

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2002 — 1035

[C — 2002/35268]

28 SEPTEMBER 2001. — Besluit van de Vlaamse regering houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering

De Vlaamse regering,

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

Gelet op het advies van de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds gegeven op 26 oktober 2000;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 9 juli 2001;

Gelet op de beraadslaging van de Vlaamse regering op 6 juli 2001, betreffende de aanvraag om advies bij de Raad van State binnen een maand;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 6 september 2001, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

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

2° zorgkas : een zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet of de zorgkas, bedoeld in artikel 14, derde lid, van het decreet;

3° Vlaams zorgkas : de zorgkas die door het Vlaams Zorgfonds krachtens artikel 14, derde lid, van het decreet is opgericht;

4° ledenbijdrage : de bijdrage, bedoeld in artikel 9 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;

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

6° gemachtigde indicatiesteller : een voorziening of een professionele zorgverlener die krachtens artikel 9, eerste lid, van het decreet gemachtigd is de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen vast te stellen;

7° zorgvorm : de niet-medische hulp- en dienstverlening die verstrekt wordt door hetzij een residentiële zorgvoorziening, hetzij een niet-residentiële zorgvoorziening of een professionele zorgverlener, hetzij een mantelzorger;

8° mantelzorg : de zorg, bedoeld in artikel 2, 1° en 6°, van het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg;

9° tenlasteneming : de tenlasteneming van de kosten of prestaties zoals omschreven in artikel 6, § 1, eerste lid van het decreet;

10° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;

11° administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn : de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;

12° administratie Gezondheidszorg : de administratie Gezondheidszorg van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;

13° Fonds : het Vlaams Zorgfonds, bedoeld in artikel 11 van het decreet;

14° leidend ambtenaar : de leidend ambtenaar van het Fonds.

HOOFDSTUK II. — *De erkenning van de voorziening en de professionele zorgverlener*

Afdeling I. — De erkenning van rechtswege

Art. 2. § 1. De voorzieningen die op 1 oktober 2001 erkend zijn krachtens het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg en de serviceflats die op 1 oktober 2001 erkend zijn krachtens de decreten inzake voorzieningen voor bejaarden, gecoördineerd op 18 december 1991, zijn met ingang van 1 oktober 2001 en tot en met 30 juni 2002 van rechtswege erkend met toepassing van artikel 6, § 1, eerste lid, 2°, van het decreet.

De in het eerste lid bedoelde voorzieningen en de serviceflats die op 1 oktober 2001 nog niet erkend zijn krachtens een in het vorige lid bedoeld decreet, zijn met ingang van de datum van hun sectorale erkenning en tot en met 30 juni 2002 van rechtswege erkend met toepassing van artikel 6, § 1, eerste lid, 2°, van het decreet.

§ 2. De volgende voorzieningen en professionele zorgverleners die op 1 juli 2002 sectoraal erkend zijn, zijn met ingang van 1 juli 2002 voor onbepaalde duur van rechtswege erkend met toepassing van artikel 6, § 1, eerste lid, 2°, van het decreet :

1° de voorzieningen die erkend zijn krachtens het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg;

2° de voorzieningen die erkend zijn krachtens de decreten inzake voorzieningen voor bejaarden, gecoördineerd op 18 december 1991;

3° de rust- en verzorgingstehuizen die erkend zijn krachtens artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging en het besluit van de Vlaamse regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning en de sluiting van rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen en samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten;

4° de psychiatrische verzorgingstehuizen die erkend zijn krachtens artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging en het besluit van de Vlaamse regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning en de sluiting van rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen en samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

De in het eerste lid bedoelde voorzieningen die op 1 juli 2002 nog niet erkend zijn krachtens een in het vorige lid bedoeld decreet, zijn met ingang van de datum van hun sectorale erkenning voor onbepaalde duur van rechtswege erkend met toepassing van artikel 6, § 1, eerste lid, 2°, van het decreet.

§ 3. De schoonmaakhulp die georganiseerd wordt door een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn is met ingang van 1 oktober 2001, of de daarna volgende datum van de inrichting ervan, voor onbepaalde duur van rechtswege erkend met toepassing van artikel 6, § 1, eerste lid, 2°, van het decreet. Onder schoonmaakhulp wordt verstaan de hulp- en dienstverlening die bestaat uit werkzaamheden die het reinigen van en het bevorderen van de hygiëne in de woning van de gebruiker tot doel heeft.

Art. 3. § 1. De in artikel 2, § 1 en § 2, bedoelde erkenningen vervallen vanaf het ogenblik dat en zolang als de erkenning van de voorziening of de professionele zorgverlener krachtens de op hem toepasselijke sectorale regelgeving geschorst is of vanaf het ogenblik dat en zolang als de voorziening of de professionele zorgverlener krachtens de op hem toepasselijke sectorale regelgeving niet meer erkend is.

De administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn of de administratie Gezondheidszorg, naargelang het geval, deelt elke beslissing tot intrekking of schorsing van de erkenning van een in artikel 2, § 1 en § 2, bedoelde voorziening of professionele zorgverlener, onmiddellijk mee aan het Fonds, dat dit onmiddellijk aan alle zorgkassen meedeelt.

§ 2. Als een voorziening of een professionele zorgverlener de kostprijs die hij aanreket aan een gebruiker voor een bepaalde zorgverstrekking verhoogt omdat die gebruiker recht heeft op een in het decreet bedoelde tenlasteneming, kan de minister de in artikel 2 bedoelde erkenning intrekken, onverminderd de bepalingen van artikel 2 en van § 1 van dit artikel.

De bepalingen van de artikelen 11 en 12 zijn van overeenkomstige toepassing voor de in het eerste lid bedoelde intrekking.

Afdeling II. — De erkenning van voorzieningen en professionele zorgverleners voor de tenlasteneming van de prijs die gebruikers betalen voor de producten die ze verstrekken

Art. 4. Behoudens de producten die worden verkocht, verhuurd of uitgeleend door voorzieningen en professionele zorgverleners bedoeld in artikel 2, komt de prijs die gebruikers betalen voor producten die voorkomen op een door de minister vast te stellen lijst, in aanmerking voor tenlasteneming voorzover die producten worden aangekocht, gehuurd of ontleend bij voorzieningen en professionele zorgverleners die enkel met het oog op de tenlasteneming van de prijs van de door hen aangeboden producten worden erkend overeenkomstig artikel 5 of met toepassing van de artikelen 6 tot en met 10.

Art. 5. Voor de tenlasteneming van de prijs van door hen aangeboden producten als bedoeld in artikel 4, zijn met ingang van 1 oktober 2001 voor onbepaalde duur van rechtswege erkend :

1° de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn;

2° de apotheken die in het bezit zijn van een voorafgaande vergunning overeenkomstig artikel 4, § 3, van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, die in het Nederlandse taalgebied gevestigd zijn;

3° de erkende bandagisten, bedoeld in artikel 1, 4°, van het koninklijk besluit van 6 maart 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van bandagist, van orthesist, van prothesist en houdende vaststelling van de lijst van technische prestaties en de lijst van handelingen waarmee een bandagist, orthesist, prothesist door een arts kan worden belast, en die in het Nederlandse taalgebied gevestigd zijn.

In het Nederlandse taalgebied gevestigde apotheken en bandagisten, die op 1 oktober 2001 nog niet in het bezit zijn van een voorafgaande vergunning overeenkomstig het in het eerste lid, 2°, vermelde besluit respectievelijk nog niet erkend zijn overeenkomstig het in het eerste lid, 3°, vermelde besluit, zijn voor onbepaalde duur van rechtswege erkend vanaf de datum waarop ze voorafgaand vergund respectievelijk erkend zijn overeenkomstig die besluiten.

Art. 6. Met het oog op de tenlasteneming van de prijs van door hen aangeboden producten als bedoeld in artikel 4, kunnen voorzieningen en professionele zorgverleners worden erkend, die op de plaats waar de producten worden aangeboden deskundig advies kunnen verstrekken over het gebruik van die producten doordat zijzelf of een persoon die op die plaats werkzaam is ten minste beschikt over het niveau van de graad van gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaal-agogisch werk of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee is gelijkgesteld.

Art. 7. De in artikel 6 bedoelde voorzieningen en professionele zorgverleners richten hun erkenningsaanvraag, samen met de vereiste stavingstukken, per aangetekende brief aan het Fonds. Het Fonds onderzoekt de aanvraag.

Uiterlijk drie maanden na ontvangst van de aanvraag wordt hetzij de beslissing van de minister om de erkenning te verlenen, hetzij het gemotiveerde voornemen van de leidend ambtenaar om de erkenning te weigeren per aangetekende brief aan de voorziening in kwestie of aan de betrokken professionele zorgverlener meegedeeld. In geval van een voornemen tot weigering van de erkenning vermeldt de brief de mogelijkheid om een bezwaarschrift in te dienen en de vereisten waaraan het bezwaarschrift moet voldoen.

Als geen beslissing of voornemen aan de voorziening in kwestie of aan de betrokken professionele zorgverlener wordt meegedeeld binnen de in het vorige lid gestelde termijn, wordt de erkenning geacht verleend te zijn.

Art. 8. Op straffe van niet-ontvankelijkheid kan een voorziening of professionele zorgverlener, tot uiterlijk vijftien dagen na ontvangst van een voornemen om de erkenning te weigeren, daartegen per aangetekende brief een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het Fonds. De voorziening of de professionele zorgverlener kan daarin vragen om gehoord te worden.

Het Fonds onderzoekt het bezwaar en hoort de voorziening of de professionele zorgverlener, als deze daarom heeft verzocht in het bezwaarschrift. De beslissing van de minister wordt binnen zestig dagen na ontvangst van het bezwaarschrift aan de voorziening of de professionele zorgverlener meegedeeld.

Als de beslissing niet binnen de in het tweede lid gestelde termijn wordt meegedeeld aan de voorziening of professionele zorgverlener, wordt de erkenning geacht verleend te zijn.

Als een voorziening of professionele zorgverlener tegen een meegedeeld voornemen tot weigering van de erkenning geen bezwaarschrift heeft ingediend conform het eerste lid, wordt het voornemen geacht een beslissing tot weigering van de erkenning te zijn.

Art. 9. Als de erkenning werd geweigerd, kan een voorziening of professionele zorgverlener geen nieuwe erkenningsaanvraag indienen, tenzij daarin wordt aangetoond dat de reden voor de weigering niet langer bestaat.

Art. 10. De erkenning geldt voor een onbepaalde duur.

Het Fonds stelt de zorgkassen onmiddellijk in kennis van een verleende erkenning.

Art. 11. Het Fonds oefent ter plaatse of op stukken toezicht uit op de naleving van de erkenningsvoorwaarde, gesteld in artikel 6. De voorzieningen en professionele zorgverleners verlenen hun medewerking aan de uitoefening van dit toezicht. Ze bezorgen aan het Fonds op diens eenvoudig verzoek de stukken die met de erkenningsaanvraag of met de erkenning verband houden.

Art. 12. Als het Fonds vaststelt dat een erkende voorziening of zorgverlener niet langer voldoet aan de erkenningsvoorwaarde, gesteld in artikel 6, wordt onmiddellijk aan die voorziening of zorgverlener per aangetekende brief het voornemen van de leidend ambtenaar om de erkenning in te trekken meegedeeld. De brief vermeldt de mogelijkheid om een bezwaarschrift in te dienen en de vereisten waaraan het bezwaarschrift moet voldoen.

Op straffe van niet-ontvankelijkheid kan een voorziening of professionele zorgverlener, tot uiterlijk vijftien dagen na ontvangst van een voornemen om de erkenning in te trekken, daartegen per aangetekende brief een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het Fonds. De voorziening of de professionele zorgverlener kan daarin vragen om gehoord te worden.

Het Fonds onderzoekt het bezwaar en hoort de voorziening of de professionele zorgverlener, als deze daarom heeft verzocht in het bezwaarschrift. De beslissing van de minister wordt binnen zestig dagen na ontvangst van het bezwaarschrift aan de voorziening of de professionele zorgverlener meegedeeld.

Als de beslissing niet binnen de in het derde lid gestelde termijn wordt meegedeeld aan de voorziening of professionele zorgverlener, vervalt de procedure om de erkenning in te trekken.

