

VLAAMSE OVERHEID

N. 2006 — 3896

[C — 2006/36522]

1 SEPTEMBER 2006. — 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

De Vlaamse Regering,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, inzonderheid op artikel 9 gewijzigd bij de decreten van 18 mei 2001 en 20 december 2002, en op artikel 10, § 2, vervangen bij het decreet van 20 december 2002, en op artikel 17 gewijzigd bij de decreten van 18 mei 2001 en 24 juni 2005;

Gelet op 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, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002; 13 december 2002; 9 mei 2003; 14 november 2003; 2 april 2004; 22 oktober 2004; 11 maart 2005; 15 april 2005; 2 december 2005 en 19 mei 2006;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 14 juli 2006;

Gelet op advies 40.944/1/V van de Raad van State, gegeven op 8 augustus 2006, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

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

2^o 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^o tenlastenemingen : de tenlastenemingen van de kosten of prestaties, vermeld in artikel 6, § 1, eerste lid, van het decreet;

4^o ledenbijdragen : de bijdragen, vermeld in artikel 13, eerste lid, 3^o, van het decreet, die namens het Fonds door de zorgkassen worden geïnd;

5^o indicatiestelling : het vaststellen van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen, bedoeld in artikel 2, 2^o, van het decreet;

6^o minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;

7^o Fonds : het Vlaams Zorgfonds, vermeld in artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot omvorming van het Vlaams Zorgfonds tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid en tot wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

8^o 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 beschouwd worden als lopende dossiers.

HOOFDSTUK II. — *Beschrijving van de subsidies**Afdeling I. — Algemene bepalingen*

Art. 2. De zorgkassen ontvangen een subsidie die jaarlijks door het Fonds wordt vastgesteld op basis van artikel 17, eerste lid, 1^o, van het decreet, en op de wijze, bepaald in dit besluit. Die subsidie wordt de subsidie voor tenlastenemingen genoemd.

De zorgkassen, erkend krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet, ontvangen een subsidie die jaarlijks door het Fonds wordt vastgesteld op basis van artikel 17, eerste lid, 3^o, van het decreet, en op de wijze, bepaald in dit besluit. Die subsidie wordt de subsidie voor werkingskosten genoemd.

Art. 3. Een zorgkas heeft recht op de subsidies, vermeld in artikel 2, als ze aan de volgende criteria beantwoordt :

1^o de zorgkas voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden;

2^o de zorgkas bezorgt aan het Fonds de vereiste stavingsstukken om de definitieve subsidies en de voorschotten op de subsidies te berekenen. Het Fonds bepaalt de nadere regels waaraan de stavingsstukken moeten voldoen en de termijn waarbinnen de stavingsstukken ingediend moeten worden.

Afdeling II. — Subsidie voor tenlastenemingen

Onderafdeling I. — Bepaling van de subsidie voor tenlastenemingen

Art. 4. § 1. De subsidie voor tenlastenemingen voor een jaar is gelijk aan de uitgaven voor tenlastenemingen die de zorgkas in de periode van 1 januari van dat jaar tot en met 31 januari van het daaropvolgende jaar heeft gedaan voor het jaar of voor de voorgaande jaren, verminderd met het totaal van alle geïnde ledenbijdragen die de zorgkas in het jaar in kwestie heeft ontvangen en verminderd met alle terugvorderingen van onrechtmatig betaalde tenlastenemingen die van 16 januari van dat jaar tot en met 15 januari van het daaropvolgende jaar vastgesteld zijn. Uitgaven voor tenlastenemingen die de zorgkas voor de voorafgaande jaren heeft uitbetaald en die door het Fonds al gesubsidieerd werden, komen niet meer in aanmerking voor de berekening van de subsidie voor tenlastenemingen voor het jaar in kwestie.

Als het bedrag van de uitgaven voor tenlastenemingen van een zorgkas, vermeld in het eerste lid, lager is dan het bedrag van de ledenbijdragen en terugvorderingen van de zorgkas, vermeld in het eerste lid, dan moet de zorgkas het verschil tussen beide bedragen aan het Fonds terugstorten.

