers per 30 juni 2003.

§ 3. Indien een zorgkas heeft nagelaten de stavingsstukken, bedoeld in artikel 3, § 1, 2°, tijdig aan het Fonds te bezorgen, wordt de uitbetaling van het voorschot aan die zorgkas uitgesteld tot de vierde week die volgt op het ter beschikking stellen van de stavingsstukken.

Art. 8. Indien de som van de geraamde ledenbijdragen van een zorgkas en het voorschot betaald voor 15 januari 2003 en voor 15 februari 2003 meer bedragen dan de geraamde jaaruitgaven voor tenlastenemingen, moet de zorgkas het verschil terugstorten aan het Fonds voor 31 juli 2003. De ledenbijdragen worden geraamd op basis van het aantal aangesloten leden op 31 maart 2003. De jaaruitgaven worden geraamd door het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming voor thuiszorg en professionele residentiële zorg op 31 maart 2003 te vermenigvuldigen met het twaalfvoud van het maandelijkse bedrag dat voor de betrokken zorgvorm uitbetaald kan worden. Dit bedrag wordt nog verhoogd met het aantal lopende dossiers per 30 april 2003 voor de tenlasteneming voor professionele residentiële zorg van zorgbehoevenden met een B-score op de Katz-schaal vermenigvuldigd met het negenvoud van het maandelijkse bedrag dat voor de deze zorgvorm uitbetaald kan worden.

Afdeling II. — Subsidie voor werkingskosten

Onderafdeling I. — Vaststelling van de subsidie voor werkingskosten

Art. 9. § 1. De subsidie voor de werkingskosten voor alle zorgkassen voor het jaar 2003 is gelijk aan 4.957.870 euro. Dit bedrag wordt verdeeld onder de zorgkassen volgens de bepalingen in artikel 10.

§ 2. Indien een zorgkas in de loop van het jaar 2003 erkend wordt, vrijwillig haar activiteiten stopzet of haar erkenning verliest, wordt de subsidie pro rata berekend.

§ 3. Het Fonds keert een voorschot uit op de subsidie voor werkingskosten volgens de regels in artikel 12.

Art. 10. § 1. Het Fonds betaalt elk trimester een forfaitaire vergoeding van 15.000 euro aan elke zorgkas die erkend is op 31 maart 2003, 30 juni 2003, 31 oktober 2003 en 31 december 2003 en minimaal 20 000 leden en 400 lopende dossiers heeft. Het Fonds heeft voor het verstrekken van deze vergoeding een maximaal budget van 480.000 euro. Indien het voorziene budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke zorgkas evenredig verminderd.

§ 2. Het Fonds betaalt aan elke zorgkas een forfaitaire vergoeding van 75 euro per dossier dat werd geweigerd na een extra indicatiestelling of na een extra controle. Het Fonds heeft voor het verstrekken van deze vergoeding een maximaal budget van 480.000 euro. Indien het voorziene budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke zorgkas evenredig verminderd.

§ 3. Het bedrag, bedoeld in artikel 9, § 1, wordt na voorafname van het gedeelte, bedoeld in artikel 10, § 1 en § 2, in vier gelijke delen gesplitst, waarvan elk trimester 50 % verdeeld wordt op basis van het aantal leden op 31 maart 2003, 30 juni 2003, 30 september 2003 en 31 december 2003 en 50 % op basis van het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming op diezelfde data.

Art. 11. § 1. Voor 31 maart 2004 gaat het Fonds over tot de uitbetaling van het saldo of tot de terugvordering van de te veel uitbetaalde voorschotten.

§ 2. Het Fonds bezorgt aan elke zorgkas een gedetailleerd overzicht van de vaststelling van de subsidie voor werkingskosten, alle reeds verstrekte voorschotten en het saldo dat het Fonds zal uitbetalen aan of terugvorderen van de zorgkas.