Als een voorziening of professionele zorgverlener tegen een meegedeeld voornemen tot intrekking van de erkenning geen bezwaarschrift heeft ingediend conform het tweede lid, wordt het voornemen geacht een beslissing tot intrekking van de erkenning te zijn.

Het Fonds stelt de zorgkassen onmiddellijk in kennis van een intrekking van de erkenning.

HOOFDSTUK III. — *De machtiging als indicatiesteller*

Art. 13. § 1. De voorzieningen die op 1 oktober 2001 als dienst voor gezinszorg erkend zijn krachtens het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg en de op die datum erkende centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen, bedoeld in artikel 2, 4°, van het decreet van 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk, zijn met ingang van 1 oktober 2001 voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van een gebruiker vast te stellen.

De in het eerste lid bedoelde voorzieningen of centra voor algemeen welzijnswerk die op 1 oktober 2001 nog niet erkend zijn krachtens een van de in het vorige lid bedoelde decreten, zijn met ingang van de datum van hun sectorale erkenning voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van een gebruiker vast te stellen.

De voorzieningen die op 1 oktober 2001 als lokaal dienstencentrum erkend zijn krachtens het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg en die hun activiteiten in hoofdzaak verrichten binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zijn met ingang van 1 oktober 2001 voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van een gebruiker vast te stellen.

De in het derde lid bedoelde voorzieningen die op 1 oktober 2001 nog niet erkend zijn krachtens het in het vorige lid bedoelde decreet en die hun activiteiten in hoofdzaak verrichten binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zijn met ingang van de datum van hun sectorale erkenning voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van een gebruiker vast te stellen.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van § 1 zijn de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn met ingang van 1 oktober 2001 voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van een gebruiker vast te stellen.

Art. 14. De in artikel 13, § 1, bedoelde machtiging vervalt vanaf het ogenblik dat de erkenning van de voorziening krachtens de op haar toepasselijke sectorale regelgeving geschorst is of vanaf het ogenblik dat de voorziening krachtens de op haar toepasselijke sectorale regelgeving niet meer erkend is.

De administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn deelt elke beslissing tot intrekking of schorsing van de erkenning van een in artikel 13, § 1 bedoelde voorziening of professionele zorgverlener onmiddellijk mee aan het Fonds, dat dit onmiddellijk aan alle zorgkassen meedeelt.

HOOFDSTUK VI. — *De aansluiting bij een zorgkas en de betaling van de ledenbijdrage*

Art. 15. § 1. Iedere persoon die in het Nederlandse taalgebied woont en vóór 1 januari 1977 geboren is, is ertoe gehouden bij een zorgkas aan te sluiten met ingang van 1 oktober 2001. Als die persoon vóór of op 31 december 2002 aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij met ingang van 1 oktober 2001 aangesloten bij die zorgkas. Als die persoon vóór of op 31 december 2002 niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij met ingang van 1 oktober 2001 ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas.

Iedere persoon die in het Nederlandse taalgebied woont en in het jaar 1977 geboren is, kan en is ertoe gehouden bij een zorgkas aan te sluiten met ingang van 1 januari 2003. Als die persoon vóór 1 juli 2003 aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij met ingang van 1 januari 2003 aangesloten bij die zorgkas. Als die persoon vóór 1 juli 2003 niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij met ingang van 1 januari 2003 ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas.

Iedere persoon die in het Nederlandse taalgebied woont en na het jaar 1977 geboren is, kan en is ertoe gehouden bij een zorgkas aan te sluiten met ingang van 1 januari van het jaar dat volgt op dat waarin hij of zij de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft. Als die persoon vóór 1 juli van het jaar dat volgt op dat waarin hij of zij de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft, aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten bij die zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij of zij bij die zorgkas aansluit. Als die persoon vóór 1 juli van het jaar dat volgt op dat waarin hij of zij de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft, niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat die persoon had moeten aansluiten bij een zorgkas.

§ 2. Iedere in § 1 bedoelde persoon die in het Nederlandse taalgebied komt wonen, beschikt steeds over zes maanden nadat hij of zij er kwam wonen om aan te sluiten bij een zorgkas van zijn keuze met ingang van 1 oktober 2001 wat de personen bedoeld in § 1, eerste lid, betreft of met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij of zij in het Nederlands taalgebied is komen wonen wat de personen bedoeld in § 1, tweede en derde lid, betreft. In voorkomend geval kan de in § 1 bepaalde uiterste aansluitingsdatum overschreden worden, zonder dat evenwel de aansluitingsplicht voor het jaar waarin die persoon in het Nederlandse taalgebied kwam wonen zou komen te vervallen.

Als die persoon niet binnen die termijn van zes maanden aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas met ingang van 1 oktober 2001 wat de personen bedoeld in § 1, eerste lid, betreft of met ingang van 1 januari van het jaar waarin die persoon in het Nederlandse taalgebied kwam wonen wat de personen bedoeld in § 1, tweede en derde lid, betreft.

Art. 16. § 1. Onverminderd artikel 20, § 4, en artikel 46, kan iedere persoon, die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft, bij een zorgkas aansluiten.

Als een in het eerste lid bedoelde persoon vóór 1977 geboren is en vóór of op 31 december 2002 aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij met ingang van 1 oktober 2001 aangesloten bij die zorgkas. Als die persoon vóór of op 31 december 2002 niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten bij een zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat die persoon alsnog aansluit bij die zorgkas.

Als een in het eerste lid bedoelde persoon in het jaar 1977 geboren is en vóór of op 31 december 2003 aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij met ingang van 1 januari 2003 aangesloten bij die zorgkas. Als die persoon vóór of op 31 december 2003 niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten bij een zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat die persoon alsnog aansluit bij die zorgkas.

Als een in het eerste lid bedoelde persoon na het jaar 1977 geboren is en vóór of op 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin hij of zij de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft, aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten bij die zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij of zij bij die zorgkas aansluit. Als die persoon vóór of op 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin hij of zij de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft, niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten bij een zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat die persoon alsnog aansluit bij die zorgkas.

In de in het tweede lid, in fine, derde lid, in fine, en vierde lid, in fine bedoelde gevallen, is de in artikel 10, § 1, tweede lid, van het decreet bedoelde wachttijd van toepassing. Voor een in het tweede lid, in fine bedoelde persoon worden de jaren van niet-aansluiting geteld vanaf en met inbegrip van het jaar 2002. Voor een in het derde lid, in fine bedoelde persoon worden de jaren van niet-aansluiting geteld vanaf en met inbegrip van het jaar 2003. Voor een in het vierde lid, in fine bedoelde persoon worden de jaren van niet-aansluiting geteld vanaf en met inbegrip van het jaar dat volgt op dat waarin hij of zij de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft.

§ 2. Iedere in § 1 bedoelde persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komt wonen, beschikt steeds over zes maanden nadat hij of zij er kwam wonen om aan te sluiten bij een zorgkas van zijn keuze, zonder dat de wachttijd, bedoeld in artikel 10, § 1, tweede lid, van het decreet op hem of haar van toepassing wordt. Als die persoon binnen die zes maanden aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten met ingang van 1 oktober 2001 wat de personen bedoeld in § 1, eerste lid, betreft of met ingang van 1 januari van het jaar waarin die persoon in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kwam wonen wat de personen bedoeld in § 1, tweede en derde lid, betreft.

Als die persoon binnen zes maanden nadat hij of zij kwam wonen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze, is hij of zij aangesloten bij een zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat die persoon alsnog aansluit bij die zorgkas. In dit geval is de wachttijd, bedoeld in artikel 10, § 1, tweede lid, van het decreet op hem of haar van toepassing en worden de jaren van niet-aansluiting geteld zoals bepaald in § 1, laatste lid.

Art. 17. Iedere in artikel 15 en 16 bedoelde aangeslotene is ertoe gehouden aan de zorgkas in kwestie een ledenbijdrage te betalen. Als de aangeslotene nalaat zijn bijdragen te betalen is de schorsingsperiode, bedoeld in artikel 6, § 1, tweede lid, van het decreet van toepassing.

De ledenbijdrage bedraagt 10 euro voor de periode van 1 oktober 2001 tot en met 31 december 2002.

Art. 18. § 1. Een persoon sluit vrijwillig aan bij een zorgkas door de ledenbijdrage aan de zorgkas in kwestie te betalen. Als de zorgkas daar om verzoekt bezorgt die persoon de gegevens die nodig zijn voor het bijhouden van een register. De minister bepaalt welke gegevens minstens in het register moeten bijgehouden worden.

De zorgkassen worden belast met de inning van de ledenbijdragen. De minister bepaalt de nadere regels inzake de inning van de ledenbijdragen.

Een aangeslotene of zijn wettelijke vertegenwoordiger is ertoe gehouden elke wijziging met betrekking tot de gegevens van de aangeslotene onmiddellijk mee te delen aan de zorgkas in kwestie.

§ 2. In geval van ambtshalve aansluiting deelt de Vlaamse zorgkas de betrokkene mee dat hij met ingang van de datum, bedoeld in artikel 15, § 1, eerste lid, in fine, tweede lid, in fine, of derde lid, in fine, aangesloten is bij de Vlaamse zorgkas. Hierbij voegt de Vlaamse zorgkas een uitnodiging om de ledenbijdrage te betalen en zo nodig de in § 1, eerste lid, bedoelde gegevens te verstrekken.

Art. 19. § 1. Een aangeslotene kan vrijwillig bij een andere zorgkas aansluiten met ingang van 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin hij beslist om te veranderen van zorgkas en op voorwaarde dat hij dit aan die andere zorgkas meedeelt vóór 5 december van het lopende jaar. In dit geval vraagt die zorgkas aan de oorspronkelijke zorgkas een betalingsoverzicht van alle ledenbijdragen aan de vorige zorgkas of zorgkassen en een overzicht van de tenlastenemingen door de vorige zorgkas of zorgkassen gedurende het laatste jaar. Elke zorgkas is ertoe gehouden die gegevens volgens de door de minister te bepalen voorwaarden mee te delen.

Onverminderd het in het eerste lid bepaalde, geschiedt de aansluiting bij een andere zorgkas overeenkomstig artikel 18, § 1, met dien verstande dat de ledenbijdrage, op straffe van verval van de verandering van zorgkas, betaald moet zijn vóór 1 april van het jaar dat volgt op het jaar waarin de aangeslotene beslist om te veranderen van zorgkas.

§ 2. Als een bij een zorgkas aangeslotene geen woonplaats in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad meer heeft of overlijdt, wordt de aansluiting pas beëindigd met ingang van 1 januari van het volgende jaar. De ledenbijdrage blijft verschuldigd voor het lopende jaar, behoudens in geval van overlijden van de aangeslotene.

Het in het eerste lid bepaalde is van overeenkomstige toepassing als een persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont de aansluiting vrijwillig stopzet.

HOOFDSTUK V. — *De tenlasteneming van kosten en prestaties voor niet-medische hulp- en dienstverlening*

Afdeling I. — De voorwaarden om aanspraak te maken op een tenlasteneming

Art. 20. § 1. Om aanspraak te maken op een tenlasteneming moet een gebruiker op het ogenblik van zijn aanvraag voor tenlasteneming voldoen aan de bepalingen van artikel 5 van het decreet en aan de bepalingen van dit besluit, en moet de gebruiker de voor het lopende jaar verschuldigde ledenbijdrage betaald hebben.

Om aanspraak te blijven maken op een tenlasteneming moet de gebruiker de voor het lopende jaar verschuldigde ledenbijdrage betaald hebben vóór 1 april. Als de gebruiker die bijdrage vóór die datum niet betaald heeft, brengt de zorgkas het bedrag ervan automatisch en zonder voorafgaande verwittiging in mindering van het bedrag van de tenlasteneming waarop de gebruiker recht heeft.

§ 2. Het getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen wordt bewezen door de in artikel 22 bedoelde indicatiestelling of door een in artikel 23 bedoeld attest, waarin de gebruiker een graad van zorgbehoefte wordt toegemeten die hoger is dan of gelijk is aan een door de minister te bepalen minimumgraad.

§ 3. Als een in artikel 15 en 16 bedoelde gebruiker niet voldoet aan de voorwaarde, bedoeld in artikel 5, eerste lid, 5°, van het decreet en aantoonbaar dat hij binnen de toepassing van artikel 5, tweede en derde lid, van het decreet valt, kan hij bij zijn aanvraag tot tenlasteneming een aanvraag tot regularisatie indienen bij een zorgkas op voorwaarde dat hij op het ogenblik van zijn aanvraag tot regularisatie aangesloten is bij die zorgkas en de verschuldigde ledenbijdragen betaald heeft.

