

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2003 — 382

[C — 2003/35121]

13 DECEMBER 2002. — Besluit van de Vlaamse regering tot wijziging 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 en tot opheffing van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de regeling van de uitvoering van de tenlastenemingen 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, 18 mei 2001 en 18 december 2002;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001 en 25 oktober 2002;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de regeling van de uitvoering van de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 25 oktober 2002;

Gelet op het advies van de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds, gegeven op 7 oktober 2002;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de Begroting, gegeven op 12 december 2002;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de tenlastenemingen volgens de aangepaste procedure vanaf 1 januari 2003 uitgevoerd moeten worden en dat ook het bedrag voor mantel- en thuiszorg voor deze datum aangepast moet worden, waarbij aan de burgers en de zorgkassen zo snel mogelijk rechtszekerheid moet worden geboden;

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

Na beraadslaging,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 1 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 worden 6°, 7°, 8° en 9° vervangen door wat volgt :

« 6° gemachtigde indicatiesteller : een organisatie, 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 of een residentiële zorgvoorziening, of een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger »;

« 8° mantel- en thuiszorg : zorgvorm waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger »;

« 9° tenlasteneming : de tenlasteneming van de kosten zoals bepaald in artikel 6, § 1, van het decreet »;

Art. 2. Aan artikel 1 van hetzelfde besluit wordt een 15° toegevoegd, dat luidt als volgt :

« 15° residentiële zorg : zorgvorm waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een voorziening die erkend is of gelijkgesteld is met een erkenning als een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis. »

Art. 3. In artikel 2, § 1, eerste en tweede lid, en artikel 2, § 2, eerste en tweede lid, en artikel 2, § 3, van hetzelfde besluit worden de woorden « met toepassing van artikel 6, § 1, eerste lid, 2°, van het decreet » telkens vervangen door de woorden « met toepassing van artikel 6, § 1, tweede en derde lid, van het decreet ».

Art. 4. In hetzelfde besluit wordt hoofdstuk II, afdeling II, bestaande uit artikel 4 tot en met 12, opgeheven.

Art. 5. In artikel 20, § 6, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 25 oktober 2002, worden de woorden « een in artikel 31, § 1, eerste lid, 5°, bedoelde tenlasteneming » vervangen door de woorden « een in artikel 31, § 1, eerste lid, 2°, bedoelde tenlasteneming ».

Art. 6. In artikel 21, § 1, van hetzelfde besluit wordt het tweede lid vervangen door wat volgt :

« Een vertegenwoordiger kan in naam en voor rekening van de gebruiker optreden. De minister bepaalt hiervoor de nadere regels. »

Art. 7. In artikel 21, § 2, van hetzelfde besluit worden de woorden « en de in afdeling IV bedoelde registratie van de mantelzorger » geschrapt.

Art. 8. In artikel 22, eerste lid, en artikel 37, § 1, van hetzelfde besluit worden tussen de woorden « of het studiegebied sociaal-agogisch werk, » en de woorden « of over een diploma » telkens de woorden « of over een diploma van gegradueerde in de gezinswetenschappen, » ingevoegd.

Art. 9. In artikel 23 van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen door wat volgt :

« 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. »

Art. 10. In hetzelfde besluit wordt een artikel 23bis ingevoegd, dat luidt als volgt :

« Art. 23bis. De minister bepaalt in welke gevallen een in artikel 22 bedoelde indicatiestelling of een in artikel 23 bedoeld attest gebruikt kan worden. »

Art. 11. In hetzelfde besluit wordt hoofdstuk V, afdeling IV, bestaande uit artikel 24 tot en met 27, opgeheven.