§ 3. De zorgkassen zijn verplicht om het saldo dat het Fonds terugvordert, voor 15 april 2004 terug te storten aan het Fonds.

Onderafdeling II. Regeling van de voorschotten op de subsidie voor werkingskosten

Art. 12. § 1. Het Fonds verdeelt voor de vijftiende dag van elk kwartaal een voorschot van 495.787 euro onder de zorgkassen op basis van het aantal leden op 31 oktober 2002.

§ 2. Het Fonds verdeelt voor de vijftiende dag van elk kwartaal een voorschot van 495.787 euro verdelen onder de zorgkassen op basis van het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming op 31 oktober 2002.

§ 3. Indien een zorgkas heeft nagelaten de stavingsstukken bedoeld in artikel 3, § 1, 2°, aan het Fonds te bezorgen, wordt de uitbetaling van het voorschot aan die zorgkas uitgesteld tot de eerstvolgende uitbetaling van een voorschot voor werkingskosten dat volgt op het ter beschikking stellen van de stavingsstukken.

Afdeling III. — Subsidie voor de tenlastenemingen 2002

Art. 13. § 1. De zorgkassen hebben recht op een subsidie voor de bedragen die aan de zorgbehoevenden werden uitbetaald tussen 1 maart 2003 en 30 april 2003 naar aanleiding van de kredietopbouw, bedoeld in artikel 6 van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende regeling van de uitvoering van de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering.

§ 2. De subsidie wordt alleen verstrekt voor de tenlastenemingen die nog niet werden vergoed door het Fonds tijdens de vaststelling van de definitieve subsidies voor het jaar 2002, bedoeld in artikel 6 van het besluit van de Vlaamse regering van 19 oktober 2001 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor de jaren 2001 en 2002.

§ 3. De zorgkassen bezorgen tegen 30 april 2003 en 31 mei 2003 het overzicht van de bedragen die respectievelijk werden uitbetaald in de maand maart 2003 en april 2003. Het Fonds zorgt voor 15 mei 2003 en voor 15 juni 2003 voor de uitbetaling van de subsidies.

§ 4. Het Vlaams Zorgfonds betaalt een subsidie voor tenlasteneming indien een zorgbehoevende na een positieve beslissing van de bezwaarcommissie recht heeft op een tenlasteneming tijdens het jaar 2002. De zorgkassen bezorgen tegen 30 september 2003 een overzicht van de bedragen die werden uitbetaald na 30 april 2003 en het Fonds betaalt de subsidie tegen 15 oktober 2003.

HOOFDSTUK III. — Terugvorderingsprocedure bij controle door het Fonds

Art. 14. Als uit controles door het Fonds blijkt dat een zorgkas tenlastenemingen heeft uitgevoerd in strijd met het decreet of zijn uitvoeringsbesluiten 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 terug van de zorgkas.

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

Aan de zorgkas wordt per aangetekende brief het gemotiveerde voornemen van het Fonds om tot terugvordering over te gaan meegedeeld.

Art. 15. § 1. De zorgkas kan bezwaar aantekenen tegen het voornemen van het Fonds om tot terugvordering over te gaan.

§ 2. Om ontvankelijk te zijn, moet het bezwaarschrift :

1° met redenen omkleed zijn;

2° vergezeld zijn van alle relevante stukken;

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

Art. 16. § 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 per aangetekende brief aan de bezwaarindiener meegedeeld en per gewone brief aan het Fonds.

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

Art. 17. Als er geen bezwaar wordt ingediend binnen de in artikel 16, § 2, 3°, bepaalde termijn of als het bezwaar onontvankelijk, ongegrond of gedeeltelijk gegrond wordt verklaard, voert het Fonds de terugvordering uit door het terug te vorderen bedrag, af te houden bij de eerstvolgende uitbetaling van de voorschotten voor werkingskosten of tenlastenemingen.