Bij de aanvraag voegt hij het bewijs dat hij Belg is of onderdaan van een andere lidstaat van de Europese Unie, dat hij op grond van een bepaling van internationaal recht geheel of gedeeltelijk recht heeft op de in het decreet bepaalde voordelen, of dat hij onder de toepassing valt van artikel 23 van het verdrag inzake de rechten van het kind, ondertekend in New York op 20 november 1989.

De zorgkas beslist over de regularisatie op stukken. In geval van een positieve beslissing moet die persoon aan de zorgkas waarbij hij aangesloten is een aanvullende ledenbijdrage betalen ten belope van vijf maal het bedrag van de ledenbijdrage voor het jaar waarin de regularisatie wordt gevraagd, in voorkomend geval verminderd met de ledenbijdragen die door de gebruiker betaald werden binnen vijf jaar voorafgaand aan het jaar dat volgt op het jaar waarin de regularisatie wordt gevraagd.

De minister bepaalt de nadere regels met betrekking tot die regularisatie.

§ 4. De voorwaarde, bedoeld in artikel 5, eerste lid, 6°, van het decreet is van toepassing als een persoon die de leeftijd van vijftientig jaar bereikt heeft en die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont of komt wonen, niet bij een zorgkas aansluit binnen zes maanden nadat hij had kunnen aansluiten.

§ 5. Elke persoon die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die door zijn leeftijd niet kan aansluiten bij een zorgkas zoals bepaald in artikel 15 of 16, kan aanspraak maken op een tenlasteneming, op voorwaarde dat die persoon voldoet aan de bepalingen van artikel 5, eerste lid, 1°, 3°, 4° en 5°, van het decreet.

Een in het eerste lid bedoelde persoon wordt voor de duur van de beslissing tot tenlasteneming geacht aangesloten te zijn bij een zorgkas van zijn keuze in de zin van artikel 5, eerste lid, 2°, van het decreet zonder dat hij gehouden zou zijn de ledenbijdrage bedoeld in artikel 18 te betalen.

Een in het eerste lid bedoelde persoon die jonger is dan vijf jaar wordt geacht aan de voorwaarde van artikel 5, eerste lid, 5°, van het decreet te voldoen als hij of zij vanaf zijn geboorte in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont. De voorwaarde van artikel 5, eerste lid, 6°, van het decreet is niet van toepassing op een in het eerste lid bedoelde persoon.

Afdeling II. — De aanvraag voor tenlasteneming

Art. 21. § 1. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger dient een aanvraag voor tenlasteneming in bij de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is. Dit gebeurt door middel van een door de minister te bepalen aanvraagformulier dat gedagtekend wordt door de zorgkas, ondertekend wordt door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, en waarop vermeld wordt voor welke zorgvorm of zorgvormen de gebruiker een aanvraag voor tenlasteneming doet.

Een vertegenwoordiger kan in naam en voor rekening van de gebruiker optreden mits voorlegging van een door de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekende schriftelijke volmacht.

Op het aanvraagformulier wordt vermeld of de gebruiker op het ogenblik van de aanvraag ten minste vijf jaar voorafgaand aan de datum van de aanvraag ononderbroken in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad heeft gewoond of, in het ontkennende geval, een regularisatie heeft aangevraagd.

§ 2. De zorgkas gaat na of de gebruiker, los van de in afdeling III bedoelde indicatiestelling en de in afdeling IV bedoelde registratie van de mantelzorger, aan de overige voorwaarden van artikel 20 voldoet. Als dit niet het geval is, deelt ze die beslissing en alle door de minister te bepalen stukken schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met verduidelijking van de reden hiervan. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan hiertegen, overeenkomstig de bepalingen van afdeling XI, een bezwaar indienen bij het Fonds. In het andere geval en voorzover dit nog niet gebeurd is, verzoekt de zorgkas de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een gemachtigde indicatiesteller te kiezen en, ingeval de gebruiker ook mantelzorg als zorgvorm gekozen heeft, zijn mantelzorger(s) te laten registreren.

Op eenvoudig verzoek stelt de zorgkas de lijst van gemachtigde indicatiestellers ter beschikking, waaruit de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een gemachtigde indicatiesteller kiest. De keuze wordt vermeld op het aanvraagformulier.

Afdeling III. — De indicatiestelling

Art. 22. De door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger gekozen gemachtigde indicatiesteller stelt de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van de gebruiker vast op de door de minister te bepalen wijze en aan de hand van een door de minister te bepalen meetinstrument. De persoon die de indicatiestelling uitvoert moet tenminste beschikken over het niveau van de graad van gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaal-agogisch werk, of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee gelijkgesteld is.

De gemachtigde indicatiesteller vermeldt de indicatiestelling op het aanvraagformulier. De indicatiestelling wordt ondertekend door de persoon die de indicatiestelling heeft uitgevoerd. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het aanvraagformulier aan de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is.

Art. 23. Gebruikers die beschikken over een indicatiestelling die uitgevoerd is krachtens een andere regelgeving, kunnen die indicatiestelling, in afwijking van artikel 22, gebruiken voor hun aanvraag voor tenlasteneming, op voorwaarde dat die aanvraag is ingediend vóór 1 januari 2003. De minister kan die termijn met ten hoogste twee jaar verlengen.

Een in het eerste lid bedoelde indicatiestelling wordt aangetoond door middel van een attest. De minister bepaalt de voorwaarden waaraan het attest moet voldoen, welke indicatiestellingen in aanmerking komen voor de aflevering van dit attest en de periode waarbinnen de indicatiestelling uitgevoerd moet zijn om in het kader van het eerste lid gebruikt te kunnen worden.

Afdeling IV. — De registratie van de mantelzorger

Art. 24. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een tenlasteneming aanvraagt voor mantelzorg, voegt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een activiteitenplan bij het in artikel 21 bedoelde aanvraagformulier. In geval er meerdere mantelzorgers zijn wordt een activiteitenplan bijgevoegd.

Het activiteitenplan is een door de mantelzorger(s) op eer ondertekende verklaring die een opsomming geeft van de activiteiten die de mantelzorger(s) ten minste drie dagen per week verricht(en) voor de gebruiker. Het activiteitenplan wordt medeondertekend door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De minister bepaalt de nadere voorwaarden voor het activiteitenplan.

Als de gebruiker beschikt over een zorgenplan, bedoeld in artikel 10, § 4, van het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging met een schematische omschrijving van de opdrachten van de mantelzorger(s), dan geldt dit zorgenplan als activiteitenplan.

Art. 25. De zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is, neemt een beslissing over de registratie van de mantelzorger(s) op basis van het activiteitenplan en deelt die beslissing en de door de minister te bepalen stukken schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en in geval van een negatieve beslissing ook aan de mantelzorger(s). De registratie kan op elk ogenblik gebeuren, maar moet gebeurd zijn uiterlijk op de datum dat de zorgkas overeenkomstig artikel 28 een beslissing neemt over de tenlasteneming of met toepassing van artikel 29 de verandering van een andere zorgvorm naar mantelzorg laat ingaan.

In geval van de in afdeling VIII of IX bedoelde procedure ingevolge de herziening of de controle, moet de registratie van de mantelzorger(s) hernieuwd worden op basis van een nieuw activiteitenplan.

De minister bepaalt de nadere voorwaarden voor de registratie.

Art. 26. Een geregistreerde mantelzorger is ertoe gehouden de stopzetting van de mantelzorg onmiddellijk mee te delen aan de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is. De onderbreking van de geleverde mantelzorg gedurende maximaal 21 opeenvolgende dagen wordt niet als een stopzetting beschouwd.

De zorgkas in kwestie schrapt de registratie van de mantelzorger(s) als gevolg van de in het eerste lid bedoelde mededeling, op verzoek van de mantelzorger(s) of van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Als blijkt dat de mantelzorger(s) het activiteitenplan niet of onvoldoende uitvoert of uitvoeren, of dat de mantelzorger(s) onjuiste gegevens heeft of hebben meegedeeld kan de zorgkas de registratie op eigen initiatief schrappen. De zorgkas is hiertoe gehouden als het Fonds erom verzoekt. De zorgkas biedt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en de mantelzorger(s) de mogelijkheid om gehoord te worden alvorens over de schrapping van de registratie te beslissen.

De zorgkas deelt elke beslissing tot schrapping van de registratie en de door de minister te bepalen stukken onmiddellijk schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en aan de mantelzorger(s).

Art. 27. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger en de mantelzorger(s) kunnen tegen de in artikel 25 en 26 bedoelde beslissingen een bezwaar indienen bij het Fonds. De bepalingen van afdeling XI zijn van overeenkomstige toepassing.

Afdeling V. — De beslissing over de tenlasteneming

Art. 28. § 1. Op basis van het met de indicatiestelling aangevulde aanvraagformulier neemt de zorgkas een beslissing over de tenlasteneming. De zorgkas gaat na of de gebruiker voldoet aan alle voorwaarden van artikel 20.

Als de zorgkas de ernst of de duur van het verminderd zelfzorgvermogen betwist, deelt zij dit mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met de mededeling dat ze het recht hebben te worden gehoord. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hierom verzoekt, wordt hij gehoord door de zorgkas vooraleer zij haar beslissing neemt.

De minister bepaalt op welke wijze de zorgkassen bijkomende onderzoeken kunnen verrichten of laten verrichten naar de indicatiestelling.

§ 2. De zorgkas deelt haar beslissing en de door de minister te bepalen stukken binnen zestig dagen na de datum van de aanvraag schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan hiertegen overeenkomstig de bepalingen van afdeling XI een bezwaar indienen bij het Fonds.

§ 3. Onverminderd de bepalingen van de afdelingen VIII en IX, geldt een positieve beslissing tot tenlasteneming :

1° voor de tenlasteneming van de in de aanvraag vermelde zorgvorm;

2° voor de in de beslissing vermelde duur, met een maximum van drie jaar te rekenen vanaf de datum van de indicatiestelling of het in artikel 23 bedoelde attest;

3° zolang de gebruiker voldoet aan de voorwaarden van artikel 20, § 1.

De minister bepaalt de nadere regels voor de vaststelling van de in het vorige lid bedoelde geldigheidsduur van de beslissing.

Art. 29. Een gebruiker die een tenlasteneming geniet en wil veranderen van zorgvorm, deelt dit zelf of via zijn vertegenwoordiger mee aan de zorgkas. De zorgkas bezorgt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een door de minister te bepalen aanhangsel bij de in artikel 28, § 2, bedoelde beslissing, met vermelding van de nieuwe zorgvorm. De tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum van de mededeling van de verandering van zorgvorm. De geldigheidsduur, bedoeld in artikel 28, § 3, eerste lid, 2°, blijft ongewijzigd.

Art. 30. De gebruiker en zijn vertegenwoordiger zijn ertoe gehouden elke wijziging in de toestand of de zorg van de gebruiker onmiddellijk mee te delen aan de zorgkas. In het geval de gebruiker een beroep doet op mantelzorg, is ook de mantelzorger hiertoe gehouden.

Afdeling VI. — Het bedrag van de tenlasteneming

Art. 31. § 1. De mogelijke tenlastenemingen en het bedrag ervan worden als volgt vastgesteld :

1° voor de eerste en de tweede maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend bedraagt de tenlasteneming 0 euro;

2° als de gebruiker een beroep doet op mantelzorg, bedraagt de tenlasteneming 75 euro per maand vanaf de derde maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend;

3° als de gebruiker een beroep doet op een of meer in artikel 2, § 1, artikel 2, § 2, eerste lid, 1°, artikel 2, § 3, artikel 5 en artikel 6 bedoelde voorzieningen of personen, of in artikel 2, § 2, eerste lid, 2°, bedoelde serviceflats, of in één of meer zulke voorzieningen verblijft, bedraagt de tenlasteneming 85 euro per maand vanaf de derde maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend;

4° als de gebruiker zowel een beroep doet op mantelzorg als op de in 3° bedoelde zorgvorm, bedraagt de tenlasteneming 125 euro per maand vanaf de derde maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend;

5° als de gebruiker verblijft in een in artikel 2, § 2, eerste lid, 2° tot en met 4°, bedoelde voorzieningen met uitzondering van de serviceflats, bedraagt de tenlasteneming 160 euro per maand vanaf de derde maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend.