Art. 12. In artikel 28, § 3, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 14 december 2001, worden 2° en 3° vervangen door wat volgt :

« 2° voor de in de beslissing vermelde duur, met een maximum van drie jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de beslissing tot tenlasteneming ingaat, bij een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg, en voor onbepaalde duur, bij een positieve beslissing voor residentiële zorg »;

« 3° zolang de gebruiker voldoet aan de voorwaarden van artikel 20. »

Art. 13. Artikel 29 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt :

« Art. 29. Een gebruiker die een tenlasteneming geniet en wil veranderen van zorgvorm, deelt dat zelf of via zijn vertegenwoordiger mee aan de zorgkas. De zorgkas deelt haar beslissing en de door de minister te bepalen stukken schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De minister bepaalt in welke gevallen een in artikel 22 bedoelde indicatiestelling of een in artikel 23 bedoeld attest gebruikt kan worden en bepaalt in voorkomend geval de procedure. Artikel 28, § 3, is van toepassing op een positieve beslissing.

Bij de verandering van mantel- en thuiszorg naar residentiële zorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de eerste volle maand dat de gebruiker in een in artikel 2, § 2, eerste lid, 2° tot en met 4°, bedoelde voorziening met uitzondering van de serviceflats verblijft.

Bij de verandering van residentiële zorg naar mantel- en thuiszorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de maand na de maand waarin de gebruiker een in artikel 2, § 2, eerste lid, 2° tot en met 4°, bedoelde voorziening met uitzondering van de serviceflats verlaten heeft. »

Art. 14. Artikel 30 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt :

« 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. »

Art. 15. Artikel 31 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001 en 25 oktober 2002, wordt vervangen door wat volgt :

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

- 1) de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg bedraagt 90 euro per maand;
- 2) als de gebruiker verblijft in een in artikel 2, § 2, eerste lid, 2° tot en met 4°, bedoelde voorziening met uitzondering van de serviceflats, bedraagt de tenlasteneming voor residentiële zorg 125 euro per maand.

De gebruiker die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, heeft, in afwijking van het eerste lid, in een bepaalde maand slechts recht op de in het eerste lid, 1°, bedoelde tenlasteneming, als hij in de maand in kwestie een beroep doet op een of meer van de in artikel 2, § 1, artikel 2, § 2, eerste lid, 1°, en artikel 2, § 3, bedoelde voorzieningen of als hij in de maand in kwestie verblijft in een serviceflat die erkend is krachtens de decreten inzake voorzieningen voor bejaarden, gecoördineerd op 18 december 1991 of die gelijkgesteld is met een dergelijke erkenning.

Als bewijsvoering moet de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de factuur van de in het tweede lid bedoelde hulpen dienstverlening bij de zorgkas inleveren. Om geldig te zijn, moet de factuur worden ingediend binnen zes maanden na de prestatie maand waarop ze betrekking heeft.

De in het eerste lid vermelde bedragen zijn niet cumuleerbaar.

Bij een gebruiker die in een bepaalde maand overlijdt, wordt de tenlasteneming voor de maand in kwestie uitgevoerd. »

Art. 16. In hetzelfde besluit wordt hoofdstuk V, afdeling VIII, bestaande uit artikelen 34 en 35, vervangen door wat volgt :

« Afdeling VIII. De herziening, verlenging of stopzetting van een beslissing

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. De procedure, bepaald in artikelen 21, 22, 23, 28, 29 en 30, is van overeenkomstige toepassing.

§ 2. De zorgkas verwittigt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger drie maanden vóór het einde van de in artikel 28, § 3, bedoelde geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming, dat de gebruiker via een nieuwe indicatiestelling of een nieuw attest de verlenging van de beslissing moet aanvragen. De procedure, bepaald in artikelen 22, 23, 28, 29 en 30, is van overeenkomstige toepassing, met uitzondering van het aanvraagformulier.

§ 3. De overeenkomstig § 1 genomen positieve 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.

De overeenkomstig § 2 genomen positieve beslissing over de tenlasteneming treedt in werking op de eerste dag van de maand na de maand waarin de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken.