§ 2. De onrechtmatig betaalde tenlastenemingen worden verrekend op het ogenblik dat de zorgkas of het Fonds het onrechtmatige karakter van de betaling vaststelt. De zorgkas moet de onrechtmatig betaalde tenlastenemingen onmiddellijk terugvorderen.

§ 3. De terugvorderingen die niet gerecupereerd worden binnen een termijn van 24 maanden na de vaststelling van de terugvordering, worden ten laste gelegd van de eigen werkingskosten van de zorgkas, behalve in de gevallen dat, met toepassing van artikel 5, een vrijstelling van terugvordering kan worden verleend.

§ 4. De zorgkassen voeren rechtmatig betaalde, maar niet door de gebruiker ontvangen tenlastenemingen, na 24 maanden niet meer uit. De zorgkas ontvangt voor die tenlastenemingen geen subsidie.

Art. 5. Het Fonds kan in door de minister te bepalen uitzonderlijke gevallen een vrijstelling van terugvordering verlenen van onrechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen onder de volgende voorwaarden :

1° de zorgkas toont aan dat alle middelen die ze ter beschikking heeft, werden aangewend om de terugvordering te vorderen;

2° de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg werd uitgevoerd na de twintigste dag van de maand en de tenlasteneming voor residentiële zorg na de laatste dag van de maand waarop ze betrekking heeft.

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

Art. 6. Elke zorgkas bezorgt voor 15 februari van het daaropvolgende jaar aan het Fonds een jaaroverzicht van de tenlastenemingen, de ledenbijdragen en de vastgestelde terugvorderingen, vermeld in artikel 4, § 1.

Het jaaroverzicht, vermeld in het eerste lid, wordt opgenomen in het boekhoudkundige verslag dat uiterlijk op 30 april wordt ingediend, overeenkomstig artikel 14, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 2001. De zorgkas verklaart de verschillen tussen het jaaroverzicht en het boekhoudkundige verslag.

Onderafdeling II. — Regeling van de voorschotten op de subsidie voor tenlastenemingen

Art. 7. Het Fonds betaalt voor de tiende dag van elke maand een voorschot op de subsidie voor tenlastenemingen. Dit voorschot wordt bepaald door het positieve verschil tussen de som van het door de zorgkas uitbetaalde bedrag aan tenlastenemingen tot en met die maand en van de raming van de tenlastenemingen die de zorgkas tot en met die maand zal uitbetalen, en daarnaast de som van de door het Fonds al uitbetaalde subsidie voor tenlastenemingen, van de door de zorgkas effectief ontvangen ledenbijdragen tot en met die maand en van de raming van de ledenbijdragen die de zorgkas tot en met die maand zal ontvangen.

Het betreft hier alle ledenbijdragen en tenlastenemingen van het huidige jaar en van de voorgaande jaren die nog niet door het Fonds verrekend zijn.

Afdeling III. — Subsidie voor werkingskosten

Onderafdeling I. — Bepaling van de subsidie voor werkingskosten

Art. 8. De jaarlijkse subsidie voor werkingskosten voor alle erkende zorgkassen is gelijk aan 7.677.691 euro. Dat bedrag wordt verdeeld onder de zorgkassen volgens de bepalingen, vermeld in artikel 9.

Als een zorgkas in de loop van een jaar erkend wordt of als een erkende zorgkas vrijwillig haar activiteiten stopzet of haar erkenning verliest, wordt de subsidie pro rata berekend.

Art. 9. Het Fonds betaalt jaarlijks een forfaitaire vergoeding van 62.252 euro aan elke erkende zorgkas die meer dan 20.000 leden en 400 lopende dossiers heeft op 31 december van het voorgaande jaar.