HOOFDSTUK IV. — *Vergoeding voor indicatiestellingen*

Art. 18. § 1. Een zorgkas ontvangt een vergoeding van 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling op voorwaarde dat het gaat om een indicatiestelling die 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 hiertoe een aanvraag in bij het Fonds volgens de door het Fonds te bepalen voorwaarden. 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 zij binnen zes maanden na die indicatiestelling gezinszorg verstrekken 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 in het volgende trimester uit te betalen vergoedingen.

§ 3. Elke maand dienen de gemachtigde indicatiestellers de facturen voor de vergoeding van indicatiestellingen in het kader van de zorgverzekering te 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. 19. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2003.

Art. 20. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 14 februari 2003.

De minister-president van de Vlaamse regering,

P. DEWAEL

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,

M. VOGELS

TRADUCTION

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2003 — 1068

[2003/200358]

14 FEVRIER 2003. — **Arrêté du Gouvernement flamand 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 2003**

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 et 18 mai 2001;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du budget, donné le 11 février 2003;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, 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, de l'Égalité des Chances et de la Coopération au Développement;

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté on entend par :

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

2^o caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15, alinéa 1^{er} du décret ou la caisse d'assurance soins créée conformément à l'article 14 du décret;

3^o prises en charge : les prises en charge des frais ou prestations, telles que définies à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret;

4^o Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes;

5^o Fonds : le « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand des soins), visé à l'article 11 du décret;

6^o 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*

Art. 2. § 1^{er}. 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^o et 3^o, et suivant les modalités prévues par le présent arrêté.

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

§ 3. La subvention, visée à l'article 17, alinéa premier, 3^o 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 :

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

2^o 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 1^{re}. — Subvention pour prises en charge**Sous-section 1^{re}. — Fixation de la subvention pour prises en charge*

Art. 4. § 1^{er}. La subvention pour prises en charge pour l'année 2003, est égale aux dépenses pour les prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées avant le 15 janvier 2004 au titre de l'année 2003, diminuée de l'ensemble des cotisations des membres perçues avant le 31 décembre 2003 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 2004.

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

1^o 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^o 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^o la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile a été effectuée après la 20^e 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.

§ 3. Le Fonds octroie une avance sur la subvention pour prises en charge suivant les règles prévues aux articles 7 et 8.

Art. 5. Pour permettre la fixation de la subvention définitive, chaque caisse d'assurance soins transmet avant le 15 février 2004 une aperçu annuel de toutes les prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées au titre de l'année 2003, de toutes les cotisations des membres perçues par la caisse d'assurance soins et des recouvrements qu'elle doit effectuer.

Art. 6. § 1^{er}. Avant le 31 mars 2004, le Fonds procède au paiement du solde ou au recouvrement des avances payées en trop.

§ 2. Le Fonds fait parvenir à chaque caisse d'assurance soins un aperçu détaillé de la fixation de la subvention pour prises en charge, des avances déjà octroyées et du solde que le Fonds paiera ou recouvrera à charge de la caisse d'assurance soins.

§ 3. Les caisses d'assurance soins sont tenues à rembourser au Fonds avant le 15 avril 2004, le solde recouvré par le Fonds.

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

Art. 7. § 1^{er}. Avant le 15 janvier 2003, le Fonds octroie une avance qui est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 31 octobre 2002 pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels, à multiplier par le montant mensuel susceptible d'être payé pour la forme de soins concernée. Avant le 15 février 2003, le Fonds octroie une avance qui est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 30 novembre 2002 pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels, à multiplier par le montant mensuel susceptible d'être payé pour la forme de soins concernée. Le Fonds n'octroie aucune avance aux caisses d'assurance soins dont les cotisations des membres perçues au titre de l'année 2002 et qui sont fixées sur la base du nombre d'affiliés au 31 octobre 2002, sont supérieures aux dépenses pour prises en charge entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2002 qui sont déterminées en fonction du nombre de dossiers approuvés par forme de soins pour chacun des mois d'octobre 2001 à septembre 2002.