Art. 35. De zorgkas zet een beslissing stop als de gebruiker niet meer voldoet aan alle voorwaarden van artikel 20. De beslissing heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de dag waarop de gebruiker niet meer voldoet aan alle voorwaarden van artikel 20. De zorgkas deelt haar beslissing en de door de minister te bepalen stukken mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing overeenkomstig de bepalingen van afdeling XI een bezwaar indienen bij het Fonds. »

Art. 17. In artikel 41 van het hetzelfde besluit wordt § 1 vervangen door wat volgt :

« Art. 41. § 1. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan een bezwaarschrift indienen bij het Fonds tegen de volgende beslissing 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 34 genomen beslissingen;
- 4) de krachtens artikel 35 genomen beslissing inzake de stopzetting van de tenlasteneming;
- 5) de krachtens artikel 37, § 1, derde lid, genomen beslissing ten gevolge van de controle;

6) de krachtens artikel 40 genomen beslissing. »

Art. 18. In artikel 41, § 2, tweede lid, en artikel 43, § 1, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de woorden « of de mantelzorger(s) » telkens geschrapt.

Art. 19. In artikel 44 van hetzelfde besluit wordt het derde lid vervangen door wat volgt :

« Het Fonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar binnen acht dagen met een aangetekende brief aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en aan de zorgkas in kwestie. »

Art. 20. Aan hetzelfde besluit wordt in hoofdstuk V een afdeling XII, bestaande uit artikelen 44*bis* en 44*ter*, toegevoegd die luidt als volgt :

« Afdeling XII. Tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg

Art. 44*bis*. De zorgkas betaalt de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg uit via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker of in contanten aan de gebruiker.

Art. 44*ter*. De betaling gebeurt maandelijks. »

Art. 21. Aan hetzelfde besluit wordt in hoofdstuk V een afdeling XIII, bestaande uit artikel 44*quater* en 44*quinqües*, toegevoegd, die luidt als volgt :

« Afdeling XIII. Tenlasteneming voor residentiële zorg

Art. 44*quater*. De zorgkas betaalt de tenlasteneming voor residentiële zorg uit via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker of in contanten aan de gebruiker, op basis van door de minister te bepalen attesten die het verblijf in de residentiële zorgvoorziening aantonen. De minister kan nadere regels bepalen met betrekking tot de bewijsvoering waaraan de gebruiker op het vlak van zorgbehoevendheid en verblijf in de residentiële zorgvoorziening moet voldoen.

Art. 44*quinqües*. De betaling van de tenlasteneming voor residentiële zorg gebeurt maandelijks, op zijn vroegst op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarop de tenlasteneming betrekking heeft. »

Art. 22. In hetzelfde besluit wordt een hoofdstuk V*bis*, bestaande uit artikel 44*sexies*, ingevoegd dat luidt als volgt :

« Hoofdstuk V*bis*. Toezicht op de subsidiëring

Art. 44*sexies*. § 1. Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 57 en 58 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991, kan de minister, als een zorgkas niet langer voldoet aan één of meer voorwaarden zoals bepaald in hoofdstuk II van het besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op zorgkassen, als bij een zorgkas subsidiefraude wordt vastgesteld of als ze niet meewerkt aan de uitoefening van het toezicht, de subsidies verlagen, de subsidiëring geheel of gedeeltelijk stopzetten voor een door hem te bepalen termijn, of de reeds vereffende subsidies geheel of gedeeltelijk terugvorderen voor een door hem te bepalen termijn. De minister kan nadere regels bepalen betreffende de verlaging van de subsidies, de stopzetting van de subsidiëring of de terugvordering van reeds vereffende subsidies.

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

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

§ 2. Op straffe van niet-ontvankelijkheid kan de zorgkas tot uiterlijk 45 dagen na ontvangst van het voornemen tot verlaging van de subsidies, tot stopzetting van de subsidiëring of tot terugvordering van de subsidies, hiertegen met een aangetekende brief een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het Fonds. Ze kan daarin uitdrukkelijk vragen om te worden gehoord.

