

Art. 3. In artikel 6 van hetzelfde besluit worden volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1 wordt het woord « volledige » ingevoegd tussen de woorden « op de hoogte van de » en de woorden « resultaten van »;

2° In § 2 worden de woorden « bij leghennen of fokpluimvee, » ingevoegd tussen de woorden « serotypes Salmonella » en de woorden « , rechtstreeks en enkel ».

Art. 4. In artikel 7 van hetzelfde besluit worden de woorden « DGZ en ARSIA » vervangen door de woorden « de vereniging » en in de Nederlandstalige versie wordt het woord « wordt » vervangen door het woord « worden ».

Brussel, 8 maart 2010.

S. LARUELLE

Art. 3. A l'article 6 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° Au § 1^{er}, le mot « complets » est inséré entre les mots « des résultats » et les mots « des analyses »;

2° Au § 2, les mots « chez les poules pondeuses ou les volailles reproductrices, » sont insérés entre les mots « à combattre » et les mots « sont signalés ».

Art. 4. A l'article 7 du même arrêté, les mots « la DGZ ou à l'ARSIA » sont remplacés par les mots « l'association » et dans la version néerlandaise le mot « wordt » est remplacé par le mot « worden ».

Bruxelles, le 8 mars 2010.

S. LARUELLE

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

N. 2010 — 1151

[C – 2010/35246]

5 FEBRUARI 2010. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering

De Vlaamse Regering,

Gelet op artikel 20 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen;

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, 20 december 2002, 30 april 2004, 7 mei 2004, 24 juni 2005, 25 november 2005, 23 december 2005, 19 december 2008 en 30 april 2009;

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;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 11 december 2009;

Gelet op het advies van de Raad van State, nr. 47.667/3 gegeven op 12 januari 2010, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Na beraadslaging,

Besluit :

TITEL 1. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

1° BEL-schaal : evaluatieschaal aan de hand waarvan de duur en de ernst van het verminderde zelfzorgvermogen wordt gemeten, als vermeld in de regelgeving over de gezinszorg, en als vermeld in het artikel 9 van het decreet van 30 maart 1999;

2° betaalde ledenbijdrage : ledenbijdrage waarvan het bedrag op de rekening van de zorgkas of van het Vlaams Zorgfonds staat;

3° decreet van 30 maart 1999 : het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

4° EG-verordening : tot 30 april 2010 verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 voor de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen; vanaf 1 mei 2010 verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels;

5° gemachtigde indicatiesteller : een organisatie, voorziening of een professionele zorgverlener die gemachtigd is de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen van een persoon vast te stellen, vermeld in artikel 9 van het decreet van 30 maart 1999;

6° indicatiestelling : het vaststellen van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen, vermeld in artikel 2, 2°, van het decreet van 30 maart 1999;

7° Katz-schaal in de thuisverpleging : evaluatieschaal om het verminderde zelfzorgvermogen te meten, die gebruikt wordt om de tegemoetkomingen in de verstrekkingen te berekenen, vermeld in artikel 34, 1°, b, van de wet voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

8° Katz-schaal in een verzorgingsinrichting : evaluatieschaal om het verminderde zelfzorgvermogen te meten, die gebruikt wordt om de tegemoetkomingen in de verstrekkingen te berekenen, vermeld in artikel 34, 11° en 12°, van de wet voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

9° ledenbijdrage : de bijdrage, vermeld 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;

10° leidend ambtenaar : de leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds;

11° mantel- en thuiszorg : zorgvorm waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger;

12° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;

13° 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 woonzorgcentrum, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis;

14° tenlasteneming : de tenlasteneming van de kosten, vermeld in artikel 6, § 1, van het decreet van 30 maart 1999;

15° Vlaamse Zorgkas : de zorgkas die door het Vlaams Zorgfonds krachtens artikel 14, derde lid, van het decreet van 30 maart 1999 is opgericht;

16° zorgkas : een zorgkas die erkend is krachtens artikel 15 van het decreet van 30 maart 1999 of de Vlaamse Zorgkas;

17° 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.

TITEL 2. — *Het lidmaatschap van de Vlaamse zorgverzekering*

HOOFDSTUK 1. — *Aansluiting*

Afdeling 1. — Aansluitingsplicht

Art. 2. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 1, eerste lid van het decreet van 30 maart 1999, moet zich vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze. Als die persoon zich niet aansluit vóór 1 juli van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, wordt hij ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar waarop hij zich had moeten aansluiten.

De eerste en tweede ledenbijdrage kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon de leeftijd van 26 jaar bereikt, zonder dat de persoon een opschorting met verlies van rechten oploopt, als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21bis van het decreet van 30 maart 1999. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede ledenbijdrage bepalen.

§ 2. Elke persoon die in het Nederlandse taalgebied komt wonen en minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, moet zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze. De aansluiting is verplicht met ingang van 1 januari van het jaar waarin die persoon in het Nederlandse taalgebied komt wonen. Als die persoon zich niet aansluit bij een zorgkas van zijn keuze binnen zes maanden nadat hij in het Nederlandse taalgebied is komen wonen, wordt hij ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij zich had moeten aansluiten.

De personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied komen wonen, kunnen de eerste en tweede ledenbijdrage betalen tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin zij er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21bis van het decreet van 30 maart 1999. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede ledenbijdrage bepalen.

De personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied komen wonen, kunnen de eerste, tweede en derde ledenbijdrage betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin zij er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21bis van het decreet van 30 maart 1999. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste, de tweede en derde ledenbijdrage bepalen.

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 2, eerste lid van het decreet van 30 maart 1999, die uit eigen recht Belgische sociaal verzekerd is wegens actuele of vroegere tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, en die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, moet zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de ledenbijdragen betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het Vlaams Zorgfonds het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21bis van het decreet van 30 maart 1999.

De minister bepaalt de nadere regels voor de aansluiting en het bewijs van de hoedanigheid van Belgische sociaal verzekerde.

§ 4. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 2, tweede lid van het decreet van 30 maart 1999, die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, moet zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de ledenbijdragen betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het Vlaams Zorgfonds het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21bis van het decreet van 30 maart 1999.

De minister bepaalt de nadere regels voor de termijn van aansluiting, het begrip tewerkstelling, het bewijs van de hoedanigheid van Belgische sociaal verzekerde, en de hoedanigheid van de persoon die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging, en het bewijs ervan.

§ 5. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 2, zevende lid van het decreet van 30 maart 1999 die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, moet zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De termijnen voor de aansluiting, vermeld in paragraaf 3 of 4, zijn van toepassing.

De minister bepaalt de nadere regels voor de aansluiting van de personen ten laste.

Afdeling 2. — Vrijwillige aansluiting

Art. 3. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 1, tweede lid van het decreet van 30 maart 1999, kan zich met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De eerste en tweede ledenbijdrage kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon 26 jaar is geworden, zonder dat die persoon een opschorting met verlies van rechten oploopt als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21*bis* van het decreet van 30 maart 1999. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede ledenbijdrage bepalen.

§ 2. Elke persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komt wonen en minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, kan zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze. De aansluiting is mogelijk met ingang van 1 januari van het jaar waarin die persoon in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komt wonen.

De personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komen wonen, kunnen de eerste en tweede ledenbijdrage betalen tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin zij er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21*bis* van het decreet van 30 maart 1999. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede ledenbijdrage bepalen.

De personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komen wonen, kunnen de eerste, tweede en derde ledenbijdrage betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin zij er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21*bis* van het decreet van 30 maart 1999. De minister kan de nadere voorwaarden bepalen voor de betaling van de eerste, de tweede en de derde ledenbijdrage.

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 2, vierde lid van het decreet van 30 maart 1999, die uit eigen recht Belgische sociaal verzekerd is wegens actuele of vroegere tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, kan zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de ledenbijdragen betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het Vlaams Zorgfonds het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21*bis* van het decreet van 30 maart 1999.

De minister bepaalt de nadere regels voor de aansluiting en het bewijs van de hoedanigheid van Belgische sociaal verzekerde.

§ 4. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 2, vijfde lid van het decreet van 30 maart 1999, en die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, kan zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de ledenbijdragen betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het Vlaams Zorgfonds het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten oplopen als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21*bis* van het decreet van 30 maart 1999.

De minister bepaalt de nadere regels voor de aansluiting, het begrip tewerkstelling, de hoedanigheid van Belgische sociaal verzekerde en het bewijs ervan, en de hoedanigheid van de persoon die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer of van de vrijheid van vestiging, en het bewijs ervan.

§ 5. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 2, zevende lid van het decreet van 30 maart 1999 die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, kan zich aansluiten bij een zorgkas.

De termijnen voor de aansluiting, vermeld in paragraaf 3 en 4, zijn van toepassing.

De minister bepaalt de nadere regels voor de aansluiting van de personen ten laste.

§ 6. De bepaling van artikel 3, § 3, is van toepassing op Belgische militairen, of gepensioneerde Belgische militairen die wegens een buitenlandse missie in een andere EU- of EER-lidstaat of in Zwitserland verblijven.

In deze paragraaf wordt verstaan onder Belgische militair : militair die betaald wordt door het Belgische Ministerie van Defensie.

§ 7. Elke persoon vermeld in paragraaf 1 tot en met 6, die zich buiten de periodes, vermeld in paragraaf 1 tot en met 6, aansluit, is te laat aangesloten. De te late aansluiting gaat in op 1 januari van het jaar waarin de eerste ledenbijdrage betaald is. In dat geval is de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 5, 6°, van het decreet van 30 maart 1999, van toepassing. Ook de opschorting met verlies van rechten, vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, wordt bij een laattijdige aansluiting opgelegd voor de jaren waarvoor de persoon zich had kunnen aansluiten en dat niet gedaan heeft.

Afdeling 3. — Verbod op aansluiting

Art. 4. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 1, derde lid van het decreet van 30 maart 1999, kan zich niet aansluiten bij de Vlaamse zorgverzekering.

De bepaling in het eerste lid is ook van toepassing op studenten afkomstig uit een andere lidstaat van de EU of de EER dan België, of uit Zwitserland.

§ 2. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 1, eerste en tweede lid van het decreet van 30 maart 1999, die zich uit eigen recht, of door zijn hoedanigheid van persoon ten laste, kan beroepen op een internationaal verdrag of protocol waarbij hij wordt vrijgesteld van sociale lasten in de verdrag- of protocolsluitende staten, kan zich niet aansluiten bij de Vlaamse zorgverzekering.

§ 3. De personen, vermeld in artikel 4, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, kunnen zich evenmin aansluiten bij een zorgkas.

§ 4. De minister bepaalt de nadere regels voor dat verbod op aansluiting en de terugbetaling van ledenbijdragen.

De minister bepaalt ook hoe het bewijs geleverd kan worden dat een persoon de hoedanigheid heeft van sociaal verzekerde in een andere lidstaat.

Art. 5. Elke persoon, vermeld in artikel 4, die de hoedanigheid verwerft van een persoon vermeld in artikel 2 of 3, kan de eerste en de tweede ledenbijdrage betalen tot en met 31 december van het jaar na de datum van wijziging van zijn hoedanigheid, zonder dat die persoon een opschorting met verlies van rechten oploopt als vermeld in artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999, zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 21bis van het decreet van 30 maart 1999, en zonder dat de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 5, 6°, van het decreet van 30 maart 1999, van toepassing is.

Afdeling 4. — Eerste aansluiting

Art. 6. Een persoon sluit zich aan bij een zorgkas door de ledenbijdrage aan de zorgkas van zijn keuze te betalen. Een persoon is lid van een zorgkas zodra de eerste ledenbijdrage betaald is.

De minister kan nadere regels bepalen voor de aansluiting.

Art. 7. Wie zich niet bij de zorgkas van zijn keuze aansluit, wordt overeenkomstig artikel 2 ambtshalve aangesloten. De Vlaamse Zorgkas brengt de betrokkene op de hoogte van het feit dat hij ambtshalve aangesloten is, en van de ingangsdatum van de aansluiting. Ze voegt daarbij een uitnodiging om de ledenbijdrage te betalen.