Als de gebruiker die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont in een bepaalde maand enkel een beroep doet op mantelzorg of op een voorziening of professionele zorgverlener voor de aankoop, de huur of de ontlening van een product of hulpmiddel, zonder dat die gebruiker tijdens die maand nog een beroep doet op andere professionele niet-medische hulp- en dienstverlening, heeft hij, in afwijking van het eerste lid, voor die maand geen recht op een in het eerste lid bedoelde tenlasteneming.

In het in het eerste lid, 4°, bedoelde geval wordt het bedrag in kwestie opgesplitst in een bedrag van 75 euro als tenlasteneming voor de mantelzorg en een bedrag van 50 euro als tenlasteneming voor de andere zorgvorm.

Het bedrag van de in het eerste lid, 5°, bedoelde situatie is niet cumuleerbaar met de bedragen van de in het eerste lid, 2°, 3° of 4°, bedoelde gevallen.

§ 2. In de gevallen, bedoeld in de artikelen 29, 35, § 2, of in artikel 37, § 2, wordt de in § 1, eerste lid, 2° tot 5°, bedoelde tenlasteneming toegekend vanaf de eerste dag van de eerste maand die volgt op de datum van de mededeling van de verandering van zorgvorm of de beslissing.

Afdeling VII. — De opschorting van de uitvoering van de tenlasteneming

Art. 32. In voorkomend geval wordt de uitvoering van de tenlastenemingen in afwijking van artikel 31 opgeschort voor de schorsingsperiode, bedoeld in artikel 16, § 1, vijfde lid, of § 2, tweede lid, in fine, of voor de schorsingsperiode, bedoeld in artikel 17, eerste lid, in fine, of voor beide schorsingsperiodes samengeteld.

De opschorting wordt gerekend vanaf de maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend. De gebruiker verliest elk recht op tenlastenemingen voor die schorsingsperiode. Met ingang van de maand die volgt op het verstrijken van de opschorting wordt de tenlasteneming uitgevoerd op basis van de bedragen, bepaald in artikel 31, § 1, eerste lid, 2° tot 5°.

Art. 33. Na advies van de bezwaarcommissie, bedoeld in artikel 42, kan het Fonds een gebruiker die in een behartigenswaardige toestand verkeert als bedoeld in artikel 23ter, tweede lid, van het decreet, de mogelijkheid bieden om de niet betaalde ledenbijdragen alsnog te betalen of die gebruiker geheel of gedeeltelijk vrij te stellen van betaling. In die gevallen vervalt de in artikel 17, eerste lid, in fine bedoelde opschorting.

De minister bepaalt de nadere regels met betrekking tot de procedure, bedoeld in het eerste lid.

Afdeling VIII. — De herziening van de beslissing over de tenlasteneming

Art. 34. § 1. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder ogenblik een herziening van de beslissing over de tenlasteneming te vragen aan de zorgkas. Naargelang van het geval gebeurt de vraag tot herziening door middel van een nieuwe aanvraag of door middel van een gedagtekende en ondertekende toevoeging bij de oorspronkelijke aanvraag.

§ 2. Op straffe van niet-ontvankelijkheid kan de zorgkas tot uiterlijk 15 dagen na ontvangst van een wijziging in de toestand of de zorg van de gebruiker, zoals bedoeld in artikel 30, de gebruiker of zijn vertegenwoordiger verwittigen dat de gebruiker zich opnieuw moet laten indiceren aan de hand van een door de minister te bepalen herzieningsformulier.

§ 3. De zorgkas verwittigt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger drie maanden vóór het einde van de in artikel 23 of 28, § 3, bedoelde geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming, dat de gebruiker zich opnieuw moet laten indiceren. Dat gebeurt door middel van het in § 2 bedoelde herzieningsformulier.

Art. 35. § 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 34, is de procedure, bepaald in artikel 21 tot en met 30, van overeenkomstige toepassing voor de herziening. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen overeenkomstig de bepalingen van afdeling XI een bezwaar indienen bij het Fonds.

§ 2. De overeenkomstig § 1 genomen beslissing over de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de herziening gevraagd werd door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger of door de zorgkas in toepassing van artikel 34, § 2, evenwel zonder dat een aan de gebruiker toegekende tenlasteneming wordt teruggevorderd.

Afdeling IX. — De controle op de indicatiestelling

Art. 36. De zorgkas kan de indicatiestelling van een gebruiker die een tenlasteneming ontvangt op eigen initiatief controleren en is daartoe gehouden telkens als het Fonds dat vraagt.

In voorkomend geval zal een door de zorgkas aangewezen indicatiesteller, die een andere is dan degene die de laatste indicatiestelling van de gebruiker heeft uitgevoerd, een nieuwe indicatiestelling uitvoeren.

Art. 37. § 1. De door de zorgkas aangewezen indicatiesteller stelt de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen van de gebruiker vast op de door de minister te bepalen wijze en aan de hand van een door de minister te bepalen meetinstrument. De persoon die de indicatiestelling uitvoert, moet ten minste beschikken over het niveau van de graad van geïntegreerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk, of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap daarmee gelijkgesteld is.

De indicatiestelling wordt ondertekend door de persoon die de indicatiestelling heeft uitgevoerd. De indicatiesteller stuurt de indicatiestelling onmiddellijk naar de zorgkas.

De bepalingen van artikel 28, § 1, eerste lid, en § 3, en van artikel 30 zijn van overeenkomstige toepassing in geval van de controle. De zorgkas deelt haar beslissing en de door de minister te bepalen stukken binnen zestig dagen na de in artikel 36, tweede lid, bedoelde mededeling mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. Als de controle op verzoek van het Fonds gebeurde, deelt de zorgkas haar beslissing ook mee aan het Fonds. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen overeenkomstig de bepalingen van afdeling XI een bezwaar indienen bij het Fonds.

§ 2. De overeenkomstig § 1 genomen beslissing over de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van de beslissing.

Afdeling X. — De terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen

Art. 38. Door een zorgkas onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen worden door de zorgkas van de betrokken gebruiker teruggevorderd of in mindering gebracht van toekomstige aan de betrokken gebruiker te betalen tenlastenemingen.

Art. 39. De zorgkas deelt haar beslissing om de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen terug te vorderen of in mindering te brengen schriftelijk aan de gebruiker mee, met vermelding van de reden van de beslissing. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan vragen om gehoord te worden.

Art. 40. Als de zorgkas beslist tot terugvordering van onverschuldigd aan een gebruiker uitgevoerde tenlastenemingen die te wijten zijn aan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie, kan de zorgkas bovendien de uitvoering van de tenlasteneming schorsen voor maximaal zes maanden. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen overeenkomstig de bepalingen van afdeling XI een bezwaar indienen bij het Fonds.

Afdeling XI. — Het bezwaar

Art. 41. § 1. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan een bezwaarschrift indienen bij het Fonds tegen de volgende beslissingen van de zorgkas :

- 1° de krachtens artikel 21, § 2, eerste lid, genomen beslissing inzake de aanvraag;
- 2° de krachtens artikel 28, § 2, genomen beslissing inzake de tenlasteneming;
- 3° de krachtens artikel 35, § 1, genomen beslissing inzake de herziening;
- 4° de krachtens artikel 37, § 1, derde lid, genomen beslissing ten gevolge van de controle;
- 5° de krachtens artikel 40 genomen beslissing.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger en de mantelzorger(s) kan of kunnen een bezwaarschrift indienen bij het Fonds tegen de krachtens de artikelen 25 of 26 genomen beslissingen van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

§ 2. Om ontvankelijk te zijn moet het bezwaarschrift :

- 1° met redenen omkleed zijn;
- 2° vergezeld zijn van alle relevante stukken;
- 3° binnen dertig dagen na ontvangst van de beslissing van de zorgkas per aangetekende brief verstuurd zijn aan het Fonds of er binnen die termijn tegen ontvangstbewijs zijn afgegeven.

Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, of de mantelzorger(s) gehoord wil worden, moet dat op straffe van verval gevraagd worden in het bezwaarschrift.

Art. 42. § 1. Als het bezwaar ontvankelijk is, bezorgt het Fonds het bezwaarschrift binnen vijftien dagen na ontvangst aan een door de minister samen te stellen bezwaarcommissie. Binnen dezelfde termijn deelt het Fonds aan de zorgkas mee dat een ontvankelijk bezwaar werd ingediend. De zorgkas kan vragen gehoord te worden.

De minister kan bij de bezwaarcommissie kamers instellen.

§ 2. De bezwaarcommissie of, wanneer er met toepassing van § 1, tweede lid, kamers zijn ingesteld, elke kamer van de bezwaarcommissie, is samengesteld uit een voorzitter en vier leden, en hun plaatsvervangers. De voorzitter en zijn plaatsvervanger moeten beschikken over een diploma van doctor of licentiaat in de rechten. Onder de overige leden moeten minstens de volgende kwalificaties aanwezig zijn : doctor in de geneeskunde, gegradueerde in de verpleegkunde en maatschappelijk assistent. De voorzitter en de leden van de bezwaarcommissie worden door de minister benoemd voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

Het secretariaat van een kamer van de bezwaarcommissie wordt waargenomen door een personeelslid van het Fonds. Hij heeft geen stemrecht.

§ 3. Punt 4 van de bijlage bij het besluit van de Vlaamse regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen wordt aangevuld als volgt :

« - de bezwaarcommissie, bedoeld in artikel 42 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 ».

Art. 43. § 1. Een kamer van de bezwaarcommissie kan alleen een geldig advies uitbrengen als de voorzitter en ten minste twee leden, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn. De bezwaarcommissie beslist bij gewone meerderheid. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter of zijn plaatsvervanger doorslaggevend.

Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, of de mantelzorger(s) dat in het bezwaarschrift heeft gevraagd, wordt hij door een kamer van de bezwaarcommissie gehoord. Hetzelfde geldt voor de zorgkas.

§ 2. De bezwaarcommissie regelt haar werking in een door de minister goed te keuren huishoudelijk reglement. Als binnen de bezwaarcommissie meerdere kamers zijn ingesteld, wordt dit huishoudelijk reglement of de wijziging ervan in verenigde kamers besproken.

Art. 44. Een kamer van de bezwaarcommissie verleent haar gemotiveerd advies aan het Fonds binnen drie maanden na ontvangst van het bezwaarschrift.

De leidend ambtenaar neemt een gemotiveerde beslissing binnen één maand na ontvangst van het advies of, bij ontstentenis van een tijdig advies, na het verstrijken van de in het vorige lid bedoelde termijn.

Het Fonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar binnen acht dagen per aangetekende brief aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, of de mantelzorger(s), aan de zorgkas in kwestie en aan de gemachtigde indicatiesteller.

HOOFDSTUK VI. — Slotbepalingen

Art. 45. De minister bepaalt de nadere voorwaarden inzake de in artikel 6, § 2, van het decreet bedoelde weigering of vermindering van tenlastenemingen. Hij bepaalt in welke gevallen een tenlasteneming overeenkomstig artikel 6, § 2, van het decreet wordt verminderd en in welke gevallen een tenlasteneming wordt geweigerd.

Art. 46. Onverminderd artikel 20, § 4, bedraagt de in artikel 5, eerste lid, 6°, van het decreet bedoelde termijn van voorafgaande aansluiting bij wijze van overgangsmaatregel :

1° nul jaar als de in artikel 16, § 1, tweede lid, bedoelde persoon aansluit bij een zorgkas vóór 1 juli 2002;

2° één jaar als de in artikel 16, § 1, tweede lid, bedoelde persoon aansluit bij een zorgkas na 1 juli 2002 en vóór 1 juli 2003;

3° drie jaar als de in artikel 16, § 1, tweede of derde lid, bedoelde persoon aansluit bij een zorgkas na 1 juli 2003 en vóór 1 juli 2004;

4° vijf jaar als de in artikel 16, § 1, tweede, derde of vierde lid, bedoelde persoon aansluit bij een zorgkas na 1 juli 2004 en vóór 1 juli 2005.

Art. 47. De Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn zullen de door de minister te bepalen taken van de Vlaamse zorgkas uitvoeren onder de door de minister te bepalen voorwaarden.

