

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2016/36550]

14 OKTOBER 2016. — 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 Vlaamse sociale bescherming

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 22;
 Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering;
 Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 11 juli 2016;
 Gelet op de adviesvraag binnen dertig dagen, die op 18 juli 2016 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;
 Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;
 Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;
 Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
 Na beraadslaging,
 Besluit :

HOOFDSTUK 1. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

- 1° agentschap: het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, opgericht bij decreet van 24 juni 2016;
- 2° decreet van 24 juni 2016: het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;
- 3° ledenbijdragen: de bijdragen, vermeld in artikel 30 van het decreet van 24 juni 2016;
- 4° minister: de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;
- 5° tegemoetkoming: een financiële tegemoetkoming ter uitvoering van titel 2, 3 of 4 van het decreet van 24 juni 2016;
- 6° zorgkas: een erkende zorgkas, of de vzw Vlaamse Zorgkas, vermeld in artikel 15 en in artikel 18 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

HOOFDSTUK 2. — *Beschrijving van de subsidies*

Afdeling 1. — Algemene bepalingen

Art. 2. De zorgkassen ontvangen een subsidie die jaarlijks door het agentschap wordt vastgesteld conform artikel 22, eerste lid, 1°, van het decreet van 24 juni 2016, en conform dit besluit. Die subsidie wordt de subsidie voor tegemoetkomingen genoemd.

De zorgkassen, vermeld in artikel 15, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016, ontvangen een subsidie die jaarlijks door het agentschap wordt vastgesteld conform artikel 22, eerste lid, 2°, van het decreet van 24 juni 2016, en conform 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° de zorgkas voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 16 van het decreet van 24 juni 2016;
- 2° de zorgkas bezorgt aan het agentschap de vereiste bewijsstukken om de definitieve subsidies en de voorschotten op de subsidies te berekenen. Het agentschap bepaalt de nadere regels waaraan de bewijsstukken moeten voldoen en de termijn waarin de bewijsstukken ingediend moeten worden.

Afdeling 2. — Subsidie voor tegemoetkomingen

Onderafdeling 1. — Bepaling van de subsidie voor tegemoetkomingen

Art. 4. § 1. De subsidie voor tegemoetkomingen voor een jaar is gelijk aan de uitgaven voor tegemoetkomingen 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 betreffende 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 de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen die het gevolg zijn van een fout van de zorgkas waarvan de gebruiker zich geen rekenschap kon geven.

§ 2. De verrekening in de subsidie voor tegemoetkomingen van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen die het gevolg zijn van een fout van de zorgkas waarvan de gebruiker zich geen rekenschap kon geven, vermeld in paragraaf 1, gebeurt op het ogenblik dat de zorgkas of het agentschap het onrechtmatig karakter van de betaling vaststelt.

De onrechtmatig betaalde tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de subsidie voor tegemoetkomingen als de verrekening ervan gebeurt in het jaar in kwestie. .

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

Art. 5. Elke zorgkas bezorgt vóór 15 februari van het daaropvolgende jaar aan het agentschap een jaaroverzicht van de tegemoetkomingen, de ledenbijdragen en de vastgestelde terugvorderingen die het gevolg zijn van een fout van de zorgkas waarvan de gebruiker zich geen rekenschap kon geven, vermeld in artikel 4, § 1.

Het jaaroverzicht, vermeld in het eerste lid, wordt opgenomen in het boekhoudkundige verslag, vermeld in artikel 25 van het decreet van 24 juni 2016, dat uiterlijk op 30 april wordt ingediend. De zorgkas verklaart de verschillen tussen het jaaroverzicht en het boekhoudkundige verslag.

Onderafdeling 2. — Regeling van de voorschotten op de subsidie voor tegemoetkomingen

Art. 6. Het agentschap betaalt vóór de tiende dag van elke maand een voorschot op de subsidie voor tegemoetkomingen. Dat voorschot wordt bepaald door het verschil tussen de som van het betaalde bedrag aan tegemoetkomingen tot en met die maand en van de raming van de tegemoetkomingen die de zorgkas tot en met die maand zal uitbetalen, en daarnaast de som van de door het agentschap al uitbetaalde subsidie voor tegemoetkomingen, 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 gaat hier om alle ledenbijdragen en tegemoetkomingen van het huidige jaar en van de voorgaande jaren die nog niet door het agentschap verrekend zijn.