Zolang de betrokkene de ledenbijdrage niet aan de Vlaamse Zorgkas heeft betaald, kan hij zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze. Zodra hij een ledenbijdrage aan de Vlaamse Zorgkas betaald heeft, kan hij alleen van zorgkas veranderen via de procedure, vermeld in afdeling 5.

De minister bepaalt de nadere regels voor de ambtshalve aansluiting.

Afdeling 5. — Mutatie van zorgkas

Art. 8. Een lid kan muteren van zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin hij het voornemen tot mutatie heeft meegedeeld. Daarvoor vult hij het mutatieformulier in dat door het Vlaams Zorgfonds bepaald wordt en hij bezorgt het aan de andere zorgkas ten laatste op vijf december van het lopende jaar.

De mutatie vervalt als de persoon zijn beslissing herroept voor 15 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin hij zijn voornemen heeft meegedeeld om te muteren van zorgkas.

Een persoon die aangesloten is bij een zorgkas, opgericht door een ziekenfonds, Landsbond of maatschappij van onderlinge bijstand als vermeld in artikel 14, eerste lid, 1°, van het decreet van 30 maart 1999, en die tegelijk lid is van een ziekenfonds dat niet behoort tot die Landsbond of maatschappij van onderlinge bijstand, kan alsnog van zorgkas muteren, in afwijking van de toepassing van het eerste en het tweede lid.

De minister bepaalt de nadere regels voor de mutatie van zorgkas.

HOOFDSTUK 2. — Ledenbijdrage

Afdeling 1. — Bedrag en inning van de ledenbijdrage

Art. 9. De jaarlijkse ledenbijdrage, vermeld in artikel 4, § 5, van het decreet van 30 maart 1999, bedraagt 25 euro.

In afwijking van het eerste lid bedraagt de jaarlijkse ledenbijdrage 10 euro voor de personen, vermeld in artikel 2 en 3, die op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de ledenbijdrage betrekking heeft, recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of het OMNIO-statuut, vermeld in artikel 37, § 1, tweede en derde lid, en in 37, § 19, van de wet voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 10. Het lid betaalt zijn jaarlijkse ledenbijdrage uiterlijk op 30 april van het lopende jaar aan zijn zorgkas.

Art. 11. De zorgkas vraagt naast de jaarlijkse ledenbijdrage jaarlijks de verschuldigde ledenbijdragen voor voorgaande jaren van haar leden op, behalve de ledenbijdragen die samen met de administratieve geldboete door het Vlaams Zorgfonds werden opgevraagd.

De verjaringstermijn voor de betaling van de ledenbijdrage bedraagt dertig jaar.

Art. 12. Het geïnde bedrag aan ledenbijdragen wordt toegekend aan het meest recente jaar waarvoor de ledenbijdrage niet of niet volledig werd betaald, behalve als het gaat om verschuldigde ledenbijdragen voor voorgaande jaren die in het kader van een aanvraag tot tenlasteneming zijn opgevraagd.

Art. 13. De minister bepaalt de nadere regels voor de inning van de ledenbijdragen.

Afdeling 2. — Herinneringsbrief

Art. 14. Als een lid de jaarlijkse ledenbijdrage na de eerste uitnodigingsbrief niet betaalt, stuurt de zorgkas uiterlijk op 30 november van hetzelfde kalenderjaar een herinneringsbrief, behalve wanneer de jaarlijkse ledenbijdrage bij aangetekende brief werd opgevraagd.

Afdeling 3. — Aangetekende brief

Art. 15. § 1. Aan de leden die minstens twee, niet noodzakelijk opeenvolgende, ledenbijdragen niet of onvolledig betaald hebben, vraagt de zorgkas in het jaar waarin de volgende ledenbijdrage verschuldigd is, de verschuldigde ledenbijdragen met een aangetekende brief uiterlijk op 31 maart, op.

§ 2. Aan de leden, vermeld in paragraaf 1, naar wie de zorgkas onmogelijk uiterlijk op 31 maart de aangetekende brief, vermeld in paragraaf 1, kon sturen, vraagt de zorgkas de verschuldigde ledenbijdragen alsnog op met een aangetekende brief, uiterlijk op 31 maart van het volgende jaar.

De minister kan bepalen in welke situaties het voor de zorgkas onmogelijk was om de aangetekende brief te versturen.

Art. 16. Een zorgkas ontvangt een vergoeding van 5 euro per lid aan wie een aangetekende brief, als vermeld in artikel 15, werd verstuurd.

Elke zorgkas bezorgt daartoe aan het Vlaams Zorgfonds, volgens de voorwaarden die het Vlaams Zorgfonds zelf vastlegt, uiterlijk op 15 mei van het jaar van verzending van de aangetekende brieven, bestanden van de personen aan wie een aangetekende brief verstuurd is.

Het Vlaams Zorgfonds betaalt de vergoeding uiterlijk op 15 juni van het jaar in kwestie.

HOOFDSTUK 3. — *Beëindiging van de aansluiting*

Art. 17. Het lidmaatschap wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de leden die zich verplicht hebben aangesloten, niet meer onder de bepalingen van artikel 2 of 3 vallen. De jaarlijkse ledenbijdrage blijft verschuldigd voor het lopende jaar.

Art. 18. Het lidmaatschap wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de leden die zich vrijwillig hebben aangesloten, niet meer onder de bepalingen van artikel 2 of 3 van dit besluit vallen. De jaarlijkse ledenbijdrage blijft verschuldigd voor het lopende jaar.

Art. 19. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht beëindigd op 31 december van het laatste jaar waarvoor de ledenbijdrage volledig is betaald indien de leden die zich vrijwillig hebben aangesloten, daarom verzoeken.

Art. 20. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht en ambtshalve beëindigd bij de personen die zich vrijwillig hebben aangesloten, en die drie keer de jaarlijkse ledenbijdrage niet of slechts gedeeltelijk hebben betaald. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht beëindigd op 31 december van het laatste jaar waarvoor de ledenbijdrage volledig is betaald.

Het lid kan tegen de ambtshalve beëindiging van zijn aansluiting verzet aantekenen bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten. De minister bepaalt de nadere regels voor de wijze waarop de ambtshalve beëindiging of het aantekenen van verzet moet verlopen.

Art. 21. Als de persoon, vermeld in artikel 19 of 20, na de stopzetting met terugwerkende kracht van zijn lidmaatschap, zich opnieuw aansluit bij een zorgkas, blijven artikel 5, 6°, en artikel 10, § 3, van het decreet van 30 maart 1999 van toepassing.

Art. 22. De ledenbijdragen van een persoon die zich bij een zorgkas vrijwillig kan aansluiten, worden door de zorgkas alleen terugbetaald als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

1° de persoon toont aan dat hij er op het moment van de betaling van de ledenbijdragen niet van op de hoogte is dat de aansluiting vrijwillig is;

2° de persoon dient een schriftelijk verzoek in.

HOOFDSTUK 4. — *Administratieve geldboete**Afdeling 1. — Gevallen waarin de administratieve geldboete wordt opgelegd*

Art. 23. Ieder in artikel 2 bedoeld lid die, overeenkomstig artikel 21bis, § 1, eerste lid van het decreet van 30 maart 1999, drie keren, niet noodzakelijk opeenvolgende keren, de ledenbijdrage niet of slechts gedeeltelijk heeft betaald op uiterlijk 30 april van het jaar van verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 15, wordt een administratieve geldboete opgelegd.

Afdeling 2. — Vrijstellingsgronden voor de administratieve geldboete

Art. 24. De niet-betaling van de ledenbijdrage of de gedeeltelijke betaling van de ledenbijdrage wordt in de hieronder vermelde gevallen niet in aanmerking genomen om een administratieve geldboete op te leggen :

1° het lid verblijft op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 15, in een strafinstelling. Het bewijs daarvan is een attest van de betrokken strafinstelling;

2° het lid is op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 15, vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische Rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;

3° het lid is op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 15, het voorwerp van budgetbegeleiding of budgetbeheer door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende instelling voor schuldbemiddeling. Het bewijs daarvan is een attest van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of van de erkende instelling;

4° het niet of gedeeltelijk betalen van de ledenbijdrage is het gevolg van een fout van het Vlaams Zorgfonds, het Rijksregister of de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

5° het niet of niet tijdig ontvangen van de aangetekende brief, vermeld in artikel 15 is het gevolg van een aantoonbare fout van de zorgkas. Het bewijs daarvan is een attest van de zorgkas;

6° het lid is een buitenlandse sociaal verzekerde of een Belgische sociaal verzekerde met woonplaats buiten het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor wie een onderzoek loopt over de aansluitingsplicht bij het Vlaams Zorgfonds;

7° de ledenbijdrage wordt uiterlijk op 10 mei van het jaar van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 15, op de rekening van de zorgkas betaald;

8° de zorgkas heeft een volledig betaalde ledenbijdrage van een lid ten onrechte teruggestort.

De personen worden niet aangeschreven voor een administratieve geldboete als ze bij het Vlaams Zorgfonds bekend zijn als

1° van ambtswege afgevoerd;

2° vermist.

Afdeling 3. — Procedure

Art. 25. De zorgkassen delen aan het Vlaams Zorgfonds de gegevens mee van de personen die in aanmerking genomen worden voor een administratieve geldboete. De minister bepaalt daarvoor de nadere regels.

Art. 26. De ambtenaar, vermeld in artikel 2, § 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 juni 2006 houdende regeling van het beheer en de werking van het Vlaams Zorgfonds, legt de administratieve geldboete op.

De betrokkene wordt met een aangetekende brief uitgenodigd de administratieve geldboete, in voorkomend geval verhoogd met de verschuldigde ledenbijdragen, te betalen binnen een termijn van twee maanden na de verzending van de aangetekende brief.

Een gedeeltelijke betaling in het kader van de administratieve geldboete wordt eerst aan het openstaande bedrag van de administratieve geldboete toegekend. Zodra de administratieve geldboete is betaald, worden bijkomende betalingen in mindering gebracht van de verschuldigde ledenbijdragen.

Afdeling 4. — Bezwaar

Art. 27. De personen aan wie een administratieve geldboete wordt opgelegd, kunnen binnen een termijn van twee maanden na de verzending van de aangetekende brief door het Vlaams Zorgfonds, vermeld in artikel 26, een bezwaarschrift indienen bij het Vlaams Zorgfonds. Het bezwaarschrift is alleen ontvankelijk als het met redenen omkleed is en als alle relevante stukken erbij gevoegd zijn. Het bezwaarschrift is opschortend.

De leidend ambtenaar neemt een beslissing na het advies van het Vlaams Zorgfonds. De minister bepaalt de nadere regels voor de bezwaarprocedure.

Afdeling 5. — Invordering

Art. 28. Als een persoon niet betaalt binnen de termijn, vermeld in artikel 26, tweede lid, zal de administratieve geldboete, in voorkomend geval verhoogd met de verschuldigde ledenbijdragen, in het kader van de administratieve geldboete, bij dwangbevel worden ingevorderd.

De gegevens van de personen bij wie de administratieve geldboete, in voorkomend geval verhoogd met de verschuldigde ledenbijdragen, bij dwangbevel moet worden ingevorderd, worden bezorgd aan de ambtenaar, vermeld in artikel 21bis, § 3, van het decreet van 30 maart 1999. De minister bepaalt daarvoor de nadere regels.

TITEL 3. — Tenlastenemingen**HOOFDSTUK 1. — Voorwaarden***Afdeling 1. — Verblijfsvoorwaarden**Onderafdeling 1. — Residentiële zorg*

Art. 29. Om aanspraak te kunnen maken op een tenlasteneming voor residentiële zorg, vermeld in artikel 30, moet de gebruiker :

1° in een door de Vlaamse Regering erkende of in een daarmee gelijkgestelde residentiële voorziening verblijven, overeenkomstig artikel 6, § 1, tweede lid, 3° van het decreet van 30 maart 1999;

2° in een voorziening verblijven die een aanvraag tot erkenning als residentiële voorziening bij de Vlaamse Gemeenschap heeft ingediend. De zorgkas voert de tenlastenemingen voor de personen die in een dergelijke voorziening verblijven, met terugwerkende kracht uit vanaf het moment dat de voorziening een erkende residentiële voorziening is.