Het Fonds betaalt aan elke erkende zorgkas een forfaitaire vergoeding van 3 euro per dossier voor een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg die nog loopt op 31 december van het voorgaande jaar en waarvoor de zorgkas de gegevens van de mantelzorg of mantelzorgers van de gebruiker geregistreerd heeft. Het Fonds heeft voor het verstrekken van die vergoeding een maximaal budget van 200.000 euro. Als het vastgestelde budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke erkende zorgkas evenredig verminderd. De minister kan de nadere regels bepalen waaraan de registratie van de mantelzorg moet voldoen en bepaalt op welke wijze de zorgkassen rapporteren over de registratie van de mantelzorg.

Van het bedrag, vermeld in artikel 8, eerste lid, wordt na de voorafname van het gedeelte, vermeld in artikel 9, eerste en tweede lid, het resterende bedrag onder de erkende zorgkassen verdeeld aan de hand van de volgende formule :

$$S = (0,5 * (R * a/A)) + (0,25 * (R * b/B)) + (0,25 * (R * c/C))$$

In de formule, vermeld in het derde lid, wordt verstaan onder :

1° S = resterende subsidie per erkende zorgkas;

2° R= resterend bedrag na aftrek van de voorafname dat verdeeld wordt onder de erkende zorgkassen;

3° a = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van de lopende dossiers van de erkende zorgkas op 31 december;

4° A = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van de som van de lopende dossiers van de erkende zorgkassen op 31 december;

5° b = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van het aantal leden van de erkende zorgkas op 31 december;

6° B = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van de som van het aantal leden van de erkende zorgkassen op 31 december;

7° c = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van het aantal leden van de erkende zorgkas dat de jaarlijkse bijdrage uiterlijk op 31 december betaald heeft;

8° C = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van de som van het aantal leden van de erkende zorgkassen dat de jaarlijkse bijdrage uiterlijk op 31 december betaald heeft;

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

Art. 10. Het Fonds betaalt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal een voorschot van 25 procent van de forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 9, eerste lid, aan elke erkende zorgkas met meer dan 20 000 leden en 400 lopende dossiers op 31 december van het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop het voorschot betrekking heeft.

Het Fonds verdeelt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal verhoudingsgewijs over de erkende zorgkassen een voorschot van 20 procent van het bedrag, vermeld in artikel 8, eerste lid, verminderd met de forfaitaire vergoeding, vermeld in het eerste lid. Het voorschot wordt verdeeld volgens de formule, vermeld in artikel 9, derde lid, op basis van het gemiddelde van het tweede, het derde en het vierde jaar, voorafgaand aan het jaar waarop de subsidie betrekking heeft.

Afdeling IV. — Definitieve vaststelling van de subsidies en verrekening van de voorschotten

Art. 11. Uiterlijk op 31 maart van het daaropvolgende jaar gaat het Fonds over tot de uitbetaling van het saldo of tot de terugvordering van de te veel uitbetaalde voorschotten, zowel wat de subsidies voor tenlastenemingen betreft, als wat de subsidies voor werkingskosten betreft. Het Fonds bezorgt aan elke zorgkas een gedetailleerd overzicht van de vaststelling van de subsidies en het saldo dat het Fonds zal uitbetalen aan of terugvorderen van de zorgkas.

De zorgkassen zijn verplicht om het saldo dat het Fonds terugvordert binnen vijftien dagen na het ontvangen van het overzicht, vermeld in het eerste lid, aan het Fonds terug te storten.

Als basis voor de subsidies voor tenlastenemingen wordt het overzicht, vermeld in artikel 6, eerste lid, gebruikt.

Als basis voor de subsidie voor werkingskosten worden de databankgegevens van de zorgkassen van 31 december van de jaren in kwestie gebruikt.

HOOFDSTUK III. — Vergoeding voor indicatiestellingen

Art. 12. § 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 gemachtigde indicatiesteller en op voorwaarde dat de zorgkas de gemachtigde indicatiesteller voor de indicatiestelling vergoedt.

Elke maand dient de zorgkas daartoe een aanvraag in bij het Fonds volgens de voorwaarden die het Fonds zelf vastlegt. Het Fonds betaalt de vergoeding, vermeld in het eerste lid, 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 volgende uit te betalen vergoedingen.