Afdeling 3. — Subsidie voor werkingskosten

Onderafdeling 1. — Samenstelling van de subsidie voor werkingskosten

Art. 7. Het totaalbedrag van de subsidie voor werkingskosten bedraagt de som van de volgende subsidies:

1° de subsidie voor werkingskosten voor de aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming en de zorgverzekeringstegemoetkoming;

2° de subsidie voor het basisondersteuningsbudget;

3° de subsidie voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Onderafdeling 2. — Bepaling van de subsidie voor werkingskosten voor de aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming en de zorgverzekeringstegemoetkoming

Art. 8. De jaarlijkse subsidie voor werkingskosten is gelijk aan 8.812.536 euro voor alle erkende zorgkassen. Dat bedrag wordt verdeeld onder de zorgkassen conform 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. In dit artikel wordt verstaan onder lopend dossier: een dossier van een zorgbehoevende dat is goedgekeurd en waarvan de termijn voor tegemoetkomingen nog niet verstreken is. Het agentschap kan bij het opvragen van de bewijsstukken nader bepalen welke dossiers beschouwd worden als lopende dossiers.

Het agentschap betaalt jaarlijks een forfaitaire vergoeding van 71.453 euro aan elke erkende zorgkas die meer dan 20.000 leden en 400 lopende dossiers heeft op 31 december van het voorgaande jaar.

Het agentschap betaalt aan elke erkende zorgkas een forfaitaire vergoeding van 3 euro per dossier voor een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg die nog loopt op 31 december van het voorgaande jaar en waarvoor de zorgkas de gegevens van de mantelzorger of mantelzorgers van de gebruiker geregistreerd heeft. Het agentschap 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 het tweede en derde lid, het resterende bedrag onder de erkende zorgkassen verdeeld aan de hand van de volgende formule, waarbij:

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

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 zorgverzekering van de erkende zorgkas op 31 december;

4° A = het gemiddelde van de drie voorgaande jaren van de som van de lopende dossiers zorgverzekering 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 3. — Bepaling van de subsidie voor werkingskosten voor het basisondersteuningsbudget

Art. 10. Het agentschap kent aan de erkende zorgkassen een subsidie voor werkingskosten voor het basisondersteuningsbudget toe. De subsidie bedraagt 389.500 euro.

Dat bedrag wordt verdeeld onder de erkende zorgkassen op basis van het percentage personen met een basisondersteuningsbudget per zorgkas ten opzichte van alle personen met een basisondersteuningsbudget bij de erkende zorgkassen. Het gaat om het percentage personen met een basisondersteuningsbudget op 31 december van het voorgaande jaar, behalve voor het jaar 2017 waar het om het percentage personen op 31 december van het jaar in kwestie gaat.

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.

Onderafdeling 4. — Bepaling van de subsidie voor werkingskosten voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

Art. 11. Het agentschap kent aan de erkende zorgkassen een jaarlijkse subsidie voor werkingskosten voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden toe. De subsidie bedraagt 3.359.362 euro.

Dat bedrag wordt verdeeld onder de erkende zorgkassen op basis van het percentage personen met een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden per zorgkas ten opzichte van alle personen met een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden bij de erkende zorgkassen.

Het gaat om het percentage personen met een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden op 31 december van het voorgaande jaar, behalve voor het jaar 2017 waar het om het percentage personen op 31 december van het jaar in kwestie gaat.

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.

Als voorafname op het bedrag, vermeld in het eerste lid:

1° betaalt het agentschap de loonkosten aan de statutaire personeelsleden die op 1 januari 2017 van het agentschap naar een erkende zorgkas gaan. Het agentschap betaalt het loon uit zolang de statutaire personeelsleden ter beschikking worden gesteld aan een erkende zorgkas. Als een persoon niet langer bij de erkende zorgkas werkt, wordt het bedrag van de loonkosten het jaar erna opnieuw toegevoegd aan het bedrag, vermeld in het eerste lid. Het wordt verdeeld conform het tweede lid;

2° vergoedt het agentschap de erkende zorgkas voor de loonkosten van de contractuele personeelsleden die op 1 januari 2017 van het agentschap naar een erkende zorgkas gaan. De loonkosten worden eenmalig berekend op 31 december 2016. Het agentschap vergoedt de loonkosten zolang de contractuele personeelsleden bij de erkende zorgkas werken. Als een persoon niet langer bij de erkende zorgkas werkt, wordt het bedrag van de loonkosten het jaar erna opnieuw toegevoegd aan het bedrag vermeld in het eerste lid. Het bedrag wordt verdeeld conform het tweede lid.

Als een contractueel personeelslid dat op 1 januari 2017 naar een erkende zorgkas gaat, uit dienst treedt bij de erkende zorgkas tussen 1 januari 2017 en 31 december 2017, zal het agentschap volgens dezelfde principes de loonkosten van de vervanger blijven vergoeden zolang die bij de erkende zorgkas werkt. Als de vervanger uit dienst treedt na 31 december 2017, wordt het bedrag van de loonkosten het jaar erna opnieuw toegevoegd aan het bedrag, vermeld in het eerste lid. Het bedrag wordt dan verdeeld conform het tweede lid.