Om aanspraak te blijven maken op een tenlasteneming voor residentiële zorg, moet een persoon aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° hij heeft een verblijfsovereenkomst met de voorziening bij verblijf in een woonzorgcentrum of een rust- en verzorgingstehuis;

2° hij is opgenomen in een psychiatrisch verzorgingstehuis en is niet langer dan een volledige kalendermaand afwezig.

Als de gebruiker niet meer aan de voorwaarden, vermeld in het tweede lid, voldoet, wordt een verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg ingediend. Als de gebruiker geen verandering van zorgvorm indient, zet de zorgkas de beslissing stop vanaf de eerste dag van de volledige kalendermaand van zijn afwezigheid.

De minister bepaalt de nadere regels voor de voorwaarden voor tenlasteneming voor residentiële zorg, vermeld in het eerste tot het derde lid.

Art. 30. De volgende instellingen worden beschouwd als erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorzieningen :

1° de woonzorgcentra, vermeld in artikel 37 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

2° 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 voor 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;

3° 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 voor 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 in België maar niet in het Nederlandse taalgebied gevestigde voorzieningen, die een gelijkaardige hulp- en dienstverlening aanbieden als de voorzieningen, vermeld in 1°, 2° en 3° en die hun activiteiten op rechtmatige wijze verrichten;

5° de niet in België gevestigde voorzieningen en professionele zorgverleners die in een andere lidstaat van de Europese Gemeenschap of van de Europese Economische Ruimte dan België of in Zwitserland gevestigd zijn, die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbieden als de voorzieningen, vermeld in 1°, 2° en 3° en die hun activiteiten op rechtmatige wijze verrichten in de lidstaat van vestiging.

Onderafdeling 2. — Mantel- en thuiszorg

Art. 31. Om aanspraak te kunnen maken en te blijven maken op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg mag een gebruiker op de datum van de aanvraag niet verblijven :

1° in een strafinstelling;

2° in een ziekenhuis, tenzij de indicatiestelling plaatsvindt op een ogenblik waarop een gebruiker in het thuismilieu verblijft.

Als een gebruiker op het ogenblik van de indicatiestelling in het ziekenhuis verblijft, kan hij toch aanspraak maken op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als hij op de datum van de aanvraag verblijft in het thuismilieu.

*Afdeling 2. — Voorwaarde van ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen**Onderafdeling 1. — Attest*

Art. 32. § 1. Met een attest kan een gebruiker in aanmerking genomen worden voor een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als aan een van de volgende criteria is voldaan :

1° minstens score 35 op de BEL-schaal, afgenomen in het kader van de gezinszorg;

2° minstens score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;

3° minstens score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkomingen en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden;

4° bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 66 % handicap én minstens 7 punten voor de graad van zelfredzaamheid uit hoofde van het kind;

5° bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3;

6° minstens score C op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting;

7° een Kine-E-attest bij een verlenging op het moment dat een gebruiker minstens ononderbroken en gedurende drie jaar over een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg beschikt op basis van een indicatiestelling met de BEL-schaal. Een dergelijke positieve beslissing tot verlenging kan ook met een Kine-E-attest telkens opnieuw verlengd worden.

In deze paragraaf wordt verstaan onder kine-E-attest : attest in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, vermeld in het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 2. Om een tenlasteneming voor residentiële zorg te verkrijgen, bewijst een verblijfsattest dat een gebruiker getroffen is door een langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

Het verblijfsattest is het attest dat het verblijf in een erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening bewijst. Dat is een van de volgende attesten :

a) een attest van de voorziening waarop minstens de datum van opname wordt vermeld;

b) een attest op basis van score op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting;

§ 3. De minister bepaalt de nadere regels voor het attest, vermeld in paragraaf 1 en 2.

Onderafdeling 2. — Indicatiestelling

Art. 33. Bij gebrek aan het attest, vermeld in onderafdeling I, toont een indicatiestelling de graad van het verminderde zelfzorgvermogen om een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg te verkrijgen, bij gebruikers die ouder zijn dan vijf jaar.

Art. 34. Bij een indicatiestelling kan een gebruiker in aanmerking genomen worden voor een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als aan één van de volgende criteria is voldaan;

1° minstens 35 punten op de BEL-schaal, als een gebruiker achttien jaar of ouder is;

2° minstens 10 punten op het blok lichamelijke A.D.L. van de BEL-schaal als een gebruiker tussen vijf en achttien jaar oud is.

Art. 35. De volgende voorzieningen zijn voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd als gemachtigde indicatiesteller :

a) de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

b) de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in artikel 5 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

c) de diensten Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds, vermeld in artikel 14 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

d) de lokale dienstencentra, vermeld in artikel 16 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, die hun activiteiten in hoofdzaak verrichten binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

Art. 36. Een indicatiestelling die uitgevoerd wordt binnen zes maanden na een eerdere indicatiestelling die niet voldoet aan de criteria, vermeld in artikel 34, 1° en 2°, geldt niet als bewijs voor een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

In afwijking van het eerste lid kan de indicatiestelling toch als bewijs gelden als de herindicatiestelling wordt uitgevoerd door dezelfde persoon die de vorige indicatiestelling heeft uitgevoerd. Als die persoon in de onmogelijkheid verkeert om de indicatiestelling opnieuw uit te voeren, moet de indicatiestelling door een ander personeelslid van de betrokken gemachtigde indicatiesteller of het controleorgaan uitgevoerd worden. Als de betrokken gemachtigde indicatiesteller, door de verhuizing van de zorgbehoevende, in de onmogelijkheid verkeert om de indicatiestelling opnieuw uit te voeren, kan de indicatiestelling door een andere gemachtigde indicatiesteller uitgevoerd worden.

De minister kan de nadere regels bepalen waaraan de indicatiestelling moet voldoen die, overeenkomstig het tweede lid, binnen de zes maanden wordt uitgevoerd.

Art. 37. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kiest een gemachtigde indicatiesteller. De indicatiestellingen worden met de BEL-schaal uitgevoerd door de personen die in de voorzieningen werken, die als gemachtigde indicatiestellers optreden. De persoon die de indicatiestelling uitvoert, heeft een van de volgende diploma's :

1° bachelor in het studiegebied gezondheidszorg;

2° bachelor in het studiegebied sociaal-agogisch werk;

3° bachelor in de gezinswetenschappen;

4° een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming gelijkgesteld met een diploma, als vermeld in punt 1°, 2° of 3°.

De indicatiestelling wordt ondertekend door de persoon die de indicatiestelling heeft uitgevoerd.

Art. 38. Bij een gebruiker die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die niet over een attest beschikt, wordt de indicatiestelling uitgevoerd overeenkomstig artikel 37.

Het Vlaams Zorgfonds stelt het formulier « beschrijvend verslag » ter beschikking. Dat beschrijvend verslag wordt ingevuld door een erkende arts in het woonland. De indicatiestelling vindt plaats op basis van het ingevulde beschrijvend verslag.

Art. 39. De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de indicatiestelling.

Afdeling 3. — Voorwaarden van administratieve aard

Art. 40. § 1. Om aanspraak te kunnen maken op een tenlasteneming moet een gebruiker :

1° op de datum, vermeld in artikel 10, § 1, van het decreet van 30 maart 1999, bij een zorgkas minstens een verschuldigde ledenbijdrage betaald hebben;

2° op de datum van de aanvraag de verschuldigde ledenbijdragen voor de voorgaande jaren betaald hebben. Als dat niet het geval is, vraagt de zorgkas de verschuldigde ledenbijdragen voor de voorgaande jaren en wijst ze die ledenbijdragen nadat ze betaald zijn, toe aan die jaren. In voorkomend geval kan de zorgkas de ledenbijdragen in het kader van de administratieve geldboete innen. Als een aanvraagformulier wordt ingediend en alle ledenbijdragen van de voorgaande jaren na de indiening van die aanvraag alsnog worden betaald, dan geldt de betaaldatum als aanvraagdatum.

§ 2. Om aanspraak te blijven maken op een tenlasteneming, moet een gebruiker :

1° de voor het lopende jaar verschuldigde ledenbijdrage uiterlijk op 31 december betaald hebben;

2° elke wijziging in de toestand of de zorg onmiddellijk meedelen aan de zorgkas.

De minister kan de nadere regels bepalen voor de mededeling van gegevens aan de zorgkas.

Art. 41. In afwijking van artikel 40, § 1, kan een gebruiker die alleen wegens de leeftijdsvereiste geen ledenbijdrage kan betalen bij een zorgkas, aanspraak maken op een tenlasteneming als hij voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 5, 1°, 3°, 4° en 5°, van het decreet van 30 maart 1999.

Een gebruiker, vermeld in het eerste lid, wordt voor de duur van de beslissing tot tenlasteneming geacht aangesloten te zijn bij een zorgkas van zijn keuze als vermeld in artikel 5, 2°, van het decreet van 30 maart 1999. Zolang hij niet voldoet aan de leeftijdsvereiste om een ledenbijdrage te betalen, hoeft hij die niet te betalen.

De voorwaarde, vermeld in artikel 5, 6°, van het decreet van 30 maart 1999 is niet van toepassing op een gebruiker als vermeld in het eerste lid.

HOOFDSTUK 2. — Aanvraag

Art. 42. Een gebruiker dient een aanvraag voor tenlasteneming in bij de zorgkas waarbij hij aangesloten is. Daarvoor vult hij het aanvraagformulier in dat het Vlaams Zorgfonds ter beschikking stelt. Een gebruiker ondertekent het formulier en de zorgkas dateert het aanvraagformulier.

Een vertegenwoordiger kan in naam en voor rekening van een gebruiker optreden. De minister bepaalt de nadere regels voor het optreden van een vertegenwoordiger.

Een ziekenfonds of de bij dit besluit erkende of gemachtigde voorzieningen of professionele zorgverleners kunnen een aanvraag voor een gebruiker indienen als ze de toestemming voor de indiening van de aanvraag van een gebruiker of zijn vertegenwoordiger hebben.

Art. 43. De personen, vermeld in artikel 2, § 4 tot en met § 5, en in artikel 3, § 4 tot en met § 5, kunnen een aanvraag voor tenlasteneming met terugwerkende kracht indienen tot op zijn vroegst de dag waarop zij zich hadden moeten of kunnen aansluiten. De voorwaarde daarvoor is dat een gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag bij de zorgkas indient uiterlijk op 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het Vlaams Zorgfonds het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin een persoon voor het eerst opgenomen is.

De minister kan de wijze waarop de aanvraag ingediend moet worden nader bepalen.

HOOFDSTUK 3. — Beslissing over de tenlasteneming

Afdeling 1. — Nemen van de beslissing

Art. 44. § 1. De zorgkas neemt binnen de zestig dagen een beslissing over de tenlasteneming op basis van het aanvraagformulier, waarbij een indicatiestelling of een attest gevoegd is.

§ 2. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen bij het Vlaams Zorgfonds overeenkomstig de bepalingen van Hoofdstuk 10 een bezwaarschrift indienen.

Art. 45. Als een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen zestig dagen bij gebrek aan bewijs van een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen, brengt ze een gebruiker of zijn vertegenwoordiger daarvan schriftelijk op de hoogte.

In dat geval wordt de termijn van zestig dagen verlengd met dertig dagen.

Als een gebruiker een aanvraag voor tenlasteneming indient en aantoonde dat hij een aanvraag voor het verkrijgen van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag heeft ingediend, dan is de zorgkas niet verplicht een beslissing te nemen zolang het attest niet bij de zorgkas ingediend is. Een gebruiker toont met een kopie van de aanvraag voor bijkomende kinderbijslag aan dat hij de aanvraag heeft ingediend.

Art. 46. De termijnen waarbinnen een zorgkas moet beslissen, vermeld in artikel 44 en 45, zijn bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, niet van toepassing.

Art. 47. De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissing over de tenlasteneming, vermeld in artikel 44 en 45.