§ 2. Avant le 15 septembre 2003, le Fonds octroie une avance qui est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 30 juin 2003 pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels, 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 d'une part les cotisations des membres estimées pour l'année 2003 et l'avance déjà octroyée et d'autre part les dépenses pour prises en charge entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 août 2003. Les cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins sont estimées sur la base des membres affiliés au 30 juin 2003. 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^{er} janvier 2002. Les dépenses pour prises en charge sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge des mois de janvier 2003 à août 2003 inclus par le montant de prise en charge pour cette forme de soins. Le nombre de dossiers en cours pour les mois de juillet 2003 et d'août 2003, est déterminée sur la base du nombre de dossiers en cours au 30 juin 2003.

Avant le 15 octobre 2003, le Fonds octroie une avance qui est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 30 juin 2003 pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels, 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 d'une part les cotisations des membres estimées pour l'année 2003 et l'avance déjà octroyée et d'autre part les dépenses pour prises en charge entre le 1^{er} janvier 2003 et le 30 septembre 2003. Les cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins sont estimées sur la base des membres affiliés au 30 juin 2003. 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^{er} janvier 2002. Les dépenses pour prises en charge sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge des mois de janvier 2003 à septembre 2003 inclus par le montant de prise en charge pour cette forme de soins. Le nombre de dossiers en cours pour les mois de juillet 2003, d'août 2003 et de septembre 2003, est déterminé sur la base du nombre de dossiers en cours au 30 juin 2003.

Avant le 15 novembre 2003, le Fonds octroie une avance qui est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 30 juin 2003 pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels, 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 d'une part les cotisations des membres estimées pour l'année 2003 et l'avance déjà octroyée et d'autre part les dépenses pour prises en charge entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 octobre 2003. Les cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins sont estimées sur la base des membres affiliés au 30 juin 2003. 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^{er} janvier 2002. Les dépenses pour prises en charge sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge des mois de janvier 2003 à octobre 2003 inclus par le montant de prise en charge pour cette forme de soins. Le nombre de dossiers en cours pour les mois de juillet 2003, d'août 2003, de septembre 2003 et d'octobre 2003, est déterminé sur la base du nombre de dossiers en cours au 30 juin 2003.

Avant le 15 décembre 2003, le Fonds octroie une avance qui est déterminée par le nombre de dossiers en cours pour prises en charge au 30 juin 2003 pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels, 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 d'une part les cotisations des membres estimées pour l'année 2003 et l'avance déjà octroyée et d'autre part les dépenses pour prises en charge entre le 1^{er} janvier 2003 et le 30 novembre 2003. Les cotisations des membres de chaque caisse d'assurance soins sont estimées sur la base des membres affiliés au 30 juin 2003. 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^{er} janvier 2002. Les dépenses pour prises en charge sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge des mois de janvier 2003 à novembre 2003 inclus par le montant de prise en charge pour cette forme de soins. Le nombre de dossiers en cours pour les mois de juillet 2003, d'août 2003, de septembre 2003, d'octobre 2003 et de novembre 2003, est déterminé sur la base du nombre de dossiers en cours au 30 juin 2003.

§ 2. Au cas où une caisse d'assurance soins aurait omis de transmettre à temps au Fonds les pièces justificatives, visées à l'article 3, § 1^{er}, 2^o, l'octroi de l'avance à cette caisse d'assurance soins est remis jusqu'à la quatrième semaine qui suit la mise à disposition des pièces justificatives.