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

HOOFDSTUK IV. — Koppeling aan de index

Art. 13. De bedragen, vermeld in artikel 8, eerste lid, en in artikel 9, eerste lid, worden, met ingang van het kalenderjaar 2008, ieder jaar op 1 januari aangepast aan de ontwikkeling van het gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april van het voorgaande jaar ten opzichte van het gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april in 2006.

HOOFDSTUK V. — Toezicht op de subsidiëring

Art. 14. § 1. Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 57 en 58 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991, kan de leidend ambtenaar van het Fonds, als een zorgkas niet langer voldoet aan één of meer voorwaarden zoals bepaald in hoofdstuk II van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op zorgkassen, als bij een zorgkas subsidiefraude wordt vastgesteld of als ze niet meewerkt aan de uitoefening van het toezicht, de subsidies verlagen, de subsidiëring geheel of gedeeltelijk stopzetten voor een door hem te bepalen termijn, of de reeds vereffende subsidies geheel of gedeeltelijk terugvorderen voor een door hem te bepalen termijn. De minister kan nadere regels bepalen betreffende de verlaging van de subsidies, de stopzetting van de subsidiëring of de terugvordering van reeds vereffende subsidies.

Het voornemen van de leidend ambtenaar van het Fonds wordt door het Fonds aan de zorgkas verzonden met een aangetekende brief, waarin de mogelijkheid en de voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen worden vermeld.

Dit voornemen kan gepaard gaan met de verzending van een voornemen tot intrekking van de erkenning.

§ 2. Op straffe van niet-ontvankelijkheid kan de zorgkas tot uiterlijk vijfenveertig dagen na ontvangst van het voornemen tot verlaging van de subsidies, tot stopzetting van de subsidiëring of tot terugvordering van de subsidies, hiertegen met een aangetekende brief een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij de minister.

De met redenen omklede beslissing van de minister wordt binnen zestig dagen na ontvangst van het bezwaar aan de zorgkas toegezonden met een aangetekende brief. De minister kan slechts een beslissing nemen nadat de zorgkas en het Fonds werden gehoord, tenzij ze aan een behoorlijk verstuurd uitnodiging geen gevolg hebben gegeven.

Als de zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaar heeft ingediend of als de minister binnen de gestelde termijn het bezwaar ongegrond heeft verklaard, wordt de subsidiëring verlaagd, geheel of gedeeltelijk stopgezet of worden de subsidies geheel of gedeeltelijk teruggevorderd.

Als de minister binnen de gestelde termijn het bezwaar gegrond heeft verklaard of geen beslissing neemt inzake het bezwaar, wordt de subsidiëring voortgezet of blijven de subsidies behouden.

HOOFDSTUK VI. — *Slotbepalingen*

Art. 15. Het Hoofdstuk *Vbis*, bestaande uit artikel 44*sexies*, 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, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 13 december 2002, wordt opgeheven.

Art. 16. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2007.

Art. 17. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 1 september 2006.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
Y. LETERME
De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
I. VERVOTTE

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

F. 2006 — 3896

[C - 2006/36522]

1^{er} SEPTEMBRE 2006. — 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

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, notamment l'article 9, modifié par les décrets des 18 mai 2001 et 20 décembre 2002, l'article 10, § 2, remplacé par le décret du 20 décembre 2002 et l'article 17, modifié par les décrets des 18 mai 2001 et 24 juin 2005;

Vu 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, tel que modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002, 9 mai 2003, 14 novembre 2003, 2 avril 2004, 22 octobre 2004, 11 mars 2005, 15 avril 2005, 2 décembre 2005 et 19 mai 2006;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du budget, donné le 14 juillet 2006;

Vu l'avis 40.944/1/V du Conseil d'Etat, donné le 8 août 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre flamande du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille;

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE I^{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, visés à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret;

4^o cotisations des membres : les cotisations, visées à l'article 13, alinéa 1^{er}, 3^o, du décret, qui sont recouvrées, de la part du Fonds, par les caisses d'assurance soins;

5^o indication : la détermination de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite, visée à l'article 2, 2^o, du décret;

6^o Ministre : le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions;

7^o Fonds : le « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand des Soins), cité à l'article 3 du décret du 7 mai 2004 portant transformation du « Vlaams Zorgfonds » en une agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique et modifiant le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

8^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 transmission de pièces justificatives les dossiers considérés comme dossiers en cours.