In voorkomend geval zal de minister binnen zestig dagen na ontvangst van dit bezwaarschrift zijn beslissing intrekken of bevestigen.

Als de zorgkas geen bezwaarschrift heeft ingediend binnen de gestelde termijn of als de minister zijn beslissing binnen de gestelde termijn heeft bevestigd, wordt de subsidiëring verlaagd, geheel of gedeeltelijk stopgezet of worden de subsidies geheel of gedeeltelijk teruggevorderd.

Als de minister zijn beslissing intrekt of als hij zijn beslissing binnen de gestelde termijn niet bevestigt, wordt de subsidiëring voortgezet of blijven de subsidies behouden. »

Art. 23. In hetzelfde besluit worden een artikel 48*bis* en 48*ter* ingevoegd, die luiden als volgt :

« Art. 48*bis*. Personen die in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis verblijven, ontvangen tot 31 maart 2003 enkel tenlastenemingen als ze aan de formele voorwaarden voldoen en als ze over een score C op de schaal voor tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting beschikken.

Art. 48*ter*. Gebruikers die op 31 december 2002 beschikken over een positieve beslissing, hebben vanaf 1 januari 2003 recht op de in artikel 31, § 1, eerste lid, 1° of 2°, bedoelde tenlastenemingen, mits de geldigheidsduur van de beslissing niet verstreken is en als ze nog aan alle in artikel 20 bedoelde voorwaarden voldoen. »

Art. 24. § 1. Het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de regeling van de uitvoering van de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering wordt opgeheven met ingang van 1 januari 2003, met uitzondering van artikel 7 tot en met 17, die worden opgeheven met ingang van 1 mei 2003.

§ 2. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tot 31 maart 2003 facturen of aankoopbewijzen indienen bij de zorgkas die betrekking hebben op prestaties die verleend zijn of producten die gekocht zijn voor 1 januari 2003. De zorgkas betaalt voor 1 mei 2003 terug.

Art. 25. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2003.

Art. 26. De Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.
Brussel, 13 december 2002.

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

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

TRADUCTION

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2003 — 382

[C — 2003/35121]

13 DECEMBRE 2002. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant 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 et abrogeant l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 réglant l'exécution de prises 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, 18 mai 2001 et 18 décembre 2002;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel qu'il a été modifié par les arrêtes du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001 et 25 octobre 2002;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 réglant l'exécution de prises en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel qu'il a été modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 octobre 2002;

Vu l'avis du conseil consultatif près du Fonds flamand d'assurance soins, donné le 7 octobre 2002;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du Budget, donné le 12 décembre 2002;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que les prises en charge doivent être exécutées suivant la procédure appropriée à partir du 1^{er} janvier 2003 et que le montant pour les soins de proximité et les soins à domicile doit également être adapté avant cette date, tout en garantissant dans les meilleurs délais la sécurité juridique des caisses d'assurance soins et des citoyens;

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

Après délibération,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'article 1^{er} 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, les 6^o, 7^o, 8^o et 9^o sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 6^o indicateur mandaté : une organisation, 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, alinéa 1^{er}, du décret »;

7^o 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, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité »;

« 8^o soins de proximité et soins à domicile : forme de soins où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure de soins non résidentielle, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité »;

« 9^o prise en charge : la prise en charge des frais, tels que définis à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret ».

Art. 2. A l'article 1^{er} du même arrêté, il est ajouté un 15^o, rédigé comme suit :

« 15^o soins résidentiels : forme de soins où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure agréée ou assimilée à un agrément comme maison de repos, maison de repos et de soins ou comme maison de soins psychiatrique. »

Art. 3. Dans l'article 2, § 1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, et l'article 2, § 2, alinéas 1^{er} et 2, et l'article 2, § 3, du même arrêté, les mots « en application de l'article 6, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, du décret » sont remplacés chaque fois par les mots « en application de l'article 6, § 1^{er}, alinéas deux et trois, du décret ».