Art. 8. Si la somme des cotisations des membres estimées d'une caisse d'assurance soins et l'avance payée avant le 15 janvier 2003 et avant le 15 février 2003 est supérieure aux dépenses annuelles estimées pour prises en charge, la caisse d'assurance soins est tenue à rembourser la différence au Fonds avant le 31 juillet 2003. Les cotisations des membres sont estimées sur la base des membres affiliés au 31 mars 2003. Les dépenses annuelles sont estimées par la multiplication du nombre de dossiers en cours pour prises en charge pour soins à domicile et soins résidentiels professionnels le 31 mars 2003 par douze fois le montant mensuel susceptible d'être payé pour la forme de soins concernée. Ce montant devra encore être majoré par le nombre de dossiers en cours le 30 avril 2003 pour la prise en charge des soins résidentiels professionnels des personnes nécessitant des soins ayant un score de niveau B à l'échelle de Katz, multiplié par neuf fois le montant mensuel susceptible d'être payé pour cette forme de soins.

Section II. — Subvention pour frais de fonctionnement

Sous-section I^{re}. — Fixation de la subvention pour frais de fonctionnement

Art. 9. § 1^{er}. La subvention pour frais de fonctionnement pour toutes les caisses d'assurance soins pour l'année 2003 est égale à 4.957.870 euros. Ce montant est réparti parmi les caisses d'assurance soins suivant les dispositions de l'article 10.

§ 2. Si une caisse d'assurance soins est agréée au cours de l'année 2003, 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 12.

Art. 10. § 1^{er}. Le Fonds paie chaque trimestre une indemnité forfaitaire de 15.000 euros à chaque caisse d'assurance soins qui est agréée les 31 mars 2003, 30 juin 2003, 31 octobre 2003 et 31 décembre 2003 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 480.000 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 une indemnité forfaitaire de 75 euros par dossier refusé après une indication supplémentaire ou un contrôle supplémentaire. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 480.000 euros. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins est réduite proportionnellement.

§ 3. Le montant visé à l'article 9, § 1^{er}, est divisé en quatre parties égales, après prélèvement de la partie visée à l'article 10, §§ 1^{er} et 2, dont 50 % sont répartis chaque trimestre sur la base du nombre de membres au 31 mars 2003, 30 juin 2003, 30 septembre 2003 et 31 décembre 2003 et 50 % sur la base du nombre de dossiers en cours pour prise en charge aux mêmes dates.

Art. 11. § 1^{er}. Avant le 31 mars 2004, le Fonds procède au paiement du solde ou au recouvrement des avances payées en trop.

§ 2. Le Fonds fait parvenir à chaque caisse d'assurance soins un aperçu détaillé de la fixation de la subvention pour prises en charge, des avances déjà octroyées et du solde que le Fonds paiera ou recouvrera à charge de la caisse d'assurance soins.

§ 3. Les caisses d'assurance soins sont tenues à rembourser au Fonds avant le 15 avril 2004, le solde recouvré par le Fonds.

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

Art. 12. § 1^{er}. Le Fonds répartit avant le quinzième jour de chaque trimestre une avance de 495.787 euros parmi les caisses d'assurance soins sur la base du nombre de membres au 31 octobre 2002.

§ 2. Le Fonds répartit avant le quinzième jour de chaque trimestre une avance de 495.787 euros parmi les caisses d'assurance soins sur la base du nombre de dossiers en cours pour prise en charge au 31 octobre 2002.

§ 3. Au cas où une caisse d'assurance soins aurait omis de transmettre à temps au Fonds les pièces justificatives, visées à l'article 3, § 1^{er}, 2^o, l'octroi de l'avance à cette caisse d'assurance soins est remis jusqu'au premier paiement d'une avance pour frais de fonctionnement qui suit la mise à disposition des pièces justificatives.

Section III. — Subvention pour prises en charge 2002

Art. 13. § 1^{er}. Les caisses d'assurance soins ont droit à une subvention pour les montants qui ont été payés aux personnes nécessitant des soins entre le 1^{er} mars 2003 et le 30 avril 2003, à l'occasion de la constitution d'un crédit, visée à l'article 6 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 réglant l'exécution des prises en charge dans le cadre de l'assurance soins.