CHAPITRE II. — *Description des subventions*Section I^{re}. — Dispositions générales

Art. 2. Les caisses d'assurance soins perçoivent une subvention qui est fixée annuellement par le Fonds sur la base de l'article 17, alinéa 1^{er}, 1^o, du décret, et suivant les modalités prévues par le présent arrêté. Cette subvention est dénommée la subvention pour prises en charge.

Les caisses d'assurance soins, agréées en vertu de l'article 15, alinéa 1^{er}, du décret, perçoivent une subvention qui est fixée annuellement par le Fonds sur la base de l'article 17, alinéa 1^{er}, 3^o, du décret, et suivant les modalités prévues par le présent arrêté. Cette subvention est dénommée la subvention pour frais de fonctionnement.

Art. 3. Une caisse d'assurance soins a droit aux subventions visées à l'article 2, si elle remplit les critères suivants :

1^o la caisse d'assurance soins remplit toutes les conditions d'agrément;

2^o la caisse d'assurance soins transmet au Fonds les pièces justificatives nécessaires pour le calcul des subventions définitives et des avances sur les subventions. Le Fonds détermine les modalités auxquelles les pièces justificatives doivent répondre et le délai dans lequel ces dernières doivent être présentées.

*Section II. — Subvention pour prises en charge**Sous-section Ire. Fixation de la subvention pour prises en charge*

Art. 4. § 1^{er}. La subvention pour prises en charge pour une année est égale aux dépenses pour les prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées au cours de la période du 1^{er} janvier de ladite année au 31 janvier inclus de l'année suivante, pour l'année ou pour des années précédentes, diminuée de l'ensemble des cotisations des membres perçues par la caisse d'assurance soins au cours de l'année en question et diminuée de tous les recouvrements des prises en charge indûment payées qui ont été constatées entre le 16 janvier de cette année et le 15 janvier de l'année suivante. Les dépenses pour prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées pour les années précédentes et qui ont déjà été subventionnées par le Fonds, n'entrent plus en considération pour le calcul de la subvention pour prises en charge pour l'année en question.

Si le montant des dépenses pour prises en charge d'une caisse d'assurance soins, mentionné à l'alinéa 1^{er}, est inférieur au montant des cotisations des membres et des recouvrements de la caisse d'assurance soins, mentionné à l'alinéa 1^{er}, la caisse d'assurance soins doit verser la différence entre les deux montants au Fonds.

§ 2. Les prises en charge indûment payées sont réglées au moment que la caisse d'assurance soins ou le Fonds constate le caractère injuste du paiement. La caisse d'assurance soins doit immédiatement recouvrer les prises en charge indûment payées.

§ 3. Les recouvrements qui ne sont pas récupérés dans un délai de 24 mois de la fixation du recouvrement, sont à charge des frais de fonctionnement de la caisse d'assurance soins, sauf dans les cas où une dispense de recouvrement peut être accordée en application de l'article 5.

§ 4. Les caisses d'assurance soins n'effectuent plus les prises en charge dûment payées mais non délivrées à l'usager, après 24 mois. Aucune subvention n'est octroyée aux caisses d'assurance soins pour ces prises en charge.

Art. 5. Dans des cas exceptionnels, à déterminer par le Ministre, le Fonds peut accorder une dispense de recouvrement pour les prises en charge indûment payées, aux conditions suivantes :

1° la caisse d'assurance soins démontre que tous les fonds mis à sa disposition ont été engagés aux fins de recouvrement;

2° la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile a été effectuée après le 20^{me} jour du mois et la prise en charge pour les soins résidentiels après le dernier jour du mois auquel elle se rapporte.