Als voor een erkende zorgkas het bedrag van de voorafname groter is dan het bedrag op basis van de verdeling, krijgt de erkende zorgkas het bedrag van de voorafname. Het bedrag, vermeld in het eerste lid, wordt verminderd met het bedrag van de voorafname van de erkende zorgkas dat groter is dan het bedrag van de verdeling. Het verschil wordt verdeeld over de andere erkende zorgkassen, conform de formule vermeld in het tweede lid.

Onderafdeling 5. — Bepaling van een aanvullende subsidie voor uitzonderlijke werkingskosten voor de invoering van het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden

Art. 12. § 1. Het agentschap kent voor het jaar 2016 aan de erkende zorgkassen een aanvullende subsidie toe voor uitzonderlijke werkingskosten voor de ontwikkeling en invoering van de ICT-toepassing eBOB en voor de verdere ontwikkeling en invoering van de ICT-toepassing eTHAB. De aanvullende subsidie bedraagt 1.750.000 euro.

Een bedrag van 80 % van de aanvullende subsidie voor uitzonderlijke werkingskosten wordt toegekend nadat de erkende zorgkassen de correcte werking van eBOB uiterlijk op 30 september 2016 hebben aangetoond. Het agentschap bepaalt de minimumvoorwaarden waaraan eBOB moet voldoen. Het bedrag wordt als volgt verdeeld:

- 1° Christelijke Mutualiteiten-Zorgkas Vlaanderen: 546.998 euro;
- 2° Neutrale Zorgkas Vlaanderen: 82.131 euro;
- 3° Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten: 354.977 euro;
- 4° Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen: 108.665 euro;
- 5° Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: 307.230 euro.

§ 2. Het agentschap betaalt het saldo uit in januari 2017 nadat de zorgkassen de correcte werking van eTHAB uiterlijk op 31 december 2016 hebben aangetoond. Het agentschap bepaalt de minimumvoorwaarden waaraan eTHAB moet voldoen. Het saldo wordt als volgt verdeeld:

- 1° Christelijke Mutualiteiten-Zorgkas Vlaanderen: 136.750 euro;
- 2° Neutrale Zorgkas Vlaanderen: 20.533 euro;
- 3° Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten: 88.744 euro;
- 4° Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen: 27.165 euro;
- 5° Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: 76.808 euro.

In afwijking van het eerste lid, en paragraaf 1, tweede lid, kan het agentschap de subsidie ook uitbetalen, als de zorgkassen de correcte werking van eBOB na 30 september 2016 en van eTHAB na 31 december 2016 aantonen. In dat geval moeten de zorgkassen aantonen dat de opgelopen vertraging te wijten is aan externe factoren.

Onderafdeling 6. — Regeling van de voorschotten op de subsidies voor werkingskosten

Art. 13. Het agentschap betaalt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal een voorschot van 25 % van de forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 9, tweede lid, aan elke erkende zorgkas.

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

Het agentschap verdeelt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal verhoudingsgewijs over de erkende zorgkassen een voorschot van 20 % van het bedrag, vermeld in artikel 10, eerste lid. Het voorschot wordt verdeeld onder de erkende zorgkassen op basis van het percentage personen met een basisondersteuningsbudget per zorgkas ten opzichte van alle personen met een basisondersteuningsbudget bij de erkende zorgkassen. Het gaat om het percentage personen met een basisondersteuningsbudget op 31 december van het voorgaande jaar.

Het agentschap verdeelt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal verhoudingsgewijs over de erkende zorgkassen een voorschot van 20 % van het bedrag, vermeld in artikel 11, eerste lid. Het voorschot wordt verdeeld onder de erkende zorgkassen op basis van het percentage personen met een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden ten opzichte van alle personen met een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden bij de erkende zorgkassen. Het gaat om het percentage personen met een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden op 31 december van het voorgaande jaar.

In afwijking van het derde en het vierde lid gaat het voor het jaar 2017 om het percentage personen met een basisondersteuningsbudget of een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden op 1 januari 2017.

Afdeling 4. — Definitieve vaststelling van de subsidies en verrekening van de voorschotten

Art. 14. Uiterlijk op 15 juni van het daaropvolgende jaar gaat het agentschap over tot de uitbetaling van het saldo of tot de terugvordering van de te veel uitbetaalde voorschotten, zowel wat de subsidies voor tegemoetkomingen betreft, als wat de subsidies voor werkingskosten betreft. Het agentschap bezorgt aan elke zorgkas een gedetailleerd overzicht van de vaststelling van de subsidies en het saldo dat het agentschap zal uitbetalen aan of terugvorderen van de zorgkas.

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

Als basis voor de subsidies voor tegemoetkomingen wordt het overzicht, vermeld in artikel 5, eerste lid, gebruikt.