Afdeling 2. — Opschorting met verlies van rechten

Art. 48. Onverminderd de toepassing van artikel 2 en 3, schort de zorgkas de uitvoering van de tenlastenemingen met verlies van rechten voor vier maanden op, overeenkomstig artikel 10, § 3, eerste lid van het decreet van 30 maart 1999, voor elk jaar dat de ledenbijdrage uiterlijk op 31 december van dat jaar niet of niet volledig betaald is.

Art. 49. In de volgende situaties wordt de niet-betaling van de ledenbijdrage, de gedeeltelijke betaling van de ledenbijdrage of de laattijdige betaling van de ledenbijdrage niet in aanmerking genomen voor de opschorting met verlies van rechten :

1° het lid is ononderbroken en minstens van 1 maart tot en met 30 april van het jaar waarvoor de ledenbijdrage verschuldigd is en waarvoor de ledenbijdrage niet, gedeeltelijk of laattijdig wordt betaald, vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;

2° het niet, gedeeltelijk of laattijdig betalen van de ledenbijdrage is het gevolg van een fout van het Vlaams Zorgfonds, het Rijksregister of de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

3° het niet of niet tijdig ontvangen van de uitnodiging tot betaling van de ledenbijdrage is het gevolg van een aantoonbare fout van de zorgkas;

4° het lid is een buitenlandse sociaal verzekerde of een Belgische sociaal verzekerde met woonplaats buiten het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor wie een onderzoek loopt over de aansluitingsplicht bij het Vlaams Zorgfonds;

5° de zorgkas heeft een volledig betaalde ledenbijdrage van een lid ten onrechte teruggestort.

In het kader van de regularisatiemogelijkheid, vermeld in artikel 23quater van het decreet van 30 maart 1999, wordt de niet-betaling van de ledenbijdragen, de gedeeltelijke betaling van de ledenbijdragen of de laattijdige betaling van de ledenbijdragen in de volgende gevallen niet in aanmerking genomen voor de opschorting met verlies van rechten :

1° het lid is ononderbroken en minstens van 1 november 2005 tot en met 30 april 2006 vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;

2° de regularisatiebijdragen staan uiterlijk op 10 mei 2006 op de rekening van de zorgkas;

3° bij verandering van zorgkas op 1 januari 2006 staan de regularisatiebijdragen uiterlijk op 31 december 2006 op de rekening van de zorgkas.

De opschorting met verlies van rechten geldt niet voor de jaren waarvoor de ledenbijdrage niet verschuldigd was met toepassing van artikel 4, § 6, van het decreet van 30 maart 1999.

Art. 50. De opschorting met verlies van rechten vervalt als de gebruiker zich in een behartigenswaardige situatie bevindt. Het Vlaams Zorgfonds beslist hierover na advies van de bezwaarcommissie, vermeld in artikel 80. Een gebruiker dient hiervoor een bezwaar in. Het Vlaams Zorgfonds biedt de mogelijkheid om de niet betaalde ledenbijdragen alsnog te betalen of om de gebruiker geheel of gedeeltelijk vrij te stellen van betaling.

De minister bepaalt de nadere regels voor het vervallen van de opschorting met verlies van rechten, vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. — Geldigheidsduur

Art. 51. § 1. De zorgkas beslist over de duur van de geldigheid van een positieve beslissing.

§ 2. Voor mantel- en thuiszorg bedraagt de duurtijd van een positieve beslissing ten minste zes maanden en ten hoogste drie jaar.

In afwijking van het eerste lid wordt de geldigheidsduur bij een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg als volgt berekend :

1° in geval van minstens een B-score op de Katz-schaal in de thuisverpleging loopt de geldigheidsduur van de beslissing voor een gebruiker die op het moment dat de beslissing ingaat, jonger is dan 75 jaar, tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en een maximaal een jaar;

2° in geval van een attest op basis van de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, loopt de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden. Als het attest van onbepaalde duur is, geldt ook de positieve beslissing voor onbepaalde duur;

3° in geval van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag loopt de geldigheidsduur van de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en loopt maximaal tot het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt. De tenlastenemingen worden verder uitgevoerd na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft, als aangetoond wordt dat voor de gebruiker een aanvraag voor een integratietegemoetkoming ingediend is. Het bewijs daarvan is een kopie van de aanvraag voor integratietegemoetkoming. Als de aanvraag voor een integratietegemoetkoming niet leidt tot een attest dat de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen bewijst met het oog op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg, vordert de zorgkas de onterecht uitbetaalde tenlastenemingen terug, als die uitgevoerd zijn na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft.

§ 3. Een positieve beslissing voor residentiële zorg geldt voor onbepaalde duur.

HOOFDSTUK 4. — *Herziening, verlenging en stopzetting**Afdeling 1. — Herziening*

Art. 52. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder ogenblik een herziening van de positieve beslissing over de tenlasteneming te vragen aan de zorgkas. De procedure voor de aanvraag van een tenlasteneming is van overeenkomstige toepassing.

Als de herziening leidt tot een positieve beslissing over de tenlasteneming, heeft die beslissing uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de herziening gevraagd werd door een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De minister bepaalt de nadere regels voor de herziening.

Afdeling 2. — Verlenging

Art. 53. De zorgkas verwittigt schriftelijk een gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor het einde van de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming, vermeld in artikel 51, § 2, dat de gebruiker de verlenging van de beslissing moet aanvragen of de zorgkas stelt de gebruiker in kennis van een beslissing tot verlenging voor het einde van de geldigheidsduur van de beslissing.

Art. 54. § 1. De aanvraag tot verlenging van een beslissing die eerder op basis van een indicatiestelling werd genomen, wordt ingediend bij de zorgkas met een attest, een indicatiestelling of een aanvraagformulier.

§ 2. Als de aanvraag tot verlenging, vermeld in paragraaf 1, wordt ingediend nadat de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken, kan de beslissing niet verlengd worden.

§ 3. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met het oog op de verlenging een aanvraagformulier bij de zorgkas indient, deelt de zorgkas schriftelijk haar beslissing over de verlenging mee binnen zestig dagen.

Als een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen zestig dagen bij gebrek aan een bewijs van het langdurig en ernstig verminderde zelfzorgvermogen, brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger daarvan schriftelijk op de hoogte. In dat geval wordt de termijn van zestig dagen verlengd met dertig 30 dagen.

Zolang er geen beslissing is, kunnen er geen tenlastenemingen uitgevoerd worden.

§ 4. De positieve beslissing tot verlenging treedt in werking op de eerste dag van de maand na de maand waarin de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken.

De procedure voor de aanvraag van een tenlasteneming is van overeenkomstige toepassing op de verlenging van een beslissing die eerder op basis van een indicatiestelling werd genomen.

Art. 55. § 1. De aanvraag tot verlenging van een beslissing die eerder op basis van een attest werd genomen, wordt ingediend bij de zorgkas met een attest of een indicatiestelling.

§ 2. De beslissing die eerder op basis van een attest werd genomen, wordt verlengd als het attest of de indicatiestelling uiterlijk negentig dagen na het verstrijken van de geldigheidsduur aan de zorgkas bezorgd is.

Als de zorgkas zestig dagen na het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige beslissing geen attest of indicatiestelling ontvangen heeft, brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger daarvan schriftelijk op de hoogte.

§ 3. De positieve beslissing tot verlenging treedt in werking op de eerste dag van de maand na de maand waarin de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken.

Er worden geen tenlastenemingen uitbetaald zolang de zorgkas geen positieve beslissing tot verlenging heeft genomen.

De procedure voor de aanvraag van een tenlasteneming is van overeenkomstige toepassing op de verlenging van een beslissing die eerder op basis van een attest werd genomen.

Art. 56. De termijnen waarin een zorgkas over de verlenging moet beslissen, vermeld in artikel 54 en 55, zijn bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, niet van toepassing.

De termijnen, vermeld in artikel 54 en 55, gelden niet voor een verlenging van de beslissing op basis van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag.

Art. 57. De minister bepaalt de nadere regels voor de verlenging.

Afdeling 3. — Stopzetting

Art. 58. De zorgkas zet een beslissing stop als een gebruiker niet meer aan de voorwaarden voldoet.

De beslissing tot stopzetting gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de dag waarop :

1° een gebruiker met een tenlasteneming voor residentiële zorg niet meer aan de verblijfsvoorwaarden voldoet;

2° een gebruiker niet meer aan de voorwaarden van administratieve aard voldoet;

3° de zorgkas de beslissing tot stopzetting neemt, als een gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg niet meer voldoet aan de voorwaarde van langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk 10 een bezwaar aantekenen bij het Vlaams Zorgfonds.

De minister bepaalt de nadere regels voor de stopzetting van een beslissing.

HOOFDSTUK 5. — *Verandering van zorgvorm*

Art. 59. Een gebruiker die een tenlasteneming krijgt en wil veranderen van zorgvorm, deelt dat zelf of via zijn vertegenwoordiger schriftelijk mee aan de zorgkas. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De zorgkas beslist, overeenkomstig artikel 51, over de duur en de geldigheid van de beslissing.

Bij de verandering van mantel- en thuiszorg in residentiële zorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de eerste volle maand dat een gebruiker in een erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verblijft.

Bij de verandering van residentiële zorg in 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 een gebruiker een erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verlaten heeft.

Art. 60. Als een aanvraag voor de verandering van zorgvorm in residentiële zorg wordt ingediend voor er een beslissing is genomen in een voorafgaande aanvraag voor mantel- en thuiszorg, dan kunnen beide aanvragen aanvaard worden. De voorwaarde is dat betrokkene voor de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag voor mantel- en thuiszorg wordt opgenomen in een residentiële voorziening met minimaal een B-forfait op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting.

Art. 61. Als een gebruiker, bij de verandering van thuiszorg in residentiële zorg, tijdens de eerste volle maand verblijft in de residentiële voorziening overlijdt, wordt de tenlasteneming voor residentiële zorg voor de maand van overlijden alsnog uitbetaald.

Als een gebruiker, bij de verandering van zorgvorm van mantel- en thuiszorg naar residentiële zorg, in een voorziening verblijft die niet erkend is als een residentiële voorziening of niet met erkenning gelijkgesteld is, wordt de verandering van zorgvorm geweigerd. In dat geval loopt de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg tot de eerste volle maand verblijf in de residentiële voorziening.

Art. 62. De minister bepaalt de nadere regels voor de verandering van zorgvorm.

HOOFDSTUK 6. — *Uitvoering van de tenlastenemingen*

Afdeling 1. — Bedrag

Art. 63. De tenlasteneming bedraagt 130 euro per maand.

De tenlastenemingen voor mantel- en thuiszorg en residentiële zorg zijn niet cumuleerbaar.

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

Afdeling 2. — Retroactieve tenlastenemingen

Art. 64. Retroactieve tenlastenemingen, als vermeld in artikel 10, § 4, van het decreet van 30 maart 1999, worden uitgevoerd onder de volgende voorwaarden :

1° retroactieve tenlastenemingen zijn beperkt tot maximaal zes maanden;

2° de eerste maand retroactieve tenlasteneming wordt niet uitgevoerd, Deze termijn van de eerste maand is begrepen in de opschorting met verlies van rechten;

3° retroactieve tenlastenemingen worden niet uitgevoerd op basis van attesten of indicatiestellingen die, gevoegd bij een aanvraag van voor 1 januari 2009, tot een positieve beslissing hebben geleid.

Er is sprake van retroactieve tenlastenemingen als de aanvraagdatum in een maand valt die volgt op de datum van het recht op de opening van een tenlasteneming, vermeld in artikel 10, § 1, 1° en 2° van het decreet van 30 maart 1999.

De minister bepaalt de administratieve formaliteiten waaraan voldaan moet worden om het recht op tenlastenemingen retroactief uit te voeren.

HOOFDSTUK 7. *Onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen*

Afdeling 1. — Terugvordering

Art. 65. Een zorgkas vordert onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen terug van de betrokken gebruiker. In voorkomend geval worden ze in mindering gebracht van toekomstige tenlastenemingen die aan de betrokken gebruiker betaald moeten worden.

Art. 66. De zorgkas deelt haar beslissing om de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen terug te vorderen of in mindering te brengen schriftelijk aan een gebruiker mee, met vermelding van de reden van de beslissing. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan vragen om gehoord te worden.