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

Art. 6. Chaque caisse d'assurance soins transmet au Fonds, avant le 15 février de l'année suivante, l'aperçu annuel des prises en charge, des cotisations des membres et des recouvrements fixés, visés à l'article 4, § 1^{er}.

L'aperçu annuel, visé à l'alinéa 1^{er}, est repris dans le rapport comptable qui, conformément à l'article 14, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, à la gestion, au fonctionnement et à l'agrément de caisses d'assurance soins, et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 2001, est transmis le 30 avril. La caisse d'assurance soins explique les différences entre l'aperçu annuel et le rapport comptable.

Sous-section II. — Régime des avances sur les subventions pour prises en charge

Art. 7. Avant le dixième jour de chaque mois, le Fonds octroie une avance sur la subvention pour prises en charge. Cette avance est déterminée par la différence positive entre d'une part la somme du montant des prises en charge payées par la caisse d'assurance soins jusqu'à ce mois inclus et l'estimation des prises en charge que la caisse d'assurance soins payera jusqu'à ce mois inclus, et d'autre part la somme de la subvention payée par le Fonds pour prises en charge, des cotisations des membres effectivement perçues par la caisse d'assurance soins jusqu'à ce mois inclus et de l'estimation des cotisations des membres que la caisse d'assurance soins percevra jusqu'à ce mois inclus.

Il s'agit dans ce cas de toutes les cotisations des membres et prises en charge de l'année actuelle et d'années précédentes non encore réglées par le Fonds.

*Section III. — Subvention pour frais de fonctionnement**Sous-section Ire. — Fixation de la subvention pour frais de fonctionnement*

Art. 8. La subvention annuelle pour frais de fonctionnement pour toutes les caisses d'assurance soins agréées s'élève à 7.677.691 euros. Ce montant est réparti parmi les caisses d'assurance soins suivant les dispositions de l'article 9.

Si une caisse d'assurance soins est agréée au cours d'une année déterminée, ou si une caisse d'assurance soins agréée cesse délibérément ses activités ou perd son agrément, la subvention est calculée au prorata.

Art. 9. Le Fonds paie annuellement une indemnité forfaitaire de 62.252 euros à chaque caisse d'assurance soins agréée qui a plus de 20 000 membres et 400 dossiers en cours le 31 décembre de l'année précédente.

Le Fonds paie à toute caisse d'assurance soins agréée une indemnité forfaitaire de 3 euros par dossier pour une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile qui court jusqu'au 31 décembre de l'année précédente, et pour laquelle la caisse d'assurance soins a enregistré les données du (des) intervenant(s) de proximité de l'usager. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 200.000 euros. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins agréée est réduite proportionnellement. Le Ministre peut arrêter les modalités auxquelles l'enregistrement des soins de proximité doit répondre, et arrête les modalités de rapportage par les caisses d'assurance soins sur l'enregistrement des soins de proximité.

Le reliquat du montant visé à l'article 8, alinéa 1^{er}, est réparti, après prélèvement de la partie visée à l'article 9, alinéas 1^{er} et deux, parmi les caisses d'assurance soins à l'aide de la formule suivante :

$$S = (0,5 * (R * a/A)) + (0,25 * (R * b/B)) + (0,25 * (R * c/C))$$

Dans la formule, mentionnée à l'alinéa trois, on entend par :

1° S = subvention restante par caisse d'assurance soins agréée;

2° R = montant restant après déduction du prélèvement qui est réparti parmi les caisses d'assurance soins agréées;

3° a = la moyenne des trois années précédentes des dossiers en cours de la caisse d'assurance soins agréée au 31 décembre;

4° A = la moyenne des trois années précédentes de la somme des dossiers en cours des caisses d'assurance soins agréées au 31 décembre;

5° b = la moyenne des trois années précédentes du nombre de membres de la caisse d'assurance soins agréée au 31 décembre;

6° B = la moyenne des trois années précédentes de la somme du nombre de membres des caisses d'assurance soins agréées au 31 décembre;