Als basis voor de subsidie voor werkingskosten voor de aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming en de tegemoetkomingen van de zorgverzekering worden de databankgegevens van het agentschap, wat betreft de aansluiting, en de databankgegevens van de zorgkassen, wat betreft de tegemoetkomingen, van 31 december van de jaren in kwestie gebruikt.

Als basis voor de subsidie voor werkingskosten voor het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden worden de databankgegevens van het agentschap gebruikt.

HOOFDSTUK 3. — Vergoeding van de indicatiestellingen voor de zorgverzekering

Art. 15. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder indicatiestelling; het vaststellen van de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid, vermeld in artikel 8 en 46 van het decreet van 24 juni 2016.

§ 2. Een zorgkas ontvangt een vergoeding van 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling voor de zorgverzekeringstegemoetkoming op voorwaarde dat die indicatiestelling uitgevoerd is 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 daarvoor een aanvraag in bij het agentschap volgens de voorwaarden die het agentschap zelf vastlegt. Het agentschap betaalt de vergoeding, vermeld in het eerste lid, per maand.

§ 3. Het recht op de vergoeding voor de uitgevoerde indicatiestelling vervalt als de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn als gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling heeft uitgevoerd en als die dienst of dat centrum binnen zes maanden na die indicatiestelling persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 verstrekt aan de gebruiker.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, wordt de daarvoor uitbetaalde vergoeding in mindering gebracht op de volgende uit te betalen vergoedingen.

§ 4. 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 agentschap kan nadere voorwaarden bepalen waaraan de facturatie moet voldoen.

Het agentschap vergoedt de indicatiestelling niet als de factuur van de gemachtigde indicatiesteller niet voldoet aan de voorwaarden, opgelegd door het agentschap.

§ 5. De gemachtigde indicatiesteller factureert de indicatiestellingen binnen vier maanden na de uitvoering aan de zorgkas waarvan de gebruiker lid is. De zorgkassen factureren de indicatiestellingen aan het agentschap uiterlijk twaalf maanden na de uitvoeringsdatum van de indicatiestellingen. Indicatiestellingen die ouder zijn dan een jaar, worden niet meer aanvaard voor een vergoeding door het agentschap.

HOOFDSTUK 4. — Koppeling aan de index

Art. 16. De bedragen, vermeld in artikel 8, eerste lid, artikel 9, tweede lid, artikel 10, eerste lid en artikel 11, eerste, vijfde en zesde lid, worden, met ingang van het kalenderjaar 2018, ieder jaar op 1 januari aangepast aan de ontwikkeling van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april van het voorgaande jaar ten opzichte van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april in 2016.

HOOFDSTUK 5. — Toezicht op de subsidiëring

Art. 17. § 1. Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 13 en 14 van de wet van 16 mei 2003 tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof, kan de leidend ambtenaar van het agentschap, als een zorgkas niet langer voldoet aan een of meer voorwaarden, vermeld in titel 1, hoofdstuk 5 van het decreet van 24 juni 2016, 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 in het kader daarvan nadere regels bepalen voor 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 agentschap wordt door het agentschap aan de zorgkas verzonden met een aangetekende brief, waarin de mogelijkheid en de voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen, worden vermeld.

Het voornemen van de leidend ambtenaar van het agentschap 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 de ontvangst van het voornemen tot verlaging van de subsidies, tot stopzetting van de subsidiëring of tot terugvordering van de subsidies, daartegen met een aangetekende brief een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij de minister.

De met redenen omklede beslissing van de minister wordt binnen zestig dagen na de ontvangst van het bezwaar naar de zorgkas gestuurd met een aangetekende brief. De minister kan alleen een beslissing nemen nadat de zorgkas en het agentschap zijn 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 over het bezwaar, wordt de subsidiëring voortgezet of blijven de subsidies behouden.

HOOFDSTUK 6. — *Slotbepalingen*

Art. 18. Het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2016, wordt opgeheven.

Art. 19. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2017, met uitzondering van artikel 12 dat in werking treedt op 15 oktober 2016.

Art. 20. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 14 oktober 2016.

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

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

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2016/36550]

14 OCTOBRE 2016. — 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 la Protection sociale flamande

LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

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

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} septembre 2006 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 ;

Vu l'accord du Ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 11 juillet 2016 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, introduite auprès du Conseil d'État le 18 juillet 2016, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa premier, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant que l'avis n'a pas été communiqué dans le délai imparti ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions*

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

1° agence : l'« Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming » (Agence pour la protection sociale flamande), créée par le décret du 24 juin 2016 ;

2° décret du 24 juin 2016 : le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;

3° cotisations des membres : les cotisations visées à l'article 30 du décret du 24 juin 2016 ;

4° Ministre : le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions ;

5° intervention : une intervention financière en exécution du titre 2, 3 ou 4 du décret du 24 juin 2016 ;

6° caisse de soins : une caisse de soins agréée, ou l'a.s.b.l. Vlaamse Zorgkas, visée à l'article 15 et à l'article 18 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale.