Art. 4. Dans le même arrêté, le chapitre II, section II, comprenant les articles 4 à 12 inclus, est abrogé.

Art. 5. Dans l'article 20, § 6 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 octobre 2002, les mots « une prise en charge, visée à l'article 31, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 5^o » sont remplacés par les mots « une prise en charge, visée à l'article 31, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o ».

Art. 6. Dans l'article 21, § 1^{er}, du même arrêté, le deuxième alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Un représentant peut agir au nom et pour le compte de l'utilisateur. Le Ministre peut en déterminer les modalités. »

Art. 7. Dans l'article 21, § 2, du même arrêté, les mots « et de l'enregistrement de l'intervenant de proximité, visée à la section IV » sont supprimés.

Art. 8. Dans l'article 22, alinéa 1^{er}, et l'article 37, § 1^{er}, du même arrêté, les mots « ou être porteur d'un diplôme en sciences familiales » doivent être insérés entre les mots « ou en travail socio-agogique » et les mots « ou être porteur d'un diplôme ».

Art. 9. Dans l'article 23, du même arrêté, l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

« 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. »

Art. 10. Dans le même arrêté, il est inséré un article 23bis, rédigé comme suit :

« Art. 23bis Le Ministre détermine dans quels cas une indication visée à l'article 22 ou une attestation visée à l'article 23, peut être utilisée. »

Art. 11. Dans le même arrêté, le chapitre V, section IV, comprenant les articles 24 à 27 inclus, est abrogé.

Art. 12. Dans l'article 28, § 3, du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 2001, les 2° et 3° sont remplacés par ce qui suit :

« 2° pour la durée mentionnée dans la décision, plafonnée à trois ans, à compter de la date à laquelle la décision de prise en charge prend effet, en cas d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile, et pour une durée indéterminée, en cas d'une décision positive pour les soins résidentiels »;

« 3° tant que l'usager remplit les conditions prescrites à l'article 20. »

Art. 13. L'article 29 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 29. Un usager qui bénéficie d'une prise en charge et souhaite changer de forme de soins, en avise la caisse d'assurance soins lui-même ou par l'entremise de son représentant. La caisse d'assurance soins communique par écrit à l'usager ou son représentant sa décision et les pièces que le Ministre fixe. Le Ministre détermine dans quels cas une indication, visée à l'article 22 ou une attestation, visée à l'article 23, peut être utilisée et fixe, le cas échéant, la procédure. L'article 28, § 3, s'applique à une décision positive.

Au cas où les soins de proximité et les soins à domicile seraient remplacés par des soins résidentiels, la prise en charge de la nouvelle forme de soins, prend effet, le cas échéant avec effet rétroactif, le premier jour du premier mois complet que l'usager réside dans une structure, visée à l'article 2, § 2, alinéa 1^{er}, 2° à 4° inclus, à l'exclusion des résidences-services.

Au cas où les soins résidentiels seraient remplacés par des soins de proximité et des soins à domicile, la prise en charge de la nouvelle forme de soins, prend effet, le cas échéant avec effet rétroactif, le premier jour du mois qui suit le mois dans lequel l'usager a quitté une structure, visée à l'article 2, § 2, alinéa 1^{er}, 2° à 4° inclus, à l'exclusion des résidences-services.

Art. 14. L'article 30 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 30. L'usager et son représentant sont tenus à notifier sans tarder à la caisse d'assurance soins toute modification de la situation ou des soins dans le cher de l'usager. »

Art. 15. L'article 31 du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001 et 25 octobre 2002, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 31. Les prises en charge possibles et leur montant sont fixés comme suit :

1° la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile, s'élève à 90 euros par mois;

2° si l'usager réside dans une structure, visée à l'article 2, § 2, alinéa 1^{er}, 2° à 4° inclus, à l'exclusion des résidences-services, la prise en charge pour les soins résidentiels s'élève à 125 euros par mois.