Art. 48. Vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit tot en met 31 december 2001 is in plaats van het bedrag « 10 euro » vermeld in artikel 17, tweede lid, het bedrag « 403 frank » van toepassing.

Art. 49. § 1. De artikelen 3 tot en met 9, artikel 10, § 1, artikel 10*bis*, artikel 13, eerste lid, 3°, artikel 13, tweede tot en met zesde lid, de artikelen 21*bis* tot en met 23*ter* van het decreet treden, in de mate, bepaald in dit besluit, in werking op 1 oktober 2001.

§ 2. Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2001.

Art. 50. De Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 28 september 2001.

De minister-president van de Vlaamse regering,
P. DEWAEL

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,
M. VOGELS

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2002 — 1035

[C — 2002/35268]

28 SEPTEMBRE 2001. — Arrêté du Gouvernement flamand concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins

Le Gouvernement flamand,

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

Vu l'avis du conseil consultatif près du Fonds flamand d'assurance soins, donné le 26 octobre 2000;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du Budget, donné le 9 juillet 2001;

Vu la délibération du Gouvernement flamand du 6 juillet 2001 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 6 septembre 2001, en application de l'article 84, premier alinéa, 1° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Après en avoir délibéré,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. — Définitions

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

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

2° caisse d'assurance soins : une caisse agréée en vertu de l'article 15, premier alinéa, du décret ou la caisse visée à l'article 14, troisième alinéa, du décret;

3° caisse flamande d'assurance soins : la caisse instituée par le Fonds flamand d'assurance soins, en vertu de l'article 14, troisième alinéa, du décret;

4° cotisation de membre : la cotisation, visée à l'article 9 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;

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

6° indicateur mandaté : une structure ou un prestataire de soins professionnel qui est autorisé à déterminer la gravité et la durée de l'autonomie réduite, en vertu de l'article 9, premier alinéa, du décret;

7° forme de soins : l'aide et les services non médicaux fournis par, soit une structure de soins résidentielle, soit une structure de soins non résidentielle ou un prestataire de soins professionnel, soit un intervenant de proximité;

8° soins de proximité : les soins visés à l'article 2, 1° et 6° du décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile;

9° prise en charge : la prise en charge des frais ou prestations, tels que définis à l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa, du décret;

10° Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes;

11° administration de la Famille et de l'Aide sociale : l'administration de la Famille et de l'Aide sociale du département de l'Aide sociale, de la Santé et de la Culture;

12° administration de la Santé : l'administration de la Santé du département de l'Aide sociale, de la Santé et de la Culture;

13° Fonds : le Fonds flamand d'assurance soins, visé à l'article 11 du décret;

14° fonctionnaire dirigeant : le fonctionnaire dirigeant du Fonds.

CHAPITRE II. — *L'agrément de la structure et du prestataire de soins professionnel*

Section 1^{re}. — L'agrément de plein droit

Art. 2. § 1^{er}. Les structures qui sont agréées au 1^{er} octobre 2001 en vertu du décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile et les résidences-services qui sont agréées au 1^{er} octobre 2001 en vertu des décrets relatifs aux structures pour personnes âgées, coordonnés le 18 décembre 1991, sont agréées de plein droit du 1^{er} octobre 2001 au 30 juin 2002 inclus, en application de l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa, 2° du décret.

Les structures et les résidences-services, visées au premier alinéa, qui ne sont pas encore agréées au 1^{er} octobre 2001 en vertu d'un décret visé à l'alinéa précédent, sont agréées de plein droit à partir de la date de leur agrément sectoriel au 30 juin 2002 inclus, en application de l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa, 2° du décret.

§ 2. Les structures et prestataires de soins professionnels suivants qui sont titulaires d'un agrément sectoriel au 1^{er} juillet 2002, sont agréés de plein droit à partir du 1^{er} juillet 2002 pour une durée indéterminée, en application de l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa, 2°, du décret :

1° les structures agréées en vertu du décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile;

2° les structures agréées en vertu des décrets relatifs aux structures pour personnes âgées, coordonnés le 18 décembre 1991;

3° les maisons de repos et de soins agréées en vertu de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins et l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'agrément et de fermeture des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitations protégées et des associations d'institutions et de services psychiatriques;

4° les maisons de soins psychiatriques agréées en vertu de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins et l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'agrément et de fermeture des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitations protégées et des associations d'institutions et de services psychiatriques.

Les structures visées au premier alinéa qui ne sont pas encore agréées au 1^{er} juillet 2002, en vertu d'un décret visé à l'alinéa précédent, sont agréées de plein droit et pour une durée indéterminée à partir de la date de leur agrément sectoriel, en application de l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa, 2°, du décret.

§ 3. L'aide sanitaire organisée par un Centre public d'aide sociale est agréée de plein droit et pour une durée indéterminée, à partir du 1^{er} octobre 2001 ou de la date de son organisation qui suit, en application de l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa, 2°, du décret. Par aide sanitaire on entend l'aide et les services visant à nettoyer et à promouvoir l'hygiène dans le logement de l'usager.

Art. 3. § 1^{er}. Les agréments visés à l'article 2, §§ 1^{er} et 2, expirent à compter du moment et aussi longtemps que l'agrément de la structure ou du prestataire de soins professionnel est suspendu en vertu de la législation sectorielle dont il relève ou à partir du moment et aussi longtemps que la structure ou le prestataire de soins professionnel n'est plus agréé en vertu de la législation sectorielle dont il relève.

L'administration de la Famille et de l'Aide sociale ou l'administration de la Santé, selon le cas, notifie immédiatement toute décision de suspension ou de retrait de l'agrément d'une structure ou prestataire de soins professionnel, visés à l'article 2, §§ 1^{er} et 2, au Fonds qui en avise immédiatement toutes les caisses d'assurance soins.

§ 2. Si une structure ou un prestataire de soins professionnel augmente le coût qu'il porte en compte à l'usager pour une prestation déterminée, du fait que ce dernier a droit à une prise en charge prévue par le décret, le Ministre peut retirer l'agrément visé à l'article 2, sans préjudice des dispositions de l'article 2 et du § 1^{er} du présent article.

Les dispositions des articles 11 et 12 s'appliquent par analogie au retrait visé au premier alinéa.

Section II. — L'agrément des structures et prestataires de soins professionnels pour la prise en charge du prix que les usagers paient pour leurs produits

Art. 4. Sauf pour les produits qui sont vendus, loués ou prêtés par les structures ou prestataires de soins professionnels, visés à l'article 2, le prix à charge des usagers pour les produits figurant sur une liste que le Ministre fixe, est pris en compte pour la prise en charge pour autant que ces produits soient achetés, loués ou prêtés auprès des structures et prestataires de soins professionnels qui sont uniquement agréés en vue de la prise en charge du prix des produits offerts par eux, conformément à l'article 5 ou en application des articles 6 à 10 inclus.

Art. 5. Sont agréés de plein droit et pour une durée indéterminée, pour la prise en charge du prix des produits offerts par eux, tels que visés à l'article 4, à partir du 1^{er} octobre 2001 :

1° les centres publics d'aide sociale;

2° les pharmaciens qui sont titulaires d'une autorisation préalable, conformément à l'article 4, § 3, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, qui sont établis dans la région de langue néerlandaise;

3° les bandagistes agréés, visés à l'article 1^{er}, 4° de l'arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin, qui sont établis dans la région de langue néerlandaise.

Les pharmaciens et les bandagistes qui sont établis en région de langue néerlandaise et qui, au 1^{er} octobre 2001, ne sont pas encore titulaires d'une autorisation préalable, conformément à l'arrêté cité au premier alinéa, 2°, ou ne sont pas encore agréés, conformément à l'arrêté cité au premier alinéa, 3°, sont agréés de plein droit et pour une durée indéterminée, à compter de la date de leur agrément ou de l'autorisation préalable en vertu des arrêtés précités.

Art. 6. En vue de la prise en charge du prix des produits offerts, tels que visés à l'article 4, peuvent être agréés les structures et prestataires de soins professionnels qui, à l'endroit où les produits sont offerts, donnent des conseils experts sur l'utilisation de ces produits puisque eux-mêmes ou une personne qui est active à cet endroit, sont au moins gradués en soins de santé ou en travail socio-agogique ou sont porteurs d'un diplôme qui y est assimilé, tant pour le contenu que pour le niveau, par le département de l'Enseignement du Ministère de la Communauté flamande.

Art. 7. Les structures et prestataires de soins professionnels visés à l'article 6, adressent au Fonds, par lettre recommandée, leur demande d'agrément ainsi que les pièces justificatives requises. Le Fonds examine la demande.

Au plus tard trois mois après la réception de la demande, soit la décision du Ministre d'accorder l'agrément, soit l'intention motivée du fonctionnaire dirigeant de refuser l'agrément, est adressée, par lettre recommandée, à la structure en question ou au prestataire de soins professionnel intéressé. Dans le cas d'une intention de refus de l'agrément, la lettre prévoit la faculté de présenter une réclamation et les conditions auxquelles la réclamation doit répondre.

Si aucune décision ou intention n'est notifiée à la structure en question ou au prestataire de soins professionnel intéressé dans le délai imparti à l'alinéa précédent, l'agrément est censé être délivré.

Art. 8. Sous peine d'irrecevabilité, une structure ou un prestataire de soins professionnel, peut présenter, par lettre recommandée, une réclamation motivée auprès du Fonds, au plus tard quinze jours après la réception d'une intention de refus de l'agrément. La structure ou le prestataire de soins professionnel peut y demander d'être entendu.

Le Fonds examine la réclamation et entend la structure ou le prestataire des soins professionnel, si la demande en est faite dans la réclamation. La décision du Ministre est notifiée à la structure ou au prestataire de soins professionnel dans les soixante jours après la réception de la réclamation.

Si la décision n'est pas notifiée à la structure ou au prestataire de soins professionnel, dans le délai imparti au deuxième alinéa, l'agrément est censé être délivré.

Si une structure ou un prestataire de soins professionnel n'a pas présenté une réclamation, conformément au premier alinéa, contre une intention de refus de l'agrément qui a été notifiée, l'intention est censée être une décision de refus l'agrément.

Art. 9. Si l'agrément est refusé, une structure ou un prestataire de soins professionnel ne peut présenter une nouvelle demande d'agrément, à moins qu'il ne démontre que le motif du refus n'existe plus.

Art. 10. L'agrément vaut pour une durée indéterminée.

Le Fonds notifie immédiatement l'agrément accordé aux caisses d'assurance soins.

Art. 11. Le Fonds exerce un contrôle sans déplacement ou sur pièces sur le respect de la condition d'agrément prescrite à l'article 6. Les structures et les prestataires de soins professionnels prêtent leur concours à l'exercice de ce contrôle. Sur simple demande du Fonds, ils lui transmettent les pièces portant sur la demande d'agrément ou l'agrément.

Art. 12. Si le Fonds constate qu'une structure ou prestataire de soins agréés ne respecte plus les conditions d'agrément prescrites à l'article 6, l'intention du fonctionnaire dirigeant de retirer l'agrément est notifiée sans délai et par lettre recommandée, à cette structure ou ce prestataire de soins. La lettre prévoit la faculté de présenter une réclamation et les conditions auxquelles la réclamation doit répondre.

Sous peine d'irrecevabilité, une structure ou un prestataire de soins professionnel, peut présenter, par lettre recommandée, une réclamation motivée auprès du Fonds, au plus tard quinze jours après la réception d'une intention de retrait de l'agrément. La structure ou le prestataire de soins professionnel peut y demander d'être entendu.

Le Fonds examine la réclamation et entend la structure ou le prestataire de soins professionnel, si la demande en est faite dans la réclamation. La décision du Ministre est notifiée à la structure ou au prestataire de soins professionnel dans les soixante jours après la réception de la réclamation.

Si la décision n'est pas notifiée à la structure ou au prestataire de soins professionnel, dans le délai imparti au troisième alinéa, la procédure de retrait de l'agrément échoit.

Si une structure ou un prestataire de soins professionnel n'a pas présenté une réclamation, conformément au deuxième alinéa, contre une intention de retrait de l'agrément qui a été notifiée, l'intention est censée être une décision de retrait de l'agrément.

Le Fonds notifie immédiatement le retrait de l'agrément aux caisses d'assurance soins.