§ 2. La subvention n'est octroyée que pour les prises en charge non encore indemnisées par le Fonds à l'occasion de la fixation définitive des subventions pour l'année 2002, visées à l'article 6 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 octobre 2001 déterminant les conditions de fixation, de paiement et de recouvrement des subventions des caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins pour les années 2001 et 2002.

§ 3. Les caisses d'assurance soins transmettent pour le 30 avril 2003 et le 31 mai 2003 l'aperçu des montants respectivement payés au cours des mois de mars et d'avril 2003. Le Fonds veille à ce que les subventions soient payées avant le 15 mai 2003 et le 15 juin 2003.

§ 4. Le « Vlaams Zorgfonds » octroie une subvention pour prises en charge si une personne nécessitant des soins a droit à une prise en charge au cours de l'année 2002 après une décision positive de la commission de réclamation. Les caisses d'assurance soins transmettent pour le 30 septembre 2003 un aperçu des montants payés après le 30 avril 2003 et le Fonds verse la subvention pour le 15 octobre 2003.

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

Art. 14. 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 servies 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.

L'intention motivée du Fonds de procéder au recouvrement est notifiée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins.

Art. 15. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins peut formuler une réclamation contre l'intention du Fonds de procéder au recouvrement.

§ 2. Pour être recevable, la réclamation doit :

1^o être motivée;

2^o être accompagnée de toutes les pièces pertinentes;

3^o être envoyée par lettre recommandée au Fonds dans les trente jours après réception de l'intention du Fonds.

Art. 16. § 1^{er}. Le Fonds examine la recevabilité de la réclamation et fait parvenir au Ministre, dans les 15 jours après réception de la réclamation, l'original 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 notifiée par lettre recommandée au réclamant et par lettre ordinaire au Fonds.

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

Art. 17. Si aucune réclamation n'est formulée dans le délai prescrit à l'article 16, § 2, 3^o, 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. 18. § 1^{er}. 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 autorisé 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 autorisé et s'ils délivrent 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. L'indicateur autorisé doit 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 autorisé ne répond pas aux conditions imposées par le Fonds.

CHAPITRE V. — *Dispositions finales*

Art. 19. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Art. 20. La Ministre flamande qui a l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 14 février 2003.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
P. DEWAELE

La Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé, de l'Egalité des Chances
et de la Coopération au Développement,
M. VOGELS

REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

F. 2003 — 1069

[2003/200437]

20 FEVRIER 2003. — Arrêté du Gouvernement wallon modifiant l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 juillet 1998 accordant au Fonds du Logement des Familles nombreuses de Wallonie une subvention de 150 millions de FB destinée à la création de logements pour familles démunies dans les quartiers spécifiques

Le Gouvernement wallon,

Vu le décret du 17 décembre 1997 contenant le budget général des dépenses de la Région wallonne pour l'année budgétaire 1998;

Vu l'article 50.05 du programme 04, titre II de la section 15 du budget de la Région wallonne pour l'année budgétaire 1998;

Vu la décision du Gouvernement wallon du 9 avril 1998 identifiant, par voie de circulaire interprétative, les quartiers spécifiques;

Vu l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 juillet 1998 accordant au Fonds du logement des familles nombreuses de Wallonie une subvention de 150 millions de FB destinée à la création de logements pour familles démunies dans les quartiers spécifiques;

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

Sur la proposition du Ministre du Budget, du Logement, de l'Equipement et des Travaux Publics,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 juillet 1998 accordant au Fonds du logement des familles nombreuses de Wallonie une subvention de 150 millions de FB destinée à la création de logements pour familles démunies dans les quartiers spécifiques, les mots « selon la répartition géographique présentée en annexe au présent arrêté » sont supprimés.

Art. 2. Le Ministre du Logement est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Namur, le 20 février 2003.

Le Ministre-Président,
J.-Cl. VAN CAUWENBERGHE

Le Ministre du Budget, du Logement, de l'Equipement et des Travaux publics,
M. DAERDEN