CHAPITRE 2. — *Description des subventions*

Section 1^{re}. — Dispositions générales

Art. 2. Les caisses d'assurance soins perçoivent une subvention qui est fixée annuellement par l'agence conformément à l'article 22, alinéa 1^{er}, 1°, du décret du 24 juin 2016, et conformément au présent arrêté. Cette subvention est dénommée la subvention pour interventions.

Les caisses d'assurance soins visées à l'article 15, alinéa premier, du décret du 24 juin 2016, perçoivent une subvention qui est fixée annuellement par l'agence conformément à l'article 22, alinéa 1^{er}, 2°, du décret du 24 juin 2016, et conformément au 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° la caisse d'assurance soins emplit toutes les conditions d'agrément visées à l'article 16 du décret du 24 juin 2016 ;

2° la caisse d'assurance soins transmet à l'agence les pièces justificatives requises pour le calcul des subventions définitives et des avances sur les subventions. L'agence détermine les modalités auxquelles les pièces justificatives doivent répondre et le délai dans lequel ces dernières doivent être présentées.

Section 2. — Subvention pour interventions

Sous-section 1ère. — Fixation de la subvention pour interventions

Art. 4. § 1^{er}. La subvention pour interventions pour une année est égale aux dépenses pour interventions 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 les 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 toutes les interventions indûment payées suite à une faute de la caisse d'assurance soins dont l'utilisateur n'a pas pu se rendre compte.

§ 2. Le règlement dans la subvention pour interventions des interventions indûment payées suite à une faute de la caisse d'assurance soins dont l'utilisateur n'a pas pu se rendre compte, tel que visé au paragraphe 1^{er}, se fait au moment où la caisse d'assurance soins ou l'agence constate la caractéristique injustifié du paiement.

Les interventions indûment payées sont déduites de la subvention pour interventions lors de sa comptabilisation au cours de l'année en question.

§ 3. Les caisses d'assurance soins n'effectuent plus les interventions dûment payées mais non délivrées à l'utilisateur, après 24 mois. Aucune subvention n'est octroyée à la caisse d'assurance soins pour ces interventions.

Art. 5. Chaque caisse d'assurance soins transmet à l'agence, avant le 15 février de l'année suivante, l'aperçu annuel des interventions, des cotisations des membres et des recouvrements dus à une faute de la caisse d'assurance soins dont l'utilisateur n'a pas pu se rendre compte, tel que visé à l'article 4, § 1^{er}.

L'aperçu annuel visé à l'alinéa 1^{er} est repris dans le rapport comptable visé à l'article 25 du décret du 24 juin 2016, qui est introduit le 30 avril au plus tard. La caisse d'assurance soins explique les différences entre l'aperçu annuel et le rapport comptable.

Sous-section 2. — Régime de répartition des avances sur les subventions pour interventions

Art. 6. Avant le dixième jour de chaque mois, l'agence octroie une avance sur la subvention pour interventions. Cette avance est déterminée par la différence entre d'une part la somme du montant des interventions payées jusqu'à ce mois inclus et l'estimation des estimations que la caisse d'assurance soins payera jusqu'à ce mois inclus, et d'autre part la somme de la subvention payée par l'agence pour interventions, 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 interventions de l'année actuelle et des années précédentes non encore réglées par l'agence.

Section 3. — Subvention pour frais de fonctionnement

Sous-section 1ère. — Fixation de la subvention pour frais de fonctionnement

Art. 7. Le montant total de la subvention pour frais de fonctionnement est la somme des subventions suivantes :

- 1° la subvention pour frais de fonctionnement pour l'affiliation à la Protection sociale flamande et l'intervention de l'assurance soins ;
- 2° la subvention demandée pour le budget d'assistance de base ;
- 3° la subvention pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Sous-section 2. — Détermination de la subvention pour frais de fonctionnement pour l'affiliation à la Protection sociale flamande et l'intervention de l'assurance soins

Art. 8. La subvention annuelle pour frais de fonctionnement s'élève à 8.812.536 euros pour toutes les caisses d'assurance soins agréées. Ce montant est réparti parmi les caisses d'assurance soins conformément à 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. Dans le présent article, il faut entendre par dossier en cours : un dossier d'une personne nécessitant des soins qui a été approuvé et dont le délai d'intervention n'a pas encore expiré. L'agence peut déterminer au moment de la demande de transmission des pièces justificatives les dossiers considérés comme dossiers en cours.

L'agence paie annuellement une indemnité forfaitaire de 71.453 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.