CHAPITRE III. — *Mandat d'indicateur*

Art. 13. § 1^{er}. Les structures qui ont été agréées au 1^{er} octobre 2001 comme service d'aide familiale en vertu du décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile et les centres d'aide sociale générale agréés à cette date, qui sont actifs dans le cadre des mutualités, visés à l'article 2, 4^o du décret du 19 décembre 1997 concernant l'aide sociale générale, sont mandatées de plein droit à partir du 1^{er} octobre 2001, pour une durée indéterminée, à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'un usager.

Les structures ou centres d'aide sociale générale, visés au premier alinéa, qui ne sont pas encore agréés au 1^{er} octobre 2001 en vertu d'un des décrets visés à l'alinéa précédent, sont mandatés de plein droit à partir de la date de leur agrément sectoriel, pour une durée indéterminée, à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'un usager.

Les structures qui ont été agréées au 1^{er} octobre 2001 comme centre de services local en vertu du décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile et qui exercent leurs activités principalement dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, sont mandatées de plein droit à partir du 1^{er} octobre 2001, pour une durée indéterminée, à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'un usager.

Les structures visées au troisième alinéa, qui ne sont pas encore agréées au 1^{er} octobre 2001 en vertu du décret visé à l'alinéa précédent et qui exercent leurs activités principalement dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, sont agréées de plein droit à partir de la date de leur agrément sectoriel, pour une durée indéterminée, à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'un usager.

§ 2. Sans préjudice des dispositions du § 1^{er}, les centres publics d'aide sociale sont mandatés de plein droit à partir du 1^{er} octobre 2001, pour une durée indéterminée, à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'un usager.

Art. 14. Le mandat visé à l'article 13, § 1^{er}, expire à partir du moment que l'agrément de la structure est suspendu, en vertu de la réglementation sectorielle dont elle relève, ou que la structure n'est plus agréée en vertu de la réglementation sectorielle dont elle relève.

L'administration de la Famille et de l'Aide sociale communique immédiatement toute décision de retrait ou de suspension de l'agrément d'une structure visée à l'article 13, § 1^{er}, ou d'un prestataire de soins professionnel au Fonds qui la notifie sans délai à toutes les caisses d'assurance soins.

CHAPITRE VI. — *L'affiliation à une caisse d'assurance soins et le paiement de la cotisation de membre*

Art. 15. § 1^{er}. Toute personne qui habite en région de langue néerlandaise et qui est née avant le 1^{er} janvier 1977, est tenue de s'affilier à une caisse d'assurance soins à partir du 1^{er} octobre 2001. Si cette personne s'affilie à une caisse de son choix avant ou le 31 décembre 2002, elle est affiliée à cette caisse à partir du 1^{er} octobre 2001.

Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse de son choix avant ou le 31 décembre 2002, elle est affiliée d'office à la Caisse flamande d'assurance soins à partir du 1^{er} octobre 2001.

Toute personne qui habite en région de langue néerlandaise et qui est née en 1977, est tenue de s'affilier à une caisse d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier 2003. Si cette personne s'affilie à une caisse de son choix avant le 1^{er} juillet 2003, elle est affiliée à cette caisse à partir du 1^{er} janvier 2003. Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse de son choix avant le 1^{er} juillet 2003, elle est affiliée d'office à la Caisse flamande d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier 2003.

Toute personne qui habite en région de langue néerlandaise et qui est née après 1977, est tenue de s'affilier à une caisse d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle dans laquelle elle a atteint l'âge de vingt-cinq ans. Si cette personne s'affilie à une caisse de son choix avant le 1^{er} juillet de l'année qui suit celle dans laquelle elle a atteint l'âge de vingt-cinq ans, elle est affiliée à cette caisse à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle s'affilie à la caisse. Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse de son choix avant le 1^{er} juillet de l'année qui suit celle dans laquelle elle a atteint vingt-cinq ans, elle est affiliée d'office à la Caisse flamande d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne aurait dû s'affilier à une caisse d'assurance soins.

§ 2. Toute personne visée au § 1^{er} qui s'installe en région de langue néerlandaise, dispose toujours de six mois après son installation pour s'affilier à une caisse assurance soins de son choix à partir du 1^{er} octobre 2001, pour ce qui concerne les personnes visées au § 1^{er}, premier alinéa, ou à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle est venue s'installer en région de langue néerlandaise, en ce qui concerne les personnes visées au § 1^{er}, deuxième et troisième alinéas. La date limite d'affiliation visée au § 1^{er}, peut, le cas échéant, être dépassée, sans que l'obligation d'affiliation pour l'année dans laquelle la personne est venue s'installer en région de langue néerlandaise, cesserait d'avoir effet.

Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse de son choix dans ce délai de six mois, elle est affiliée d'office à la Caisse flamande d'assurance soins à partir du 1^{er} octobre 2001, pour ce qui concerne les personnes visées au § 1^{er}, premier alinéa, ou à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle est venue s'installer en région de langue néerlandaise, pour les personnes visées au § 1^{er}, deuxième et troisième alinéas.

Art. 16. § 1^{er}. Sans préjudice de l'article 20, § 4 et l'article 46, toute personne qui habite en région bilingue de Bruxelles-Capitale et a atteint l'âge de vingt-cinq ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins.

Si une personne visée au premier alinéa, est née avant 1977 et s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix avant ou le 31 décembre 2002, son affiliation à cette caisse prend cours le 1^{er} octobre 2001. Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins de son choix avant ou le 31 décembre 2002, elle est affiliée à une caisse à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne s'affilie à cette caisse.

Si une personne visée au premier alinéa, est née en 1977 et s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix avant ou le 31 décembre 2003, son affiliation à cette caisse prend cours le 1^{er} janvier 2003. Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins de son choix avant ou le 31 décembre 2003, elle est affiliée à une caisse à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne s'affilie à cette caisse.

Si une personne visée au premier alinéa, est née après 1977 et s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix avant ou le 31 décembre de l'année qui suit l'année dans laquelle elle a atteint vingt-cinq ans, son affiliation à cette caisse prend cours le 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle s'est affiliée à cette caisse. Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins de son choix avant ou le 31 décembre de l'année qui suit l'année dans laquelle elle a atteint vingt-cinq ans, elle est affiliée à une caisse à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne s'affilie à cette caisse.

Dans les cas visés à la fin du deuxième, troisième et quatrième alinéas, le délai d'attente visé à l'article 10, § 1^{er}, deuxième alinéa, du décret est d'application. Pour une personne visée à la fin du deuxième alinéa, les années de non-affiliation sont comptées à partir de l'année 2002 incluse. Pour une personne visée à la fin du troisième alinéa, les années de non-affiliation sont comptées à partir de l'année 2003 incluse. Pour une personne visée à la fin du quatrième alinéa, les années de non-affiliation sont comptées à partir et y compris l'année qui suit celui dans laquelle elle a atteint l'âge de vingt-cinq ans.

§ 2. Toute personne, visée au § 1^{er}, qui est venue s'installer en région bilingue de Bruxelles-Capitale, dispose toujours de six mois après son installation, pour s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix, sans que le délai d'attente, visé à l'article 10, § 1^{er}, deuxième alinéa, du décret lui soit applicable. Si cette personne s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix dans les six mois, elle est affiliée à partir du 1^{er} octobre 2001 pour ce qui concerne les personnes visées au § 1^{er}, premier alinéa ou à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne s'est installée en région bilingue de Bruxelles-Capitale pour ce qui concerne les personnes visées au § 1^{er}, deuxième et troisième alinéas.

Si la personne ne s'affilie pas une caisse d'assurance soins de son choix dans les six mois après qu'elle s'est installée en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle est affiliée à une caisse à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne s'affilie à cette caisse. Dans ce cas, le délai d'attente visé à l'article 10, § 1^{er}, deuxième alinéa, du décret lui est applicable et les années de non-affiliation sont comptées conformément au § 1^{er}, dernier alinéa.

Art. 17. Tout affilié visé aux articles 15 et 16 est tenu à payer une cotisation de membre à la caisse d'assurance soins en question. Si l'affilié omet de payer ses cotisations de membre, la période de suspension, visée à l'article 6, § 1^{er}, deuxième alinéa du décret est d'application.

La cotisation de membre est de 10 euros pour la période du 1^{er} octobre 2001 au 31 décembre 2002 inclus.

Art. 18. § 1^{er}. Une personne s'affilie volontairement à une caisse d'assurance soins par le paiement de la cotisation de membre à la caisse d'assurance soins en question. Si la caisse en fait la demande, la personne lui transmet les renseignements nécessaires à la tenue d'un registre. Le Ministre arrête les renseignements minimums à consigner dans le registre.

Les caisses d'assurance soins sont chargées de la perception des cotisations de membre. Le Ministre arrête les modalités de la perception des cotisations.

Un affilié ou son représentant légal est tenu à communiquer à la caisse en question toute modification des renseignements portant sur l'affilié.

§ 2. En cas d'affiliation d'office, la caisse flamande d'assurance soins notifie à l'intéressé qu'il est affilié à la caisse flamande à partir de la date, visée à l'article 15, § 1^{er}, à la fin des premier, deuxième ou troisième alinéas. La caisse flamande y joint une invitation à payer la cotisation de membre et, au besoin, à fournir les renseignements visés au § 1^{er}, premier alinéa.

Art. 19. § 1^{er}. Un affilié peut s'affilier volontairement à une autre caisse d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'année dans laquelle il décide de changer de caisse d'assurance soins et à la condition qu'il en fasse part à l'autre caisse avant le 5 décembre de l'année en cours. Dans ce cas, cette caisse demande à la caisse initiale un relevé des paiements des cotisations à la (aux) caisse(s) précédente(s) et un relevé des prises en charge par la (les) caisse(s) précédente(s) au cours de la dernière année. Chaque caisse est tenue à communiquer ces renseignements suivant les conditions que le Ministre fixe.

Sans préjudice du prescrit du premier alinéa, l'affiliation à une autre caisse d'assurance soins s'opère conformément à l'article 18, § 1^{er}, étant entendu que la cotisation de membre, sous peine de déchéance du changement de caisse, doit être payée avant le 1^{er} avril de l'année qui suit celle dans laquelle l'affilié décide de changer de caisse.

§ 2. Si l'affilié à une caisse d'assurance soins n'habite plus en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale ou décède, l'affiliation ne prend fin qu'à partir du 1^{er} janvier de l'année suivante. La cotisation de membre reste due pour l'année en cours, sauf en cas de décès de l'affilié.

Le prescrit du premier alinéa s'applique par analogie si une personne habitant en région bilingue de Bruxelles-Capitale arrête volontairement l'affiliation.

CHAPITRE V. — *La prise en charge des frais et prestations pour aide et services non médicaux**Section I^{re}. — Les conditions d'obtention d'une prise en charge*

Art. 20. § 1^{er}. Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge, un usager doit satisfaire, au moment de sa demande de prise en charge, aux dispositions de l'article 5 du décret et à celles du présent arrêté, et avoir payé la cotisation de membre due pour l'année en cours.

Pour continuer à bénéficier d'une prise en charge, l'usager doit payer la cotisation due pour l'année en cours, avant le 1^{er} avril. Si l'usager n'a pas payé la cotisation avant cette date, la caisse d'assurance soins déduit son montant automatiquement et sans avis préalable, du montant de la prise en charge à laquelle l'usager a droit.

§ 2. Une autonomie réduite prolongée et grave est démontrée par l'indication visée à l'article 22 ou par une attestation visée à l'article 23 dans laquelle un degré de dépendance est attribué à l'usager qui est supérieur ou égal au degré minimum que le Ministre fixe.

§ 3. Si un usager visé aux articles 15 et 16 ne remplit pas la condition visée à l'article 5, premier alinéa, 5^o du décret et s'il démontre qu'il est régi par l'article 5, deuxième et troisième alinéa du décret, il peut joindre à sa demande de prise en charge une demande de régularisation qui est adressée à la caisse d'assurance soins, à la condition qu'au moment de la demande de régularisation il est affilié à cette caisse et a payé les cotisations de membre dues.

Il joint à sa demande la preuve qu'il est belge ou ressortissant d'un autre état membre de l'Union européenne, qu'il a droit, en tout ou en partie, aux avantages prévus par le décret, en vertu d'une disposition de droit international ou qu'il est régi par l'article 23 du traité sur les droits de l'enfant, signé à New York le 20 novembre 1989.