Art. 67. Als een gebruiker lid was van verschillende zorgkassen, vordert de zorgkas waarvan een gebruiker lid was op het moment dat een tenlasteneming onverschuldigd werd uitgevoerd, die tenlasteneming terug.

Als een gebruiker in dezelfde periode verschillende tenlastenemingen bij verschillende zorgkassen heeft verkregen, vorderen de zorgkassen waarvan de betrokkene geen lid is, de bedragen terug.

Art. 68. Als een onverschuldigd uitgevoerde tenlasteneming het gevolg is van het bewust achterhouden van informatie of van bewust onjuiste mededelingen door een gebruiker of zijn vertegenwoordiger, kan de zorgkas de uitvoering van de tenlasteneming schorsen voor maximaal zes maanden.

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk 10 bezwaar aantekenen bij het Vlaams Zorgfonds.

De minister bepaalt de nadere regels voor die schorsing van tenlastenemingen, vermeld in het eerste lid.

Afdeling 2. — Beperking van terugvordering

Art. 69. De terugvordering van de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen wordt voor een gebruiker tot zes maanden tenlastenemingen beperkt. De zorgkas compenseert op eigen middelen de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen die ze niet meer kan terugvorderen.

Art. 70. De terugvordering van de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen wordt beperkt tot één maand tenlastenemingen als een gebruiker aan al de volgende voorwaarden voldoet :

1° de gebruiker heeft geen recht op mantel- en thuiszorg omdat hij volgens het protocol van verblijf voltijds verblijft in een door het Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap erkende residentiële voorziening;

2° de gebruiker heeft de aanvraag tot tenlasteneming voor 1 oktober 2007 bij de zorgkas ingediend.

HOOFDSTUK 8. — *Cumulatie van de tenlastenemingen met de aanspraak op dekking van dezelfde kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening krachtens andere wettelijke of decretale bepalingen*

Art. 71. De personen die een beroep doen op het persoonlijke assistentiebudget hebben geen recht op de uitvoering van een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg.

Art. 72. De personen hebben geen recht op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als ze volgens het protocol van verblijf voltijds verblijven in een van de volgende residentiële voorzieningen, erkend door het Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap :

1° tehuizen voor niet-werkenden;

2° internaten;

3° tehuizen voor werkenden;

4° centra voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling.

De personen hebben geen recht op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als ze na 31 augustus 2008 een eerste aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot verlenging indienen en als ze aan een van de volgende voorwaarden voldoen :

1° ze zijn ingeschreven in een internaat of een opvangcentrum van een medisch pedagogisch instituut van het Gemeenschapsonderwijs;

2° ze verblijven voltijds in een residentiële gehandicaptenvoorziening die vergelijkbaar is met een van de voorzieningen, vermeld in het eerste lid, en die in België door een andere overheid dan de Vlaamse overheid erkend is.

Art. 73. In afwijking van artikel 72 kan de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg gedurende één maand uitgevoerd worden als de betrokkene aan al de volgende voorwaarden voldoet :

1° hij is gedurende meer dan dertig dagen uit de voorziening afwezig in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus;

2° hij had recht op de mantel- en thuiszorgtoelage op 31 augustus.

In afwijking van artikel 72 kan de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg gedurende twee maanden uitgevoerd worden als de betrokkene aan al de volgende voorwaarden voldoet :

1° hij is gedurende meer dan honderd dagen uit de voorziening afwezig in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus;

2° hij had recht op de mantel- en thuiszorgtoelage op 31 augustus.

Art. 74. De minister bepaalt de nadere regels voor de cumulatie van de tenlastenemingen met aanspraak op dekking van dezelfde kosten krachtens andere bepalingen.

HOOFDSTUK 9. — *Controle op de indicatiestelling*

Art. 75. Een controleorgaan kan bij een gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg de graad van zorgbehoevendheid controleren.

Het controleorgaan voert controles uit op eigen initiatief en op verzoek van het Vlaams Zorgfonds.

De minister stelt het controleorgaan aan.

Art. 76. Voor de personen die de controles uitvoeren, gelden dezelfde diplomaverensten als voor de personen die de indicatiestellingen uitvoeren.

Art. 77. Het controleorgaan bezorgt het resultaat van de indicatiestelling onmiddellijk aan de zorgkas en aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Art. 78. § 1. De zorgkas neemt een beslissing op basis van de indicatiestelling, vermeld in artikel 77.

De bepalingen over het nemen van een beslissing door de zorgkas, vermeld in artikel 44 en 51 zijn van overeenkomstige toepassing.

De zorgkas deelt haar beslissing onmiddellijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De beslissing heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van beslissing.

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing een bezwaar indienen bij het Vlaams Zorgfonds indien overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk 10.

§ 2. De beslissing heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van de beslissing.

§ 3. Als een gebruiker twee keer zonder voorafgaande waarschuwing niet voor een controle beschikbaar is of twee keer zijn medewerking aan een controle weigert, zet de zorgkas de beslissing stop.

In afwijking van paragraaf 1, laatste lid gaat de stopzetting van de beslissing omwille van onbeschikbaarheid of weigering van medewerking aan een controle in op de eerste dag van de maand na de datum van de eerste controle.

Art. 79. De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de controle, vermeld in artikel 75.

HOOFDSTUK 10. — *Bezwaar**Afdeling 1. — Bezwaarcommissie*

Art. 80. § 1. De bezwaarschriften worden voor advies voorgelegd aan een door de minister samen te stellen bezwaarcommissie. De minister kan bij de bezwaarcommissie kamers instellen.

§ 2. De bezwaarcommissie of, wanneer er met toepassing van paragraaf 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 master in de rechten. Onder de overige leden moeten minstens de volgende kwalificaties aanwezig zijn :

- 1° doctor in de geneeskunde;
- 2° bachelor in de verpleegkunde;
- 3° 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 Vlaams Zorgfonds. Hij heeft geen stemrecht.

Art. 81. Een kamer van de bezwaarcommissie is gemachtigd de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen van een gebruiker vast te stellen.

Art. 82. De bezwaarcommissie regelt haar werking in een door de minister goed te keuren huishoudelijk reglement. Als binnen de bezwaarcommissie verschillende kamers zijn ingesteld, wordt het huishoudelijk reglement of de wijziging ervan in verenigde kamers besproken.

Art. 83. 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.

Afdeling 2. — Procedure

Art. 84. § 1. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan een bezwaarschrift indienen bij het Vlaams Zorgfonds tegen elke beslissing van de zorgkas over een tenlasteneming.

§ 2. Het bezwaarschrift is ontvankelijk als het aan al de volgende voorwaarden voldoet :

- 1° het is met redenen omkleed;
- 2° alle relevante stukken zijn erbij gevoegd;
- 3° het bezwaarschrift is binnen twee maanden na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas per aangetekende brief verstuurd aan het Vlaams Zorgfonds of er binnen die termijn tegen ontvangstbewijs afgegeven.

Als een gebruiker of zijn vertegenwoordiger gehoord wil worden, moet dat op straffe van verval gevraagd worden in het bezwaarschrift.

Art. 85. Als het bezwaar ontvankelijk is, bezorgt het Vlaams Zorgfonds het bezwaarschrift binnen vijftien dagen na ontvangst aan de bezwaarcommissie. Binnen dezelfde termijn deelt het Vlaams Zorgfonds aan de zorgkas mee dat een ontvankelijk bezwaar is ingediend. De zorgkas kan vragen om gehoord te worden.

Art. 86. Een kamer van de bezwaarcommissie verleent haar gemotiveerde advies aan het Vlaams Zorgfonds binnen drie maanden na ontvangst van het bezwaarschrift.

De leidend ambtenaar neemt een beslissing binnen één maand nadat hij het advies heeft ontvangen.

Het Vlaams Zorgfonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar binnen acht dagen met een aangetekende brief naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en naar de zorgkas in kwestie.

De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de behandeling van het bezwaar.

TITEL 4. — *Openbare centra voor maatschappelijk welzijn*

Art. 87. De openbare centra voor maatschappelijk welzijn voeren de door de minister te bepalen taken van de Vlaamse zorgkas in verband met de aansluiting en aanvragen voor tenlastenemingen uit onder de door de minister te bepalen voorwaarden.

TITEL 5. — *Wijzigingsbepalingen*

Art. 88. De termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 5, 6°, van het decreet van 30 maart 1999, is bij wijze van overgangsmaatregel vijf jaar als de gebruiker, vermeld in artikel 3, zich in het jaar 2005 bij een zorgkas heeft aangesloten en die aansluiting niet heeft plaatsgevonden binnen zes maanden nadat hij zich had kunnen aansluiten.

Art. 89. De personen die zich, niettegenstaande zij zich overeenkomstig artikel 4, § 1, niet kunnen aansluiten, voor 17 juni 2005 al hadden aangesloten bij een zorgkas en als gepensioneerde tenlastenemingen genoten op 17 juni 2005, zullen de lopende tenlastenemingen verder toegekend krijgen, als ze :

1° de ledenbijdrage blijven betalen voor elke referentieperiode waarin tenlastenemingen worden toegekend, zelfs indien het geen volledige referentieperiode betreft;

2° getroffen blijven door een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

Art. 90. De personen, vermeld in artikel 23*quinquies*, eerste lid, van het decreet van 30 maart 1999, kunnen de aanvraag voor een tenlasteneming met terugwerkende kracht tot op zijn vroegst 1 oktober 2001 indienen.

Art. 91. 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, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 23 januari 2009 wordt opgeheven.

Art. 92. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2010.

Art. 93. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 5 februari 2010.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
K. PEETERS

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

—————
TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

F. 2010 — 1151

[C — 2010/35246]

5 FEVRIER 2010. — Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins

Le Gouvernement flamand,

Vu l'article 20 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles;

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, 20 décembre 2002, 30 avril 2004, 7 mai 2004, 24 juin 2005, 25 novembre 2005, 23 décembre 2005, 19 décembre 2008 et 30 avril 2009;

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;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du budget, donné le 11 décembre 2009;

Vu l'avis n° 47.667/3 du Conseil d'Etat, donné le 12 janvier 2010, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Après délibération,

Arrête :

TITRE 1^{er}. — Définitions

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

1° échelle BEL : échelle d'évaluation à l'aide de laquelle sont mesurées la durée et la gravité de l'autonomie réduite, telles que visées à la réglementation sur l'aide aux familles et telles que visées à l'article 9 du décret du 30 mars 1999;

2° cotisation des membres payée : cotisation des membres dont le montant est sur le compte de la caisse d'assurance soins ou du « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand d'Assurance Soins);

3° décret du 30 mars 1999 : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

4° règlement CE : jusqu'au 30 avril 2010 : Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; à partir du 1^{er} mai 2010 : Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale;

5° indicateur mandaté : une organisation, une structure ou un prestataire de soins professionnel autorisé à déterminer la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'une personne, visée à l'article 9 du décret du 30 mars 1999;

6° indication : la détermination de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite, visée à l'article 2, 2°, du décret du 30 mars 1999;

7° échelle de Katz dans les soins à domicile : échelle d'évaluation pour mesurer l'autonomie réduite, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations, visées à l'article 34, 1°, b, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

8° échelle de Katz dans un établissement de soins : échelle d'évaluation pour mesurer l'autonomie réduite, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations, visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

9° cotisation des membres : 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;

10° fonctionnaire dirigeant : le fonctionnaire dirigeant du « Vlaams Zorgfonds »;

11° 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;

12° Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes;

13° soins résidentiels : forme de soins où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure agréée en tant que centre de services de soins et de logement, maison de repos et de soins ou maison de soins psychiatrique ou par une structure y assimilée;

14° prise en charge : la prise en charge des frais, visés à l'article 6, § 1^{er}, du décret du 30 mars 1999;

15° « Vlaamse Zorgkas » : la caisse d'assurance soins, créée par le « Vlaams Zorgfonds » en vertu de l'article 14, alinéa trois, du décret du 30 mars 1999;

16° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15 du décret du 30 mars 1999 ou la « Vlaamse Zorgkas »;

17° 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.