L'agence paie à toute caisse d'assurance soins agréée une indemnité forfaitaire de 3 euros par dossier pour une intervention 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'utilisateur. Pour l'octroi de cette indemnité, l'agence 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 aux alinéas 2 et 3, parmi les caisses d'assurance soins agréées à l'aide de la formule suivante :

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

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 3. — Détermination de la subvention pour frais de fonctionnement pour le budget d'assistance de base

Art. 10. L'agence octroie aux caisses d'assurance soins une subvention pour frais de fonctionnement pour le budget d'assistance de base. La subvention s'élève à 389.500 euros.

Ce montant est réparti parmi les caisses d'assurance soins agréées sur la base du pourcentage de personnes ayant un budget d'assistance de base par caisse d'assurance soins par rapport à toutes les personnes ayant un budget d'assistance de base auprès des caisses d'assurance soins agréées. Il s'agit du pourcentage de personnes ayant un budget d'assistance de base au 31 décembre de l'année précédente, sauf pour l'année 2017 où il s'agit du pourcentage de personnes au 31 décembre de l'année en question.

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.

Sous-section 4. — Détermination de la subvention pour frais de fonctionnement pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées

Art. 11. L'agence octroie aux caisses d'assurance soins une subvention annuelle pour frais de fonctionnement pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. La subvention s'élève à 3.359.362 euros.

Ce montant est réparti parmi les caisses d'assurance soins agréées sur la base du pourcentage de personnes bénéficiant d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées par caisse d'assurance soins par rapport à toutes les personnes bénéficiant d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées auprès des caisses d'assurance soins agréées.

Il s'agit du pourcentage de personnes bénéficiant d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées au 31 décembre de l'année précédente, sauf pour l'année 2017 où il s'agit du pourcentage de personnes au 31 décembre de l'année en question.

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.

En tant que prélèvement sur le montant visé à l'alinéa premier :

1° l'agence paie les charges salariales aux membres du personnel statutaires qui, au 1^{er} janvier 2017, passent de l'agence à une caisse d'assurance soins agréée. L'agence continue à payer le salaire aussi longtemps que les membres du personnel statutaires sont mis à disposition d'une caisse d'assurance soins agréée. Lorsqu'une personne n'est plus occupée auprès de la caisse d'assurance soins agréée, le montant des charges salariales est de nouveau ajouté, l'année suivante, au montant visé à l'alinéa premier. Le montant est réparti conformément à l'alinéa 2 ;

2° l'agence indemnise la caisse d'assurance soins agréée pour les charges salariales des membres du personnel contractuels qui, au 1^{er} janvier 2017, passent de l'agence à une caisse d'assurance soins agréée. Les charges salariales sont calculées une seule fois le 31 décembre 2016. L'agence rembourse les charges salariales aussi longtemps que les membres du personnel contractuels sont occupés auprès de la caisse d'assurance soins agréée. Lorsqu'une personne n'est plus occupée auprès de la caisse d'assurance soins agréée, le montant des charges salariales est de nouveau ajouté, l'année suivante, au montant visé à l'alinéa premier. Le montant est réparti conformément à l'alinéa 2.

Lorsqu'un membre du personnel contractuel passant à une caisse d'assurance soins agréée le 1^{er} janvier 2017, cesse ses fonctions auprès de la caisse d'assurance soins agréée entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017, l'agence continuera à indemniser les charges salariales du remplaçant suivant les mêmes principes aussi longtemps que celui-ci est occupé auprès de la caisse d'assurance soins agréée. Lorsque le remplaçant cesse ses fonctions après le 31 décembre 2017, le montant des charges salariales est de nouveau ajouté, l'année suivante, au montant visé à l'alinéa premier. Le montant est alors réparti conformément à l'alinéa 2.

Si pour une caisse d'assurance soins agréée le montant du prélèvement est supérieur au montant sur la base de la répartition, la caisse d'assurance soins agréée reçoit le montant du prélèvement. Le montant visé à l'alinéa premier est diminué du montant du prélèvement de la caisse d'assurance soins agréée qui dépasse le montant de la répartition. La différence est répartie parmi les autres caisses d'assurance soins agréées, conformément à la formule visée à l'alinéa 2.

Sous-section 5. — Fixation d'une subvention complémentaire pour frais de fonctionnement exceptionnels en vue de l'introduction du budget d'assistance de base et de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées

Art. 12. § 1^{er}. L'agence accorde pour l'année 2016 aux caisses d'assurance soins agréées une subvention complémentaire pour frais de fonctionnement exceptionnels pour le développement et l'introduction de l'application TIC eBOB et pour le développement ultérieur et l'introduction de l'application TIC eTHAB. La subvention complémentaire s'élève à 1.750.000 euros.