7° c = la moyenne des trois années précédentes du nombre de membres de la caisse d'assurance soins agréée qui ont payé leur cotisation annuelle au plus tard le 31 décembre;

8° C = la moyenne des trois années précédentes de la somme du nombre de membres des caisses d'assurance soins agréées qui ont payé leur cotisation annuelle au plus tard le 31 décembre;

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

Art. 10. Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, le Fonds paie une avance de 25 pour cent de l'indemnité forfaitaire, mentionnée à l'article 9, alinéa 1^{er}, à chaque caisse d'assurance soins agréée qui a plus de 20.000 membres et 400 dossiers en cours le 31 décembre de la deuxième année qui précède celle à laquelle l'avance se rapporte.

Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, le Fonds répartit proportionnellement parmi les caisses d'assurance soins agréées une avance de 20 % du montant mentionné à l'article 8, alinéa 1^{er}, diminué de l'indemnité forfaitaire, mentionnée à l'alinéa 1^{er}. L'avance est répartie, suivant la formule visée à l'article 9, alinéa trois, sur la base de la moyenne des deuxième, troisième et quatrième années, précédant l'année à laquelle la subvention se rapporte.

Section IV. — Fixation définitive des subventions et régularisation des avances

Art. 11. Au plus tard le 31 mars de l'année suivante, le Fonds procède au paiement du solde ou au recouvrement des avances payées en trop, tant en ce qui concerne les subventions pour prises en charge que les subventions pour frais de fonctionnement. Le Fonds fait parvenir à chaque caisse d'assurance soins un aperçu détaillé de la fixation des subventions et du solde que le Fonds paiera à ou recouvrera à charge de la caisse d'assurance soins.

Les caisses d'assurance soins sont tenues de rembourser au Fonds, dans les quinze jours de la réception de l'aperçu mentionné à l'alinéa 1^{er}, le solde recouvré par le Fonds.

L'aperçu mentionné à l'article 6, alinéa 1^{er}, est utilisé comme base pour les subventions pour prises en charge.

La subvention pour frais de fonctionnement est octroyée sur la base des données de la banque de données des caisses d'assurance soins au 31 décembre de l'année en question.

CHAPITRE III. — *Indemnité pour indications*

Art. 12. § 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 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 1^{er}.

§ 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 suivantes à payer.

§ 3. Les indicateurs mandatés doivent transmettre, 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 IV. — *Rattachement à l'indice*

Art. 13. Les montants, visés à l'article 8, alinéa 1^{er}, et l'article 9, alinéa 1^{er}, sont rattachés à partir de l'année calendaire 2008, chaque année le 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice de santé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice de santé des prix à la consommation du mois d'avril en 2006.

CHAPITRE V. — *Contrôle du subventionnement*

Art. 14. § 1^{er}. Sous réserve de l'application des articles 57 et 58 des lois sur la comptabilité de l'Etat, coordonnées le 17 juillet 1991, le fonctionnaire dirigeant du Fonds peut réduire les subventions, arrêter l'octroi des subventions en tout ou en partie pour un délai qu'il fixe ou recouvrer en tout ou en partie pour un délai qu'il fixe les subventions déjà réglées, si une caisse d'assurance soins ne remplit plus une ou plusieurs conditions stipulées au chapitre II de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, la gestion, le fonctionnement et l'agrément des caisses d'assurance soins et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins, si des pratiques frauduleuses sont constatées auprès d'une caisse d'assurance soins ou si elle ne concourt pas à l'exercice du contrôle. Le Ministre peut arrêter les modalités relatives à la réduction des subventions, la cessation du subventionnement ou le recouvrement des subventions déjà réglées.

L'intention du fonctionnaire dirigeant du Fonds est notifiée par le Fonds à la caisse d'assurances soins, par lettre recommandée, mentionnant la faculté et les conditions d'une réclamation.

Cette intention peut s'accompagner de l'envoi d'une intention de retrait de l'agrément.