TITRE 2. — L'affiliation à l'assurance soins flamande

CHAPITRE 1^{er}. — Affiliation

Section 1^{re}. — Affiliation obligatoire

Art. 2. § 1^{er}. Toute personne, visée à l'article 4, § 1^{er}, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans. Lorsque cette personne ne s'affilie pas avant le 1^{er} juillet de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans, elle est affiliée d'office à la « Vlaamse Zorgkas » à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les première et deuxième cotisations des membres peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année dans laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que la personne n'encoure une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

§ 2. Toute personne venant habiter en région linguistique néerlandaise et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix. L'affiliation est obligatoire à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne vient habiter en région linguistique néerlandaise. Lorsque cette personne ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins de son choix dans les six mois après qu'elle est venue habiter en région linguistique néerlandaise, elle est affiliée d'office à la « Vlaamse Zorgkas » à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les personnes venant habiter en région linguistique néerlandaise pendant la première moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivant celle dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

Les personnes venant habiter en région linguistique néerlandaise pendant la deuxième moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première, deuxième et troisième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant celle dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première, deuxième et troisième cotisations des membres.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, étant assuré social belge de son propre droit en raison de son emploi actuel ou antérieur en région linguistique néerlandaise, et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation et la preuve relative à la qualité d'assuré social belge.

§ 4. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa deux, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives au délai d'affiliation, la notion d'emploi, la preuve relative à la qualité d'assuré social belge, et la qualité de la personne habitant en région française ou germanophone de la Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation de travailleurs ou à la liberté d'établissement, et la preuve y afférente.

§ 5. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa sept, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les délais d'affiliation, visés au paragraphe 3 ou 4, s'appliquent.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation des personnes à charge.

Section 2. — Affiliation volontaire

Art. 3. § 1^{er}. Toute personne, visée à l'article 4, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 30 mars 1999, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans.

Les première et deuxième cotisations des membres peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année dans laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que cette personne n'encoure une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

§ 2. Toute personne venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix. L'affiliation est possible à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle cette personne vient habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les personnes venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours de la première moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivant l'année dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

Les personnes venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours de la deuxième moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première, deuxième et troisième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant l'année dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première, deuxième et troisième cotisations des membres.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa quatre, du décret du 30 mars 1999, étant assuré social belge de son propre droit en raison de son emploi actuel ou antérieur dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation et la preuve relative à la qualité d'assuré social belge.

§ 4. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa cinq, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation, la notion d'emploi, la qualité d'assuré social belge et la preuve y afférente, et la qualité de la personne habitant en région française ou germanophone de la Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation ou à la liberté d'établissement, et la preuve y afférente.

§ 5. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa sept, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins.

Les délais d'affiliation, visés aux paragraphes 3 et 4, s'appliquent.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation des personnes à charge.

§ 6. La disposition de l'article 3, § 3, s'applique aux militaires belges, ou aux militaires belges retraités résidant dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, ou en Suisse en raison d'une mission à l'étranger.

Dans le présent paragraphe, on entend par militaire belge : militaire rémunéré par le Ministère belge de la Défense.

§ 7. Toute personne, visée aux paragraphes 1^{er} à 6 inclus, s'affilie en dehors des périodes, visées aux paragraphes 1^{er} à 6 inclus, est affiliée tardivement. L'affiliation tardive prend cours à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle la première cotisation des membres est payée. Dans ce cas, le délai d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 5, 6^o, du décret du 30 mars 1999, s'applique. La suspension avec perte de droits, visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, est également imposée en cas d'affiliation tardive pour les années pour lesquelles la personne aurait pu s'affilier et ne l'a pas fait.

Section 3. — Interdiction d'affiliation

Art. 4. § 1^{er}. Toute personne, visée à l'article 4, § 1^{er}, alinéa trois, du décret du 30 mars 1999, ne peut s'affilier à l'assurance soins flamande.

La disposition à l'alinéa premier s'applique également aux étudiants provenant d'un Etat membre de l'UE ou de l'EEE autre que la Belgique, ou de la Suisse.

§ 2. Toute personne, visée à l'article 4, § 1^{er}, alinéas premier et deux, du décret du 30 mars 1999, pouvant, de son propre droit ou en raison de sa qualité de personne à charge, invoquer une convention internationale ou un protocole l'exemptant de charges sociales dans les états contractants, ne peut s'affilier à l'assurance soins flamande.

§ 3. Les personnes, visées à l'article 4, § 3, du décret du 30 mars 1999, ne peuvent pas non plus s'affilier à une caisse d'assurance soins.

§ 4. Le Ministre fixe les modalités relatives à la présente interdiction d'affiliation et le remboursement des cotisations des membres.

Le Ministre fixe également comment la preuve peut être fournie qu'une personne a la qualité d'assuré social dans un autre Etat membre.

Art. 5. Toute personne, visée à l'article 4, acquérant la qualité d'une personne visée à l'article 2 ou 3, peut payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année après la date du changement de sa qualité, sans que cette personne n'encourt une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999, et sans que le délai d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 5, 6^o, du décret du 30 mars 1999, s'applique.

Section 4. — Première affiliation

Art. 6. Une personne s'affilie à une caisse d'assurance soins en payant la cotisation des membres à la caisse d'assurance soins de son choix. Une personne est membre d'une caisse d'assurance soins à partir du moment que la première cotisation des membres est payée.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives à l'affiliation.

Art. 7. Toute personne ne s'affiliant pas à la caisse d'assurance soins de son choix, est affiliée d'office, conformément à l'article 2. La « Vlaamse Zorgkas » informe la personne concernée du fait qu'elle a été affiliée d'office, et de la date à laquelle l'affiliation prend cours. Elle y joint une invitation à payer la cotisation des membres.

Tant que la personne concernée n'a pas payée la cotisation des membres à la « Vlaamse Zorgkas », elle peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix. A partir du moment qu'elle a payé une cotisation des membres à la « Vlaamse Zorgkas », elle peut uniquement changer de caisse d'assurance soins au moyen de la procédure, visée à la section 5.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation d'office.

Section 5. — Mutation de caisse d'assurance soins

Art. 8. Un membre peut muter de caisse d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année dans laquelle il a communiqué l'intention de mutation. A cet effet, il remplit le formulaire de mutation prévu par le « Vlaams Zorgfonds » et il le transmet à l'autre caisse d'assurance soins au plus tard le cinq décembre de l'année en cours.

La mutation est annulée lorsque la personne révoque sa décision avant le 15 janvier de l'année suivant l'année dans laquelle elle a communiqué son intention de mutation de caisse d'assurance soins.

Une personne affiliée à une caisse d'assurance soins, établie par une mutualité, une Union nationale ou une société d'assistance mutuelle, telle que visée à l'article 14, alinéa premier, 1^o, du décret du 30 mars 1999, et en même temps membre d'une mutualité n'appartenant pas à l'Union nationale ou à la société d'assistance mutuelle précitée, peut encore muter de caisse d'assurance soins, en dérogation à l'application des alinéas premier et deux.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la mutation de caisse d'assurance soins.

*CHAPITRE 2. — Cotisation des membres**Section 1^{re}. — Montant et perception de la cotisation des membres*

Art. 9. La cotisation annuelle des membres, visée à l'article 4, § 5, du décret du 30 mars 1999, s'élève à 25 euros.

En dérogation à l'alinéa premier, la cotisation annuelle des membres s'élève à 10 euros pour les personnes, visées aux articles 2 et 3, ayant droit, au 1^{er} janvier de l'année calendaire précédant l'année calendaire à laquelle se rapporte la cotisation des membres, à l'intervention majorée de l'assurance ou au statut OMNIO, visé à l'article 37, § 1^{er}, alinéas deux et trois, et à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 10. Le membre paie sa cotisation annuelle des membres à sa caisse d'assurance soins au plus tard le 30 avril de l'année en cours.

Art. 11. Outre que la cotisation annuelle des membres, la caisse d'assurance soins réclame de ses membres annuellement les cotisations dues pour les années précédentes, sauf les cotisations des membres étant réclamées ensemble avec l'amende administrative par le « Vlaams Zorgfonds ».

Le délai de prescription pour le paiement de la cotisation des membres s'élève à trente ans.

Art. 12. Le montant perçu de cotisations des membres est attribué à l'année la plus récente pour laquelle la cotisation des membres n'a pas ou n'a pas entièrement été payée, sauf lorsqu'il s'agit de cotisations des membres dues pour des années précédentes réclamées dans le cadre d'une demande de prise en charge.

Art. 13. Le Ministre fixe les modalités relatives à la perception des cotisations des membres.

Section 2. — Rappel

Art. 14. Lorsqu'un membre ne paie pas la cotisation annuelle des membres après la première lettre d'invitation, la caisse d'assurance soins envoie un rappel au plus tard le 30 novembre de la même année calendaire, sauf lorsque la cotisation annuelle des membres avait été réclamée par lettre recommandée.

Section 3. — Lettre recommandée

Art. 15. § 1^{er}. Des membres n'ayant pas ou n'ayant pas entièrement payé deux cotisations des membres, non nécessairement consécutives, la caisse d'assurance soins réclame les cotisations des membres dues par lettre recommandée au plus tard le 31 mars de l'année dans laquelle la suivante cotisation des membres est due.

§ 2. Des membres, visés au paragraphe 1^{er}, à qui il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée, visée au paragraphe 1^{er}, au plus tard le 31 mars, la caisse d'assurance soins réclame encore les cotisations des membres dues par lettre recommandée, au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

Le Ministre fixe en quelles situations il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée.

Art. 16. Une caisse d'assurance soins perçoit une indemnité de 5 euros par membre auquel une lettre recommandée, telle que visée à l'article 15, a été envoyée.

A cet effet, chaque caisse d'assurance soins transmet au « Vlaams Zorgfonds », selon les modalités fixées par le « Vlaams Zorgfonds » même, au plus tard le 15 mai de l'année d'envoi des lettres recommandées, les fichiers des personnes auxquelles une lettre recommandée a été envoyée.

Le « Vlaams Zorgfonds » paie l'indemnité au plus tard le 15 juin de l'année en question.

CHAPITRE 3. — *Cessation de l'affiliation*

Art. 17. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année dans laquelle les membres s'étant affiliés obligatoirement ne relèvent plus des dispositions des articles 2 ou 3. La cotisation annuelle des membres reste due pour l'année en cours.

Art. 18. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année dans laquelle les membres s'étant affiliés volontairement ne relèvent plus des dispositions des articles 2 ou 3 du présent arrêté. La cotisation annuelle des membres reste due pour l'année en cours.

Art. 19. L'affiliation prend fin rétroactivement le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la cotisation des membres est entièrement payée lorsque les membres s'étant affiliés volontairement en font la demande.

Art. 20. L'affiliation prend fin rétroactivement et d'office pour les personnes s'étant affiliées volontairement et n'ayant pas payé ou n'ayant payé que partiellement la cotisation annuelle des membres à trois reprises. L'affiliation prend fin rétroactivement le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la cotisation des membres est entièrement payée.

Le membre peut former opposition à cette cessation d'office de son affiliation auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. Le Ministre fixe les modalités relatives à la manière dont la cessation d'office ou le fait de former opposition doit se dérouler.

Art. 21. Lorsque la personne, visée à l'article 19 ou 20, s'affilie de nouveau à une caisse d'assurance soins après la cessation rétroactive de son affiliation, les articles 5, 6°, et 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, s'appliquent toujours.

Art. 22. Les cotisations des membres d'une personne pouvant s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins, sont uniquement remboursées par la caisse d'assurance soins lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° la personne démontre ne pas être informée au moment du paiement des cotisations des membres du fait que l'affiliation est volontaire;

2° la personne introduit une demande écrite.

CHAPITRE 4. — *Amende administrative**Section 1^{re}. — Cas dans lesquels l'amende administrative est imposée*

Art. 23. Une amende administrative est imposée à chaque membre, visé à l'article 2, n'ayant pas payé ou n'ayant payé que partiellement la cotisation des membres à trois reprises, non nécessairement consécutives, conformément à l'article 21bis, § 1^{er}, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, au plus tard le 30 avril de l'année d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15.