Un montant de 80% de la subvention complémentaire pour frais de fonctionnement exceptionnels est accordé après que les caisses d'assurance soins ont démontré au plus tard le 30 septembre 2016 le fonctionnement correct d'eBOB. L'agence fixe les conditions minimales auxquelles l'eBOB doit satisfaire. Ce montant est réparti comme suit :

- 1° Christelijke Mutualiteiten-Zorgkas Vlaanderen : 546.998 euros;
- 2° Neutrale Zorgkas Vlaanderen : 82.131 euros;
- 3° Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten : 354.977 euros;
- 4° Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen : 108.665 euros;
- 5° Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen : 307.230 euros.

§ 2. L'agence paie le solde en janvier 2017, après que les caisses d'assurances soins ont démontré au plus tard le 31 décembre 2016 le fonctionnement correct d'eTHAB. L'agence fixe les conditions minimales auxquelles l'eTHAB doit satisfaire. Le solde est réparti comme suit :

- 1° Christelijke Mutualiteiten-Zorgkas Vlaanderen : 136.750 euros;
- 2° Neutrale Zorgkas Vlaanderen : 20.533 euros;
- 3° Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten : 88.744 euros;
- 4° Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen : 27.165 euros;
- 5° Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen : 76.808 euros.

Par dérogation à l'alinéa premier, et au paragraphe 1^{er}, alinéa 2, l'agence peut également payer la subvention si les caisses d'assurance soins démontrent après le 31 septembre 2016 le fonctionnement correct d'eBOB et après le 31 décembre 2016 le fonctionnement correct de l'eTHAB. Dans ce cas les caisses d'assurances soins doivent démontrer que le retard encouru est dû à des facteurs externes.

Sous-section 6. — Régime de répartition des avances sur les subventions pour frais de fonctionnement

Art. 13. Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, l'agence paie une avance de 25% de l'indemnité forfaitaire visée à l'article 9, alinéa 2, à chaque caisse d'assurance soins agréée.

Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, l'agence répartit proportionnellement parmi les caisses d'assurance soins agréées une avance de 20% du montant mentionné à l'article 8, alinéa premier, diminué de l'indemnité forfaitaire mentionnée à l'alinéa 2. L'avance est répartie suivant la formule visée à l'article 9, alinéa 5, sur la base de la moyenne des deuxième, troisième et quatrième années précédant l'année à laquelle la subvention se rapporte.

Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, l'agence répartit proportionnellement parmi les caisses d'assurance soins agréées une avance de 20% du montant mentionné à l'article 10, alinéa premier. L'avance est répartie parmi les caisses d'assurance soins agréées sur la base du pourcentage de personnes bénéficiant d'un budget d'assistance de base par caisse d'assurance soins par rapport à toutes les personnes bénéficiant d'un budget d'assistance de base auprès des caisses d'assurance soins agréées. Il s'agit du pourcentage de personnes bénéficiant d'un budget d'assistance de base au 31 décembre de l'année précédente.

Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, l'agence répartit proportionnellement parmi les caisses d'assurance soins agréées une avance de 20% du montant mentionné à l'article 11, alinéa premier. L'avance est répartie parmi les caisses d'assurance soins agréées sur la base du pourcentage de personnes bénéficiant d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées par rapport à toutes les personnes bénéficiant d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées auprès des caisses d'assurance soins agréées. Il s'agit du pourcentage de personnes bénéficiant d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées au 31 décembre de l'année précédente.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, il s'agit pour l'année 2017 du pourcentage de personnes bénéficiant d'un budget d'assistance de base ou d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées au 1^{er} janvier 2017.

Section 4. — Fixation définitive des subventions et régularisation des avances

Art. 14. Au plus tard le 15 juin de l'année suivante, l'agence procède au paiement du solde ou au recouvrement des avances payées en trop, tant en ce qui concerne les subventions pour interventions que les subventions pour frais de fonctionnement. L'agence fait parvenir à chaque caisse d'assurance soins un aperçu détaillé de la fixation des subventions et du solde que l'agence paiera à ou recouvrera à charge de la caisse d'assurance soins.

Les caisses d'assurance soins sont tenues de rembourser à l'agence, dans les quinze jours de la réception de l'aperçu mentionné à l'alinéa premier, le solde recouvré par l'agence.

L'aperçu mentionné à l'article 5, alinéa premier, est utilisé comme base pour les subventions pour interventions.

Les données de la base de données de l'agence, pour ce qui est de l'affiliation, et les données de la base de données des caisses d'assurance soins, pour ce qui est interventions, du 31 décembre des années en question servent de base pour la subvention pour frais de fonctionnement pour l'affiliation à la Protection sociale flamande et pour les interventions de l'assurance soins.

Les données de la base de données de l'agence servent de base pour la subvention pour frais de fonctionnement pour le budget d'assistance de base et pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

CHAPITRE 3. — *Indemnité des indications pour l'assurance soins*

Art. 15. § 1^{er}. Dans le présent article, il faut entendre par indication : la détermination de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite, visée aux articles 8 et 46 du décret du 24 juin 2016.