L'usager qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale n'a, par dérogation à l'alinéa 1^{er}, droit à la prise en charge visée à l'alinéa 1^{er}, 1°, dans un mois déterminé, que s'il fait appel dans le mois en question à une ou plusieurs des structures, visées à l'article 2, § 1^{er}, l'article 2, § 2, alinéa 1^{er}, et l'article 2, § 3, ou s'il réside dans le mois en question dans une résidence-services qui est agréée en vertu des décrets relatifs aux structures pour personnes âgées, coordonnés le 18 décembre 1991 ou qui est assimilée à un tel agrément.

A l'appui de ce droit, l'usager ou son représentant doit remettre à la caisse d'assurance soins la facture de l'aide et des services visés à l'alinéa 2. Pour être valable, la facture doit être introduite dans les six mois après le mois de prestation auquel elle se rapporte.

Les montants cités à l'alinéa 1^{er} ne sont pas cumulables.

Pour un usager qui décède dans un mois déterminé, la prise en charge est exécutée pour le mois en question. »

Art. 16. Dans le même arrêté, le chapitre V, section VIII, comprenant les articles 34 et 35, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Section VIII. La révision, la prolongation ou la cessation d'une décision

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. La procédure prescrite aux articles 21, 22, 23, 28, 29 et 30, s'applique par analogie.

§ 2. 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 28, § 3, que l'usager doit demander la prolongation de la décision via une nouvelle indication ou une nouvelle attestation. La procédure prescrite aux articles 22, 23, 28, 29 et 30, s'applique par analogie, sauf le formulaire de demande.

§ 3. 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.

La décision positive sur la prise en charge, prise conformément au § 2, prend effet le premier jour du mois qui suit le mois dans lequel la durée de validité de la décision précédente a expiré.

Art. 35. La caisse d'assurance soins arrête une décision lorsque l'usager ne remplit plus toutes les conditions de l'article 20. La décision prend effet le premier jour du mois qui suit le jour auquel l'usager ne remplit plus toutes les conditions de l'article 20. La caisse d'assurance soins communique sa décision et les pièces que le Ministre fixe, à l'usager ou son représentant. L'usager ou son représentant peut présenter auprès du Fonds une réclamation contre la décision, conformément aux dispositions de la section XI. »

Art. 17. Dans l'article 41 du même arrêté, le § 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« 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, alinéa 1^{er};

2° la décision sur la demande de prise en charge, prise en vertu de l'article 28, § 2;

3° les décisions prises en vertu de l'article 34;

4° la décision relative à la cessation de la prise en charge, prise en vertu de l'article 35;

5° la décision suite au contrôle, prise en vertu de l'article 37, § 1^{er}, alinéa trois;

6° la décision prise en vertu de l'article 40. »

Art. 18. Dans l'article 41, § 2, alinéa 2, et l'article 43, § 1^{er}, alinéa 2, du même arrêté, les mots « ou le ou les intervenants de proximité », sont supprimés.

Art. 19. Dans l'article 44 du même arrêté, l'alinéa 3 est remplacé par la disposition suivante :

« Le Fonds envoie la décision du fonctionnaire dirigeant, par lettre recommandée, dans les huit jours à l'usager ou son représentant et à la caisse d'assurance soins en question. »

Art. 20. Dans le même arrêté, il est ajouté dans le chapitre V, une section XII comprenant les articles *44bis* et *44ter*, rédigé comme suit :

« Section XII. Prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile

Art. 44bis. La caisse d'assurance soins paie à l'usager la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile par virement sur son numéro de compte ou en espèces.