Section 2. — Motifs d'exemption de l'amende administrative

Art. 24. Le non-paiement de la cotisation des membres ou le paiement partiel de la cotisation des membres n'est pas pris en compte pour l'imposition d'une amende administrative dans les cas cités ci-après :

1° le membre réside dans un établissement pénitentiaire au moment d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15. Une attestation de l'établissement pénitentiaire concerné en constitue la preuve;

2° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office au moment d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve;

3° le membre fait l'objet d'accompagnement budgétaire ou de gestion budgétaire par un centre public d'aide sociale ou par une institution de médiation de dettes agréée par la Communauté flamande au moment d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15. Une attestation du centre public d'aide sociale ou de l'institution agréée en constitue la preuve;

4° le non-paiement ou le paiement partiel de la cotisation des membres résulte d'une faute du « Vlaams Zorgfonds », du registre national ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale;

5° la non-réception ou la réception tardive de la lettre recommandée, visée à l'article 15, résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins. Une attestation de la caisse d'assurance soins en constitue la preuve;

6° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la région linguistique néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire au « Vlaams Zorgfonds »;

7° la cotisation des membres est payée sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai de l'année d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15;

8° la caisse d'assurance soins a indûment remboursé une cotisation des membres entièrement payée.

Il n'est pas imposé d'amende administrative aux personnes connues auprès du Vlaams Zorgfonds comme :

1° étant exclues d'office;

2° disparues.

Section 3. — Procédure

Art. 25. Les caisses d'assurance soins communiquent au « Vlaams Zorgfonds » les données des personnes prises en considération pour une amende administrative. Le Ministre fixe les modalités relatives à ce sujet.

Art. 26. Le fonctionnaire, visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 juin 2006 réglant la gestion et le fonctionnement du « Vlaams Zorgfonds », impose l'amende administrative.

La personne concernée est invitée par lettre recommandée de payer l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, dans un délai de deux mois après l'envoi de la lettre recommandée.

Un paiement partiel dans le cadre de l'amende administrative est en premier lieu attribué au montant dû de l'amende administrative. Dès que l'amende administrative est payée, les paiements supplémentaires sont déduits des cotisations des membres dues.

Section 4. — Réclamation

Art. 27. Les personnes auxquelles une amende administrative est imposée, peuvent introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » dans un délai de deux mois après l'envoi de la lettre recommandée par le « Vlaams Zorgfonds », visée à l'article 26. La réclamation est uniquement recevable lorsqu'elle est motivée et lorsque toutes les pièces pertinentes y sont jointes. La réclamation est suspensive.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision après l'avis du « Vlaams Zorgfonds ». Le Ministre fixe les modalités relatives à la procédure de réclamation.

Section 5. — Recouvrement

Art. 28. Lorsqu'une personne ne paie pas dans le délai, visé à l'article 26, alinéa deux, l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, dans le cadre de l'amende administrative, sera recouvrée sous contrainte.

Les données des personnes chez qui l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, doit être recouvrée sous contrainte, sont transmises au fonctionnaire, visé à l'article 21bis, § 3 du décret du 30 mars 1999. Le Ministre fixe les modalités à ce sujet.

TITRE 3. — Prises en charge**CHAPITRE 1^{er}. — Conditions***Section 1^{re}. — Conditions de résidence**Sous-section 1^{re}. — Soins résidentiels*

Art. 29. Afin de pouvoir prétendre à une prise en charge pour les soins résidentiels, visés à l'article 30, l'usager doit :

1° résider dans une structure résidentielle agréée par le Gouvernement flamand ou y assimilée, conformément à l'article 6, § 1^{er}, alinéa deux, 3°, du décret du 30 mars 1999;

2° résider dans une structure ayant introduit une demande d'agrément en tant que structure résidentielle auprès de la Communauté flamande. La caisse d'assurance soins effectue les prises en charges pour les personnes résidant dans une telle structure rétroactivement, à partir du moment que la structure est une structure résidentielle agréée.

Afin de pouvoir continuer à prétendre à une prise en charge pour les soins résidentiels, une personne doit remplir les conditions suivantes :

1° elle a une convention de résidence avec la structure lorsqu'elle réside dans un centre de services de soins et de logement ou dans une maison de repos et de soins;

2° elle est admise à une maison de soins psychiatriques et n'est pas absente pendant plus d'un mois calendaire complet.

Lorsque l'usager ne remplit plus les conditions, visées à l'alinéa deux, une demande est introduite de remplacer la forme des soins par les soins de proximité et les soins à domicile. Lorsque l'usager n'introduit pas de demande de changement de forme des soins, la caisse d'assurance soins met fin à la décision à partir du premier jour du premier mois calendaire complet de son absence.

Le Ministre fixe les modalités relatives aux conditions de prise en charge pour les soins résidentiels, visés aux alinéas premier à trois.

Art. 30. Les institutions suivantes sont considérées comme des structures résidentielles agréées ou y assimilées.

1° les centres de soins résidentiels, visés à l'article 37 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009;

2° 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 soins et de 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;

3° 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 soins et de 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 structures établies en Belgique, mais non pas en région linguistique néerlandaise, offrant une aide et des prestations de services similaires aux structures, visées aux points 1°, 2° et 3°, et exerçant leurs activités de manière légitime;

5° les structures et les prestataires de soins professionnels non établis en Belgique, mais dans un Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen autre que la Belgique ou en Suisse, offrant une aide et des prestations de services similaires aux structures, visées aux points 1°, 2° et 3°, et exerçant leurs activités de manière légitime au sein de l'Etat membre d'établissement.

Sous-section 2. — Soins de proximité et soins à domicile

Art. 31. Afin de pouvoir prétendre et de pouvoir continuer à prétendre à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile, l'usager ne peut résider à la date de la demande :

1° dans un établissement pénitentiaire;

2° à l'hôpital, à moins que l'indication ait lieu à un moment où l'usager réside dans son environnement familial.

Lorsque l'usager réside à l'hôpital au moment de l'indication, il peut tout de même prétendre à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'il réside dans son environnement familial à la date de la demande.

Section 2. — Condition d'autonomie gravement réduite de longue durée

Sous-section 1^{re}. Attestation

Art. 32. § 1^{er}. Au moyen d'une attestation, l'usager peut être pris en compte pour une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1° au moins un score de 35 sur l'échelle BEL, constaté par les services d'aide aux familles;
- 2° au moins un score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile;
- 3° au moins un score de 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit aux allocations d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées;
- 4° des allocations familiales supplémentaires résultant du fait d'être handicapé à plus de 66 % ainsi qu'au moins 7 points pour le degré d'autonomie dans le chef de l'enfant;
- 5° des allocations familiales supplémentaires résultant d'au moins 18 points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3;
- 6° au moins un score C sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins;
- 7° une attestation « Kiné E » lors d'une prolongation au moment que l'usager dispose au moins de manière ininterrompue et depuis trois ans d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile sur la base d'une indication à l'aide de l'échelle BEL. Une telle décision positive de prolongation peut également être prolongée au moyen d'une attestation « Kiné E ».

Dans le présent paragraphe, on entend par attestation « Kiné E » : attestation dans le cadre de l'assurance maladie et invalidité obligatoire, visée à l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Afin d'obtenir une prise en charge pour les soins résidentiels, une attestation de résidence démontre que l'usager est atteint d'une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

L'attestation de résidence prouve la résidence dans une structure résidentielle agréée ou y assimilée. Il s'agit d'une des attestations suivantes :

- a) une attestation de la structure sur lequel au moins la date d'admission est mentionnée;
- b) une attestation sur la base du score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins;

§ 3. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'attestation, visée aux paragraphes 1 et 2.

Sous-section 2. — Indication

Art. 33. A défaut de l'attestation, visée à la sous-section Ire, une indication indique le degré d'autonomie réduite afin d'obtenir une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile, pour les usagers qui ont plus de cinq ans.

Art. 34. Lors de l'indication, l'usager peut être pris en compte pour une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'un des critères suivants est rempli :

- 1° au moins 35 points sur l'échelle BEL, lorsque l'usager a dix-huit ans ou plus;
- 2° au moins 10 points sur le bloc ADL physique de l'échelle BEL lorsque l'usager a entre cinq et dix-huit ans.

Art. 35. Les structures suivantes sont autorisées de droit à durée indéterminée en tant qu'indicateur mandaté :

- a) les centres publics d'aide sociale;
- b) les services d'aide familiale et de soins à domicile complémentaires, visés à l'article 5 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009;
- c) les services d'assistance sociale de la mutualité, visés à l'article 14 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009;
- d) les centres de services locaux, visés à l'article 16 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009, effectuant leurs activités principalement dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale;

Art. 36. Une indication effectuée dans les six mois après une indication antérieure ne remplissant pas les critères, visés à l'article 34, 1° et 2°, ne tient pas lieu de preuve démontrant la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

En dérogation à l'alinéa premier, l'indication peut tout de même tenir lieu de preuve lorsque la réindication est effectuée par la même personne qui celle ayant effectué l'indication précédente. Lorsque cette personne est dans l'incapacité d'effectuer l'indication de nouveau, l'indication doit être effectuée par un autre membre du personnel de l'indicateur mandaté concerné ou de l'organisme de contrôle. Lorsque l'indicateur mandaté concerné est dans l'incapacité d'effectuer l'indication de nouveau, suite au déménagement de la personne nécessitant des soins, l'indication peut être effectuée par un autre indicateur mandaté.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives aux conditions auxquelles doit répondre l'indication exécutée dans les six mois, conformément à l'alinéa deux.

Art. 37. Un usager ou son représentant choisit un indicateur mandaté. Les indications sont effectuées à l'aide de l'échelle BEL par les personnes travaillant dans les structures, agissant en tant qu'indicateurs mandatés. La personne effectuant l'indication, est titulaire d'un des diplômes suivants :

- 1° bachelor dans la discipline des soins de santé;
- 2° bachelor dans la discipline du travail socio-éducatif;
- 3° bachelor en sciences familiales;
- 4° un diplôme équivalent pour le contenu et pour le niveau, assimilé par le Ministère flamand de l'Enseignement et de la Formation à un diplôme, tel que visé aux points 1°, 2° ou 3°.

L'indication est signée par la personne ayant effectuée l'indication.

Art. 38. Pour un usager n'habitant pas en région linguistique néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et ne disposant pas d'une attestation, l'indication est effectuée conformément à l'article 37.

Le « Vlaams Zorgfonds » met le formulaire « beschrijvend verslag » (rapport descriptif) à disposition. Ce rapport descriptif est rempli par un médecin agréé au pays de résidence. L'indication a lieu sur la base du rapport descriptif rempli.

Art. 39. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution de l'indication.

Section 3. — Conditions de nature administrative

Art. 40. § 1^{er}. Afin de pouvoir prétendre à une prise en charge, l'usager doit :

1° avoir payé au moins une cotisation des membres due à d'une caisse d'assurance soins à la date, visée à l'article 10, § 1^{er}, du décret du 30 mars 1999;

2° avoir payé les cotisations des membres dues des années précédentes à la date de la demande. Lorsque tel n'est pas le cas, la caisse d'assurance soins réclame les cotisations des membres dues pour les années précédentes et attribue ces cotisations des membres, après paiement, à ces années. Le cas échéant, la caisse d'assurance soins peut percevoir les cotisations des membres dans le cadre de l'amende administrative. Lorsqu'un formulaire de demande est introduit et toutes les cotisations des membres des années précédentes sont encore payées après l'introduction de cette demande, la date de paiement vaut date de demande.

§ 2. Afin de pouvoir continuer à prétendre à une prise en charge, l'usager doit :

1° avoir payé la cotisation des membres due pour l'année en cours au plus tard le 31 décembre;

2° immédiatement faire part à la caisse d'assurance soins de toute modification de la situation ou des soins.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives à la communication de données à la caisse d'assurance soins.

Art. 41. En dérogation à l'article 40, § 1^{er}, l'usager ne pouvant pas payer de cotisation des membres uniquement en raison de la condition d'âge, peut prétendre à une prise en charge lorsqu'il remplit les conditions, visées à l'article 5, points 1°, 3°, 4° et 5°, du décret du 30 mars 1999.