§ 2. Une caisse d'assurance soins perçoit une indemnité de 75 euros par indication établie pour l'intervention de l'assurance soins, à la condition qu'il s'agisse d'une indication établie par un indicateur mandaté 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 à l'agence une demande aux conditions que l'agence fixe. L'agence paie par mois l'indemnité visée à l'alinéa 1^{er}.

§ 3. Le droit à l'indemnité devient nul pour l'indication établie si le service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile ou le centre public d'aide sociale a établi l'indication en sa qualité d'indicateur mandaté et si ce service ou centre dispense des soins personnels, une aide ménagère ou une aide sanitaire à l'utilisateur dans les six mois après l'établissement de l'indication dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement.

Dans les cas, visés à l'alinéa premier, l'indemnité octroyée à cet effet est déduite des indemnités suivantes à payer.

§ 4. 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. L'agence peut arrêter les modalités de facturation.

L'agence n'indemnise pas l'indication si la facture de l'indicateur mandaté ne répond pas aux conditions imposées par l'agence.

§ 5. L'indicateur mandaté facture les indications dans un délai de quatre mois suivant leur réalisation à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié. Les caisses d'assurance soins facturent les indications à l'agence au plus tard douze mois suivant la date de réalisation des indications. Les indications ayant plus d'un an ne sont plus éligibles à une indemnité par l'agence.

CHAPITRE 4. — *Rattachement à l'indice*

Art. 16. Les montants visés à l'article 8, alinéa premier, l'article 9, alinéa 2, l'article 10, alinéa premier, et l'article 11, alinéas premier, 5 et 6, sont rattachés à partir de l'année calendaire 2018, chaque année le 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril en 2016.

CHAPITRE 5. — *Contrôle du subventionnement*

Art. 17. § 1^{er}. Sous réserve de l'application des articles 1^{er} et 14 de la loi du 16 mai 2003 fixant les dispositions générales applicables aux budgets, au contrôle des subventions et à la comptabilité des communautés et des régions, ainsi qu'à l'organisation du contrôle de la Cour des comptes, le fonctionnaire dirigeant de l'agence 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 titre 1^{er}, chapitre 5 du décret du 24 juin 2016, 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 dans ce cadre des modalités relatives à la réduction des subventions, la cessation du subventionnement ou le recouvrement des subventions déjà réglées.

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

L'intention du fonctionnaire dirigeant de l'agence 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 l'agence, 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 6. — *Dispositions finales*

Art. 18. L'arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} septembre 2006 déterminant les conditions de fixation, de paiement et de recouvrement des subventions des caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 juin 2016, est abrogé.

Art. 19. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception de l'article 12, qui entre en vigueur le 15 octobre 2016.

Art. 20. Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 14 octobre 2016.

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

Ruimtelijke Ordening, Woonbeleid en Onroerend Erfgoed

[C – 2016/36600]

30 NOVEMBER 2016. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de gebieden waar geen archeologisch erfgoed te verwachten valt

DE VLAAMSE MINISTER VAN BUITENLANDS BELEID EN ONROEREND ERFGOED,

Gelet op het Onroerenderfgoeddecreet van 12 juli 2013, artikel 5.4.1, derde lid, 1^o, en artikel 5.4.2, derde lid;

Gelet op het Onroerenderfgoedbesluit van 16 mei 2014, artikel 5.4.1, eerste lid, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 4 december 2015;

Gelet op het ministerieel besluit van 1 juli 2016 tot vaststelling van de gebieden waar geen archeologisch erfgoed te verwachten valt;

Gelet op de mededeling aan de Vlaamse Regering van 25 november 2016;

Overwegende dat de gebieden die worden vastgesteld op basis van waarnemingen en wetenschappelijke argumenten met hoge waarschijnlijkheid geen archeologische waarde hebben,

Besluit :

Artikel 1. De gebieden opgenomen in het beveiligd digitaal bestand van dezelfde datum als dit besluit, worden vastgesteld als de gebieden waar geen archeologisch erfgoed te verwachten valt, vermeld in artikel 5.4.1, derde lid, 1^o, van het Onroerenderfgoeddecreet van 12 juli 2013.

Art. 2. De kaart met de gebieden waar geen archeologisch erfgoed te verwachten valt, is in de vorm van een georeferencerde GIS-laag beschikbaar op de website van het agentschap Onroerend Erfgoed.

Art. 3. Het ministerieel besluit van 1 juli 2016 tot vaststelling van de gebieden waar geen archeologisch erfgoed te verwachten valt, wordt opgeheven.

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op 5 januari 2017.

Brussel, 30 november 2016.

De Vlaamse minister van Buitenlands Beleid en Onroerend Erfgoed,

G. BOURGEOIS