Art. 44ter. Le paiement s'effectue chaque mois. »

Art. 21. Dans le même arrêté, il est ajouté dans le chapitre V, une section XIII comprenant les articles *44quater* et *44quinquies*, rédigé comme suit :

« Section XIII. Prise en charge pour soins résidentiels

Art. 44quater. La caisse d'assurance soins paie la prise en charge pour soins résidentiels à l'usager par virement sur son numéro de compte ou en espèces, sur la base des attestations que le Ministre fixe, qui certifient le séjour dans la structure de soins résidentielle. Le Ministre peut arrêter les modalités quant aux preuves à fournir par l'usager sur la nécessité de soins et le séjour dans la structure de soins résidentielle.

Art. 44quinquies. Le paiement de la prise en charge pour soins résidentiels s'effectue chaque mois, au plus tôt le premier jour du mois qui suit le mois auquel la prise en charge se rapporte. »

Art. 22. Dans le même arrêté, il est inséré un chapitre *Vbis*, comprenant l'article *44sexies*, rédigé comme suit :

« Chapitre *Vbis*. Contrôle du subventionnement

Art. 44sexies. § 1^{er}. Sous réserve de l'application des articles 57 et 58 des lois sur la comptabilité de l'Etat, coordonnées le 17 juillet 1991, le Ministre peut réduire les subventions, arrêter l'octroi des subventions en tout ou en partie pour un délai qu'il fixe ou recouvrer en tout ou en partie pour un délai qu'il fixe les subventions déjà réglées, si une caisse d'assurance soins ne remplit plus une ou plusieurs conditions stipulées au chapitre II de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, la gestion, le fonctionnement et l'agrément des caisses d'assurance soins et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins, si des pratiques frauduleuses sont constatées auprès d'une caisse d'assurance soins ou si elle ne concourt pas à l'exercice du contrôle. Le Ministre peut arrêter les modalités relatives à la réduction des subventions, la cessation du subventionnement ou le recouvrement des subventions déjà réglées.

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

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

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

Le cas échéant, le Ministre retirera ou confirmera sa décision dans un délai de soixante jours après la réception de cette réclamation.

Si la caisse d'assurance soins n'a pas introduit une réclamation dans le délai imparti ou si Le Ministre n'a pas confirmé sa décision dans le délai imparti, les subventions sont réduites, arrêtées en tout ou en partie ou recouvrées en tout ou en partie.

Si le Ministre retire sa décision ou s'il ne la confirme pas dans le délai imparti, les subventions sont prolongées ou maintenues. »

Art. 23. Dans le même arrêté, il est inséré un article *48bis* et *48ter*, rédigés comme suit :

« **Art. 48bis.** Les personnes qui résident dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins, perçoivent jusqu'au 31 mars 2003 seulement des prises en charge si elles remplissent les conditions formelles et bénéficient d'un score C sur l'échelle d'intervention dans un établissement de soins.

Art. 48ter. Les usagers qui font l'objet d'une décision positive le 31 décembre 2002, ont droit aux prises en charge visées à l'article 31, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o ou 2^o à partir du 1^{er} janvier 2003, à la condition que la durée de validité de la décision n'ait pas expiré et que toutes les conditions visées à l'article 20 soient remplies. »

Art. 24. § 1^{er}. L'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 réglant l'exécution de prises en charge dans le cadre de l'assurance soins, est abrogé à partir du 1^{er} janvier 2003, à l'exclusion de l'article 7 à 17 inclus, qui sont abrogés à partir du 1^{er} mai 2003.

§ 2. Un usager ou son représentant peut introduire auprès de la caisse d'assurance soins, jusqu'au 31 mars 2003, des factures ou des reçus portant sur les prestations fournies ou des produits achetés avant le 1^{er} janvier 2003. La caisse d'assurance soins rembourse avant le 1^{er} mai 2003.

Art. 25. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Art. 26. La Ministre flamande qui a l'Assistance aux personnes dans ses attributions, est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 13 décembre 2002.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
P. DEWAELE

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