La caisse d'assurance soins décide de la régularisation sur pièces. En cas de décision positive, cette personne doit payer à la caisse à laquelle elle est affiliée une cotisation complémentaire à concurrence de cinq fois le montant de la cotisation de membre pour l'année dans laquelle la régularisation est demandée, le cas échéant, diminuée des cotisations que l'usager a réglées dans les cinq ans précédant l'année qui suit celle dans laquelle la régularisation a été demandée.

Le Ministre arrête les modalités de la régularisation.

§ 4. La condition visée à l'article 5, premier alinéa, 6^o du décret s'applique si une personne qui a atteint l'âge de vingt-cinq ans et qui habite ou vient habiter en région bilingue de Bruxelles-Capitale, ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins dans les six mois après qu'elle eut pu s'affilier.

§ 5. Toute personne qui habite en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui ne peut pas s'affilier à une caisse d'assurance soins du fait de son âge, tel que prévu aux articles 15 ou 16, peut bénéficier d'une prise en charge à la condition qu'elle se conforme aux dispositions de l'article 5, premier alinéa, 1^o, 3^o, 4^o et 5^o du décret.

Une personne visée au premier alinéa est réputée affiliée à une caisse d'assurance soins de son choix au sens de l'article 5, premier alinéa, 2^o du décret, pour la durée de la décision de prise en charge, sans qu'elle soit tenue à payer la cotisation de membre visée à l'article 18.

Une personne visée au premier alinéa qui a moins de cinq ans est censée remplir la condition de l'article 5, premier alinéa, 5^o du décret, si elle habite dès sa naissance en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale. La condition de l'article 5, premier alinéa, 6^o du décret n'est pas applicable à la personne visée au premier alinéa.

Section II. — La demande de prise en charge

Art. 21. § 1^{er}. L'usager ou son représentant adresse une demande de prise en charge à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié. Cela se fait par un formulaire de demande que le Ministre fixe et qui est daté par la caisse et signé par l'usager ou son représentant; il mentionne la ou les formes de soins faisant l'objet de la demande de prise en charge de l'usager.

Un représentant peut agir au nom et pour le compte de l'usager moyennant la production d'une procuration écrite signée par l'usager ou son représentant légal.

Le formulaire de demande mentionne si l'usager a habité sans interruption, au moment de la demande, pendant au moins cinq ans préalablement à la date de la demande, en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale ou, dans la négative, a demandé une régularisation.

§ 2. La caisse d'assurance soins vérifie si le demandeur, indépendamment de l'indication visée à la section III et de l'enregistrement de l'intervenant de proximité, visée à la section IV, remplit les autres conditions de l'article 20. Si tel n'est pas le cas, elle communique par écrit la décision et toutes les pièces que le Ministre fixe, à l'usager ou son représentant avec mention du motif. L'usager ou son représentant peut présenter une réclamation au Fonds, conformément aux dispositions de la section XI. Au cas contraire et pour autant que cela n'a pas déjà été fait, la caisse demande à l'usager ou son représentant de désigner un indicateur mandaté et, si l'usager a également opté pour des soins de proximité, de faire enregistrer son ou ses intervenants de proximité.

La caisse d'assurance soins met à disposition, sur simple demande, la liste des indicateurs mandatés parmi lesquels l'usager ou son représentant choisit un indicateur. Le choix est mentionné sur le formulaire de demande.

Section III. — L'indication

Art. 22. L'indicateur mandaté choisi par l'usager ou son représentant constate la gravité et la durée de l'autonomie réduite de l'usager suivant le mode fixé par le Ministre et à l'aide d'un instrument de mesure que le Ministre fixe. La personne chargée d'établir l'indication doit au moins être graduée en soins de santé ou en travail socio-agogique ou être porteur d'un diplôme qui y est assimilé tant pour le contenu que pour le niveau, par le département de l'Enseignement du Ministère de la Communauté flamande.

L'indicateur mandaté mentionne l'indication sur le formulaire de demande. L'indication est signée par la personne qui l'a établie. L'usager ou son représentant transmet le formulaire à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

Art. 23. Les usagers qui disposent d'une indication établie en vertu d'une autre réglementation, peuvent faire usage de cette indication, par dérogation à l'article 22, pour leur demande de prise en charge, à la condition que la demande soit introduite avant le 1^{er} janvier 2003. Le Ministre peut prolonger ce délai par deux ans maximum.

Une indication visée au premier alinéa est démontrée par une attestation. Le Ministre arrête les conditions auxquelles l'attestation doit répondre, les indications prises en compte pour la délivrance de cette attestation et la période dans laquelle l'indication doit être établie pour être valable dans le cadre du premier alinéa.

Section IV. — L'enregistrement de l'intervenant de proximité

Art. 24. Si l'utilisateur ou son représentant demande une prise en charge pour des soins de proximité, l'utilisateur ou son représentant joint un plan d'activité au formulaire de demande visé à l'article 21. En cas de plusieurs intervenants de proximité, un plan d'activité est ajouté.

Le plan d'activité est une déclaration signée par le ou les intervenants de proximité qui énumère les activités entreprises par le ou les intervenants de proximité pendant au moins trois jours par semaine. Le plan d'activité est cosigné par l'utilisateur ou son représentant. Le Ministre arrête les conditions du plan d'activité.

Si l'utilisateur dispose d'un plan de soins, visé à l'article 10, § 4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 décembre 1990 portant coordination et soutien des soins à domicile, énumérant schématiquement les missions du ou des intervenants de proximité, ce plan fait fonction de plan d'activité.

Art. 25. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié, statue sur l'enregistrement du ou des intervenants de proximité sur la base du plan d'activité et communique par écrit, cette décision et les pièces que le Ministre fixe, à l'utilisateur ou son représentant et en cas d'une décision négative, également à ou aux intervenants de proximité. L'enregistrement peut se faire à tout moment mais il doit intervenir au plus tard à la date que la caisse a pris une décision sur la prise en charge, conformément à l'article 28, ou convertit une autre forme de soins en des soins de proximité, en application de l'article 29.

En cas d'application de la procédure visée à la section VIII ou IX du fait d'une révision ou d'un contrôle, il y a lieu de renouveler l'enregistrement du ou des intervenants de proximité sur la base d'un nouveau plan d'activité.

Le Ministre arrête les modalités de l'enregistrement.

Art. 26. Un intervenant de proximité enregistré est tenu à notifier sans délai la cessation des soins de proximité à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié. L'interruption de la dispensation des soins de proximité pendant 21 jours successifs au maximum, n'est pas considérée comme une cessation.

La caisse en question supprime l'enregistrement du ou des intervenants de proximité du fait de la communication visée au premier alinéa, sur la demande du ou des intervenants de proximité ou de l'utilisateur ou son représentant.

S'il appert que le ou les intervenants de proximité ne mettent pas ou insuffisamment en oeuvre le plan d'activité, ou qu'il(s) a(ont) communiqué des renseignements inexacts, la caisse peut supprimer d'initiative l'enregistrement. La caisse y est tenue si le Fonds le demande. La caisse donne à l'utilisateur ou son représentant ou à ou aux intervenants de proximité la possibilité d'être entendus avant que la suppression de l'enregistrement ne soit décidée.

La caisse notifie par écrit à l'utilisateur ou son représentant et à ou aux intervenants de proximité, toute décision de suppression de l'enregistrement et les pièces que le Ministre fixe.

Art. 27. L'utilisateur ou son représentant et le ou les intervenants de proximité peuvent présenter une réclamation au Fonds contre les décisions visées aux articles 25 et 26. Les dispositions de la section XI s'appliquent par analogie.

Section V. — La décision sur la prise en charge

Art. 28. § 1^{er}. Sur la base du formulaire de demande complété par l'indication, la caisse d'assurance soins statue sur la prise en charge. La caisse vérifie si l'utilisateur remplit toutes les conditions prescrites à l'article 20.

Si la caisse conteste la gravité ou la durée de l'autonomie réduite, elle en avise l'utilisateur ou son représentant et lui fait part du droit d'être entendu. Si l'utilisateur ou son représentant le demande, il est entendu par la caisse avant que celle-ci ne prenne sa décision.

Le Ministre détermine les modalités suivant lesquelles les caisses peuvent exécuter ou faire exécuter des examens supplémentaires au sujet de l'indication.

§ 2. La caisse communique par écrit à l'utilisateur ou son représentant sa décision et les pièces que le Ministre fixe, dans les soixante jours suivant la date de la demande. L'utilisateur ou son représentant peut présenter une réclamation auprès du Fonds, conformément aux dispositions de la section XI.

§ 3. Sans préjudice des dispositions des sections VIII et IX, une décision positive de prise en charge vaut :

- 1° pour la prise en charge de la forme de soins mentionnée dans la demande;
- 2° pour la durée mentionnée dans la décision, plafonnée à trois ans à compter de la date de l'indication ou de l'attestation visée à l'article 23;
- 3° tant que l'utilisateur remplit les conditions prescrites à l'article 20, § 1^{er}.

Le Ministre arrête les modalités de la détermination de la durée de validité de la décision, visée à l'alinéa précédent.

Art. 29. Un usager qui bénéficie d'une prise en charge et souhaite changer de forme de soins, en avise la caisse lui-même ou par l'entremise de son représentant. La caisse transmet à l'utilisateur ou son représentant une annexe à la décision visée à l'article 28, § 2, que le Ministre fixe, avec mention de la nouvelle forme de soins. La prise en charge de la nouvelle forme de soins prend effet le premier jour du mois qui suit la date de la communication du changement de forme de soins. La durée de validité, visée à l'article 28, § 3, premier alinéa, 2°, reste inchangée.

Art. 30. L'utilisateur et son représentant sont tenus à notifier à la caisse sans tarder toute modification de la situation ou des soins dont bénéficie l'utilisateur. Au cas où l'utilisateur aurait recours à des soins de proximité, l'intervenant de proximité y est également tenu.

Section VI. — Le montant de la prise en charge

Art. 31. § 1^{er}. Les prises en charge possibles et leur montant sont fixés comme suit :

1° pour le premier et le deuxième mois qui suit la date de présentation de la demande, la prise en charge s'élève à 0 euro;

2° si l'usager a recours à des soins de proximité, la prise en charge est de 75 euros par mois à compter du troisième mois qui suit la date de présentation de la demande;

3° si l'usager a recours à une ou plusieurs structures ou personnes, visées à l'article 2, § 1^{er}, l'article 2, § 2, premier alinéa, 1°, l'article 2, § 3, l'article 5 et l'article 6, ou aux résidences-services, visées à l'article 2, § 2, premier alinéa, 2°, ou réside dans une ou plusieurs structures pareilles, la prise en charge s'élève à 85 euros par mois à partir du troisième mois qui suit la date de présentation de la demande;

4° si l'usager a recours tant aux soins de proximité qu'à la forme de soins visée au 3°, la prise en charge est de 125 euros par mois à compter du troisième mois qui suit la date de présentation de la demande;

5° si l'usager réside dans des structures visées à l'article 2, § 2, premier alinéa, 2° à 4° inclus, à l'exclusion des résidences-services, la prise en charge s'élève à 160 euros par mois à compter du troisième mois qui suit la date de présentation de la demande.

Si l'usager qui habite en région bilingue de Bruxelles-Capitale, fait appel, dans un mois déterminé, à des soins de proximité ou une structure ou un prestataire de soins professionnel pour l'achat, la location ou l'emprunt d'un produit ou d'une aide, sans que cet usager ait recours à d'autres aides et services non médicaux professionnels au cours de ce mois, il n'a pas droit pour ce mois, par dérogation au premier alinéa, à la prise en charge visée au premier alinéa.

Dans le cas, visé au premier alinéa, 4°, le montant en question est scindé en un montant de 75 euros à titre de prise en charge pour les soins de proximité et un montant de 50 euros à titre de prise en charge de l'autre forme de soins.

Le montant de la situation visée au premier alinéa, 5°, n'est pas cumulable avec les montants des cas visés au premier alinéa, 2°, 3° ou 4°;

§ 2. Dans les cas, visés aux articles 29, 35, § 2 ou 37, § 2, la prise en charge, visée au § 1^{er}, premier alinéa, 2° à 5°, est accordée à partir du premier jour du premier mois qui suit la date de la notification du changement de forme de soins ou de la décision.