§ 2. Sous peine d'irrecevabilité, la caisse d'assurance soins peut présenter au Ministre, par lettre recommandée, une réclamation motivée, au plus tard 45 jours après la réception de l'intention de réduire les subventions, de cesser le subventionnement ou de recouvrer les subventions.

La décision motivée du Ministre est transmise par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins dans les soixante jours après la réception de la réclamation. Le Ministre ne peut prendre une décision qu'après avoir entendu la caisse d'assurance soins et le Fonds, à moins que ces derniers n'aient pas donné suite à une invitation régulièrement envoyée.

Si la caisse d'assurance soins n'a pas présenté une réclamation recevable contre l'intention ou le Ministre n'a pas déclaré irrecevable la réclamation dans le délai imparti, les subventions sont réduites, arrêtées en tout ou en partie ou recouvrées en tout ou en partie.

Si le Ministre n'a pas déclaré fondée la réclamation dans le délai imparti ou n'a pas pris une décision sur la réclamation, le subventionnement est poursuivi ou les subventions sont maintenues.

CHAPITRE VI. — *Dispositions finales*

Art. 15. Le Chapitre *Vbis*, comprenant l'article 44^{sexies} 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, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 décembre 2002, est abrogé;

Art. 16. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Art. 17. Le Ministre flamand qui a l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 1^{er} septembre 2006.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
Y. LETERME

La Ministre flamande du Bien-Etre, de la Santé publique et de La Famille,
I. VERVOTTE

REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

MINISTERE WALLON DE L'EQUIPEMENT ET DES TRANSPORTS

F. 2006 — 3897 (2006 — 2691)

[2006/203145]

**22 JUIN 2006. — Décret modifiant le décret du 27 janvier 1998
instituant une police de la conservation du domaine public régional des voies hydrauliques
et en réglementant les conditions d'exercice. — Erratum**

La version française du décret susmentionné, publié dans le *Moniteur belge* du 12 juillet 2006, à la page 35030, doit se lire comme suit :

« Le Parlement wallon a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}. A l'article 6 du décret du 27 janvier 1998 instituant une police de la conservation du domaine public régional des voies hydrauliques et en réglementant les conditions d'exercice, le liminaire de l'alinéa 1^{er} est modifié comme suit :

"Sont punis d'une amende d'un euro au moins et de vingt-cinq euros au plus :".

Art. 2. A l'article 6 du même décret, insérer un 12^o rédigé comme suit :

"12^o ceux qui ne s'acquittent pas du montant de la redevance prévue aux articles 6bis et 6ter."

Art. 3. Insérer, dans le même décret, un article 6bis rédigé comme suit :

"Art. 6bis. Toute autorisation délivrée sur le domaine public des voies hydrauliques peut être soumise à redevance. Le Gouvernement wallon fixe le barème des redevances ainsi que les conditions d'occupation par un tiers du domaine régional des voies hydrauliques.

Art. 4. Insérer, dans le même décret, un article 6ter rédigé comme suit :

"Art. 6ter. Dans le cadre de la transposition de directives européennes touchant à la protection du domaine public des voies hydrauliques, le Gouvernement wallon est habilité à prendre les mesures réglementaires et notamment à édicter tout barème des redevances qui seraient imposées par ces directives."

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au *Moniteur belge*.

Namur, le 22 juin 2006.

Le Ministre-Président,
E. DI RUPO

Le Ministre du Logement, des Transports et du Développement territorial,
A. ANTOINE

Le Ministre du Budget, des Finances, de l'Equipelement et du Patrimoine,
M. DAERDEN

La Ministre de la Formation,
Mme M. ARENA

Le Ministre des Affaires intérieures et de la Fonction publique,
Ph. COURARD

La Ministre de la Recherche, des Technologies nouvelles et des Relations extérieures,
Mme M.-D. SIMONET

Le Ministre de l'Economie, de l'Emploi et du Commerce extérieur,
J.-C. MARCOURT

La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances,
Mme Ch. VIENNE

Le Ministre de l'Agriculture, de la Ruralité, de l'Environnement et du Tourisme,
B. LUTGEN »