Section VII. — La suspension de l'exécution de la prise en charge

Art. 32. Par dérogation à l'article 31, l'exécution des prises en charge est suspendue, le cas échéant, pour la période de suspension, visée à l'article 16, § 1^{er}, cinquième alinéa, ou § 2, à la fin du deuxième alinéa, ou pour la période de suspension, visée à l'article 17, à la fin du premier alinéa ou pour les périodes de suspension cumulées.

La suspension prend effet à partir du mois qui suit la date de présentation de la demande. L'usager perd tout droit aux prises en charge pour la période de suspension. A partir du mois qui suit l'expiration de la suspension, la prise en charge est exécutée sur la base des montants prévus à l'article 31, § 1^{er}, premier alinéa, 2° à 5°.

Art. 33. Après avis de la commission de réclamation, visée à l'article 42, le Fonds peut permettre à un usager en situation précaire, tel que visé à l'article 23^{ter}, deuxième alinéa du décret, de régler encore les cotisations de membre impayées ou de le dispenser, en tout ou en partie, de leur paiement. Dans ces cas, la suspension visée à l'article 17, à la fin du premier alinéa, cesse d'avoir effet.

Le Ministre arrête les modalités de la procédure, visée au premier alinéa.

Section VIII. — La révision de la décision de prise en charge

Art. 34. § 1^{er}. L'usager ou son représentant a le droit de demander à tout moment, à la caisse d'assurance soins, une révision de la décision de prise en charge. Selon le cas, la demande en révision s'opère par une nouvelle demande ou par une annexe datée et signée à la demande initiale.

§ 2. Sous peine d'irrecevabilité, la caisse peut faire part à l'usager ou son représentant, au plus tard 15 jours de la réception d'un changement de la situation ou des soins dont l'usager bénéficie, tel que visé à l'article 30, qu'une nouvelle indication doit être établie à l'aide d'un formulaire de révision que le Ministre fixe.

§ 3. La caisse d'assurance soins fait part à l'usager ou son représentant, trois mois avant la fin de la durée de validité de la décision de prise en charge, visée à l'article 23 ou 28, § 3, qu'une nouvelle indication doit être établie. Cela se fait à l'aide du formulaire de révision visée au § 2.

Art. 35. § 1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 34, la procédure, prescrite aux articles 21 à 30 inclus, s'applique par analogie à la révision. L'usager ou son représentant peut présenter une réclamation auprès du Fonds, conformément aux dispositions de la section XI.

§ 2. La décision sur la prise en charge, prise conformément au § 1^{er}, prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la date de demande en révision par l'usager ou son représentant ou par la caisse d'assurance soins, en application de l'article 34, § 2, sans que toutefois une prise en charge accordée à l'usager soit recouvrée.

Section IX. — Le contrôle de l'indication

Art. 36. La caisse d'assurance soins peut contrôler d'initiative l'indication d'un usager bénéficiant d'une prise en charge, et en est tenue chaque fois que le Fonds le demande.

Le cas échéant, un indicateur désigné par le Fonds, qui est un autre que celui qui a établi la dernière indication de l'usager, établira une nouvelle indication.

Art. 37. § 1^{er}. L'indicateur désigné par la caisse d'assurance soins, détermine la gravité et la durée de l'autonomie réduite de l'usager selon les modalités et un instrument de mesure que le Ministre fixe. La personne qui établit l'indication, est au moins gradué en soins de santé ou en travail socio-agogique ou est porteur d'un diplôme qui y est assimilé, tant pour le contenu que pour le niveau, par le département de l'Enseignement du Ministère de la Communauté flamande.

L'indication est signée par la personne qui l'a établie. L'indicateur la transmet immédiatement à la caisse d'assurance soins.

Les dispositions de l'article 28, § 1^{er}, premier alinéa, et § 3, et de l'article 30, s'appliquent par analogie en cas de contrôle. La caisse d'assurance soins notifie sa décision et les pièces que le Ministre fixe, à l'usager ou son représentant, dans les soixante jours de la notification visée à l'article 36, deuxième alinéa. Si le Fonds a demandé le contrôle, la caisse d'assurance soins lui communique également la décision. L'usager ou son représentant peut présenter une réclamation auprès du Fonds, conformément aux dispositions de la section XI.

§ 2. La décision sur la prise en charge, prise conformément au § 1^{er}, prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la date de la décision.

Section X. — Le recouvrement des prises en charge indûment accordées

Art. 38. Des prises en charge indûment accordées par la caisse d'assurance soins, sont recouvrées à charge de l'usager intéressé ou déduites des prises en charge à accorder à l'usager à l'avenir.

Art. 39. La caisse d'assurance soins communique à l'usager sa décision de recouvrer ou de déduire les prises en charge indûment accordées, avec mention du motif de la décision. L'usager ou son représentant peut demander d'être entendu.

Art. 40. Si la caisse d'assurance soins décide de recouvrer des prises en charge indûment accordées à un usager en raison d'informations sciemment dissimulées par l'usager ou son représentant ou d'informations inexacts ou incomplètes fournies par l'usager ou son représentant, la caisse d'assurance soins peut suspendre l'octroi de la prise en charge pour au maximum six mois. L'usager ou son représentant peut présenter une réclamation auprès du Fonds, conformément aux dispositions de la section XI.

Section XI. — La réclamation

Art. 41. § 1^{er}. L'usager ou son représentant peut présenter une réclamation auprès du Fonds, contre les décisions suivantes de la caisse d'assurance soins :

- 1° la décision sur la demande, prise en vertu de l'article 21, § 2, premier alinéa;
- 2° la décision sur la prise en charge, prise en vertu de l'article 28, § 2;
- 3° la décision sur la révision, prise en vertu de l'article 35, § 1^{er};
- 4° la décision suite au contrôle, prise en vertu de l'article 37, § 1^{er}, troisième alinéa;
- 5° la décision prise en vertu de l'article 40;

L'usager ou son représentant et le ou les intervenants de proximité peuvent présenter une réclamation auprès du Fonds contre les décisions de la caisse à laquelle l'usager est affilié qui sont prises en vertu des articles 25 ou 26.

§ 2. Pour être recevable, la réclamation doit :

- 1° être motivée;
- 2° être accompagnée des pièces pertinentes;
- 3° être envoyée, par lettre recommandée, dans les trente jours après la réception de la décision de la caisse d'assurance soins au Fonds ou y être remise contre récépissé dans ce même délai.

Si l'usager ou son représentant ou le ou les intervenants de proximité veulent être entendus, cela doit être demandé dans la réclamation, sous peine de déchéance.

Art. 42. § 1^{er}. Si la réclamation est recevable, le Fonds transmet la réclamation, dans les quinze jours après sa réception, à une commission de réclamation que le Ministre compose. Dans le même délai, le Fonds notifie à la caisse d'assurance soins le fait qu'une réclamation recevable ait été présentée. La caisse peut demander d'être entendue.

Le Ministre peut créer des chambres au sein de la commission de réclamation.

§ 2. La commission de réclamation ou, en cas de création de chambres en application du § 1^{er}, deuxième alinéa, chaque chambre de la commission de réclamation, est composée d'un président et de quatre membres et leurs suppléants. Le président et son suppléant doivent être porteurs d'un diplôme de docteur ou de licencié en droit. Parmi les autres membres les qualifications suivantes doivent être présentes : docteur en médecine, gradué en soins infirmiers et assistant social. Le président et les membres de la commission de réclamation sont nommés par le Ministre pour un délai renouvelable de cinq ans.

Le secrétariat d'une chambre de la commission de réclamation, est assuré par un membre du personnel du Fonds. Il n'a pas droit de vote.

§ 3. Le point 4 de l'annexe à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs, est complété comme suit :

« - la commission de réclamation, visée à l'article 42 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 ».

Art. 43. § 1^{er}. Une chambre de la commission de réclamation peut émettre seulement un avis valable si le président et au moins deux membres, ou leurs suppléants, sont présents. La commission de réclamation décide par majorité simple. En cas de partage des voix, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Si l'usager ou son représentant, ou le ou les intervenants de proximité l'ont demandé dans leurs demande, ils peuvent être entendus par une chambre de la commission de réclamation. Cela vaut également pour la caisse d'assurance soins.

§ 2. Le fonctionnement de la commission de réclamation fait l'objet d'un règlement intérieur. Si plusieurs chambres ont été créées au sein de la commission de réclamation, ce règlement intérieur ou sa modification est débattu par les chambres réunies.

Art. 44. Une chambre de la commission de réclamation rend son avis motivé au Fonds dans les trois mois après la réception de la réclamation.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision motivée dans un mois après la réception de l'avis, ou, à défaut d'un avis dans les délais, après l'expiration du délai visé à l'alinéa précédent.

Le Fonds envoie la décision du fonctionnaire dirigeant, par lettre recommandée, dans les huit jours à l'usager ou son représentant ou à ou aux intervenants de proximité, à la caisse d'assurance soins en question et à l'indicateur mandaté.

CHAPITRE VI. — *Dispositions finales*

Art. 45. Le Ministre arrête les modalités du refus ou de la réduction des prises en charge, visés à l'article 6, § 2 du décret. Il détermine dans quels cas une prise en charge est réduite, conformément à l'article 6, § 2, du décret et dans quels cas les prises en charge sont refusées.

Art. 46. Sans préjudice de l'article 20, § 4, le délai d'affiliation préalable, visé à l'article 5, premier alinéa, 6° du décret, s'élève à titre transitoire à :

1° zéro an si la personne, visée à l'article 16, § 1^{er}, deuxième alinéa, s'affilie à une caisse d'assurance soins avant le 1^{er} juillet 2002;

2° un an si la personne, visée à l'article 16, § 1^{er}, deuxième alinéa, s'affilie à une caisse d'assurance soins après le 1^{er} juillet 2002 et avant le 1^{er} juillet 2003;

3° trois ans si la personne, visée à l'article 16, § 1^{er}, deuxième ou troisième alinéa, s'affilie à une caisse d'assurance soins après le 1^{er} juillet 2003 et avant le 1^{er} juillet 2004;

4° cinq ans si la personne, visée à l'article 16, § 1^{er}, deuxième, troisième ou quatrième alinéa, s'affilie à une caisse d'assurance soins après le 1^{er} juillet 2004 et avant le 1^{er} juillet 2005;

Art. 47. Les centres publics d'aide sociale accompliront les missions de la Caisse flamande d'assurance soins que le Ministre fixe, aux conditions fixées par le Ministre.

Art. 48. A partir de l'entrée en vigueur du présent arrêté jusqu'au 31 décembre 2001, le montant de "403 francs" est applicable au lieu du montant de "10 euros" mentionné à l'article 17, deuxième alinéa.

Art. 49. § 1^{er}. Les articles 3 à 9 inclus, l'article 10, § 1^{er}, l'article 10*bis*, l'article 13, premier alinéa, 3°, l'article 13, deuxième au sixième alinéas inclus, les articles 21*bis* au 23*ter* inclus du décret, entrent en vigueur, dans la mesure fixée par le présent arrêté, le 1^{er} octobre 2001.

§ 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} octobre 2001.

Art. 50. Le Ministre flamand qui a l'Assistance aux personnes dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 28 septembre 2001.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

P. DEWAELE

Le Ministre flamand de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances,

M. VOGELS

REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

F. 2002 — 1036 (2002 — 230)

[C — 2002/27265]

13 DECEMBRE 2001. — Arrêté du Gouvernement wallon relatif à l'introduction de l'euro en ce qui concerne les matières sociales et la santé. — Erratum

Dans la version française de l'arrêté susmentionné, publié dans le *Moniteur belge* du 23 janvier 2002, aux pages 2310 et suivantes, la troisième ligne du tableau repris à l'article 6, doit se lire comme suit :

Article 6 alinéa 1 ^{er}	1 550 00 francs	38.420 euros
-------------------------------------	-----------------	--------------

VERTALING

MINISTERIE VAN HET WAALSE GEWEST

N. 2002 — 1036 (2002 — 230)

[C — 2002/27265]

13 DECEMBER 2001. — Besluit van de Waalse Regering tot invoering van de euro voor wat betreft de sociale aangelegenheden en de gezondheid. — Erratum

In de Franse versie van bovenvermeld besluit, bekendgemaakt op badzijden 2310 en volgende van het *Belgisch Staatsblad* van 23 januari 2002, dient de derde lijn van de in artikel 6 vermelde tabel te worden gelezen als volgt :

Article 6 Alinéa 1 ^{er}	1 550 000 francs	38.420 euros
-------------------------------------	------------------	--------------