Pour la durée de la décision de prise en charge, l'usager, visé à l'alinéa premier, est censé être affilié à une caisse d'assurance soins de son choix, telle que visée à l'article 5, 2°, du décret du 30 mars 1999. Tant qu'il ne remplit pas la condition d'âge pour payer une cotisation des membres, il ne doit pas la payer.

La condition, visée à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999 ne s'applique pas à l'usager, tel que visé à l'alinéa premier.

CHAPITRE 2. — Demande

Art. 42. L'usager introduit une demande de prise en charge auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. A cet effet, il remplit le formulaire de demande mis à disposition par le « Vlaams Zorgfonds ». L'usager signe le formulaire et la caisse d'assurance soins date le formulaire de demande.

Un représentant peut agir au nom et pour le compte de l'usager. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'intervention d'un représentant.

Une mutualité ou les structures ou les prestataires de soins professionnels agréés ou mandatés par le présent arrêté peuvent introduire une demande pour l'usager lorsqu'ils disposent de l'autorisation de l'usager ou de son représentant pour introduire la demande.

Art. 43. Les personnes, visées aux articles 2, § 4 à § 5 inclus, et 3, § 4 à § 5 inclus, peuvent introduire une demande de prise en charge à effet rétroactif au plus tôt jusqu'au jour où elles auraient dû ou pu s'affilier. La condition à ce sujet est qu'un usager ou son représentant introduise la demande auprès de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où la personne est reprise pour la première fois.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives au mode d'introduction de la demande.

CHAPITRE 3. — Décision sur la prise en charge

Section 1^{er}. — Prise de la décision

Art. 44. § 1^{er}. Dans les soixante jours, la caisse d'assurance soins prend une décision sur la prise en charge sur la base du formulaire de demande, auquel a été joint une indication ou une attestation.

§ 2. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds », conformément aux dispositions du Chapitre 10.

Art. 45. Lorsque la caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les 60 jours, faute de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit.

Dans ce cas, le délai de soixante jours est prorogé de trente jours.

Lorsque l'usager introduit une demande de prise en charge et démontre d'avoir introduit une demande d'obtention d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires, la caisse d'assurance soins n'est pas tenue de prendre une décision tant que l'attestation ne lui a pas été remise. L'usager démontre avoir introduit la demande en présentant une copie de la demande d'allocations familiales supplémentaires.

Art. 46. Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre une décision, visée aux articles 44 et 45, ne s'appliquent pas aux usagers ne résidant pas en zone linguistique néerlandaise ou dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale.

Art. 47. Le Ministre fixe les modalités relatives à la décision sur la prise en charge, visée aux articles 44 et 45.

Section 2. — Suspension avec perte de droits

Art. 48. Sans préjudice de l'application des articles 2 et 3, la caisse d'assurance soins suspend l'exécution des prises en charge avec perte de droits pour quatre mois, conformément à l'article 10, § 3, alinéa premier du décret du 30 mars 1999, pour chaque année que la cotisation des membres n'est pas ou n'est pas entièrement payée au plus tard le 31 décembre de cette année-là.

Art. 49. Le non-paiement, le paiement partiel ou le paiement tardif de la cotisation des membres n'est pas pris en compte pour la suspension avec perte de droits dans les situations suivantes :

1° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus de l'année pour laquelle la cotisation est due et pour laquelle la cotisation des membres n'est pas payée ou est payée partiellement ou tardivement. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve;

2° le non-paiement, le paiement partiel ou tardif de la cotisation des membres résulte d'une faute du « Vlaams Zorgfonds », du registre national ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale;

3° la non-réception ou la réception tardive de l'invitation à payer la cotisation des membres résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins;

4° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la région linguistique néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire au « Vlaams Zorgfonds »;

5° la caisse d'assurance soins a indûment remboursé une cotisation des membres entièrement payée.

Dans le cadre de la possibilité de régularisation, visée à l'article 23quater du décret du 30 mars 1999, le non-paiement, le paiement partiel ou le paiement tardif des cotisations des membres n'est pas pris en compte pour la suspension avec perte de droits dans les cas suivants :

1° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1^{er} novembre 2005 au 30 avril 2006 inclus. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve;

2° les cotisations de régularisation sont sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai 2006;

3° en cas de changement de caisse d'assurance soins le 1^{er} janvier 2006, les cotisations de régularisation sont sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre 2006.

La suspension avec perte de droits ne vaut pas pour les années pour lesquelles la cotisation des membres n'était pas due, en application de l'article 4, § 6, du décret du 30 mars 1999.

Art. 50. La suspension avec perte de droits échoit lorsque l'usager se trouve dans une situation à considérer. Le « Vlaams Zorgfonds » en décide après l'avis de la commission de réclamation, visée à l'article 80. L'usager introduit une réclamation à cet effet. Le « Vlaams Zorgfonds » offre la possibilité d'encore payer les cotisations des membres non payées ou d'exempter l'usager entièrement ou partiellement du paiement.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'échéance de la suspension avec perte de droits, visée à l'alinéa premier.

Section 3. — Durée de validité

Art. 51. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins décide de la durée de validité d'une décision positive.

§ 2. Pour les soins de proximité et les soins à domicile, la durée d'une décision positive est au moins de six mois et de trois ans au maximum.

En dérogation à l'alinéa premier, la durée de validité d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile est calculée comme suit :

1° dans le cas d'au moins un score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile, la durée de validité de la décision pour un usager, ayant moins de 75 ans au moment que la décision prend cours, court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois et d'un an au maximum;

2° dans le cas d'une attestation sur la base de l'échelle médico-sociale utilisée pour le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à l'allocation d'intégration et l'aide aux personnes âgées, la décision court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois. Lorsque l'attestation est de durée indéterminée, la décision positive est également valable pour une durée indéterminée;

3° dans le cas d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires, la durée de validité de la décision court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois et court jusqu'à la fin du mois où l'usager atteint l'âge de 21 ans au maximum. Les prises en charge continuent à être effectuées après la fin du mois où l'usager a atteint l'âge de 21 ans, lorsqu'il est démontré qu'une demande d'allocation d'intégration a été introduite pour l'usager. Une copie de la demande d'allocation d'intégration en constitue la preuve. Lorsque la demande d'allocation d'intégration ne donne pas lieu à une attestation démontrant la gravité et la durée de l'autonomie réduite en vue d'une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile, la caisse d'assurance soins recouvre les prises en charge payées indûment, lorsqu'elles ont été effectuées après la fin du mois où l'usager a atteint l'âge de 21 ans.

§ 3. Une décision positive pour les soins résidentiels est valable à durée indéterminée.

CHAPITRE 4. — Révision, prolongation et cessation

Section 1^{re}. Révision

Art. 52. A tout moment, l'usager ou son représentant a le droit de demander à la caisse d'assurance soins une révision de la décision positive relative à la prise en charge. La procédure pour la demande d'une prise en charge s'applique par analogie.

Lorsque la révision donne lieu à une décision positive relative à la prise en charge, cette décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date à laquelle la révision a été demandée par l'usager ou par son représentant.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la révision.

Section 2. — Prolongation

Art. 53. Avant la fin de la durée de validité de la décision de prise en charge, visée à l'article 51, § 2, la caisse d'assurance soins avertit l'usager ou son représentant du fait que l'usager doit demander la prolongation de la décision ou la caisse d'assurance soins fait part à l'usager de la décision de prolongation avant la fin de la durée de validité de la décision.

Art. 54. § 1^{er}. La demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication est introduite auprès de la caisse d'assurance soins accompagné d'une attestation, d'une indication ou d'un formulaire de demande.

§ 2. Lorsque la demande de prolongation, visée au paragraphe 1^{er}, est introduite après l'échéance de la durée de validité de la décision précédente, la décision ne peut être prolongée.

§ 3. Lorsque l'utilisateur ou son représentant introduit un formulaire de demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue de la prolongation, la caisse d'assurance soins communique sa décision relative à la prolongation dans les 60 jours.

Lorsque la caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les soixante jours, faute de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe l'utilisateur ou son représentant par écrit. Dans ce cas, le délai de soixante jours est prorogé de 30 jours.

Tant qu'il n'y a pas de décision, aucune prise en charge ne peut être effectuée.

§ 4. La décision positive de prolongation prend effet le premier jour du mois suivant le mois dans lequel la durée de validité de la décision précédente est échue.

La procédure pour la demande d'une prise en charge s'applique par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication.

Art. 55. § 1^{er}. La demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation, est introduite auprès de la caisse d'assurance soins accompagné d'une attestation ou d'une indication.

§ 2. La décision, prise antérieurement sur la base d'une attestation, est prolongée lorsque l'attestation ou l'indication a été remise à la caisse d'assurance soins au plus tard quatre-vingt-dix jours après l'échéance de la durée de validité.

Lorsque la caisse d'assurance soins n'a pas reçu d'attestation ou d'indication dans les soixante jours après l'échéance de la durée de validité de la décision précédente, elle en fait part à l'utilisateur ou à son représentant par écrit.

§ 3. La décision positive de prolongation prend effet le premier jour du mois suivant le mois dans lequel la durée de validité de la décision précédente est échue.

Aucune prise en charge ne peut être payée tant que la caisse d'assurance soins n'a pas pris de décision positive de prolongation.

La procédure pour la demande d'une prise en charge s'applique par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation.

Art. 56. Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre une décision sur la prolongation, visée aux articles 54 et 55, ne s'appliquent pas aux usagers ne résidant pas en zone linguistique néerlandaise ou dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les délais, visés aux articles 54 et 55, ne s'appliquent pas à la prolongation de la décision sur la base d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires.

Art. 57. Le Ministre fixe les modalités relatives à la prolongation.

Section 3. — Cessation

Art. 58. La caisse d'assurance soins met fin à une décision lorsque l'utilisateur ne remplit plus les conditions.

La décision de cessation prend effet le premier jour du mois suivant le jour où :

1° l'utilisateur bénéficiant d'une prise en charge pour soins résidentiels ne remplit plus les conditions de résidence;

2° l'utilisateur ne remplit plus les conditions de nature administrative;

3° la caisse d'assurance soins prend la décision de cessation, lorsqu'un usager ayant une décision positive relative aux soins de proximité et aux soins à domicile ne remplit plus la condition de capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

La caisse d'assurance soins fait part de sa décision à l'utilisateur ou à son représentant par écrit. L'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » contre la décision, conformément aux dispositions du Chapitre 10.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la cessation d'une décision.

CHAPITRE 5. — Changement de forme des soins

Art. 59. L'utilisateur, bénéficiant d'une prise en charge et souhaitant changer de forme de soins, en fait part par écrit à la caisse d'assurance soins lui-même ou via son représentant. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'utilisateur ou à son représentant. La caisse d'assurance soins décide de la durée et de la validité de la décision, conformément à l'article 51.

Lorsque les soins de proximité et les soins à domicile sont remplacés par les soins résidentiels, la prise en charge pour la nouvelle forme de soins prend effet, le cas échéant à effet rétroactif, à partir du premier jour du premier mois complet que l'utilisateur réside dans une structure résidentielle agréée ou y assimilée.

Lorsque les soins résidentiels sont remplacés par les soins de proximité et les soins à domicile, la prise en charge pour la nouvelle forme de soins prend effet, le cas échéant à effet rétroactif, à partir du premier jour du mois suivant le mois dans lequel l'utilisateur a quitté une structure résidentielle agréée ou y assimilée.

Art. 60. Lorsqu'une demande de remplacer la forme des soins par les soins résidentiels est introduite avant qu'une décision soit prise relative à une demande antérieure pour les soins de proximité et les soins à domicile, les deux demandes peuvent être acceptées. La condition à cet effet est que la personne concernée soit admise à une structure résidentielle ayant au moins un forfait B sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins avant le premier jour du quatrième mois après la demande pour les soins de proximité et les soins à domicile.

Art. 61. Lorsqu'un usager, lorsque les soins à domicile sont remplacés par les soins résidentiels, décède au cours du premier mois complet de résidence dans la structure résidentielle, la prise en charge pour les soins résidentiels pour le mois du décès est encore payée.

Lorsqu'un usager, lorsque les soins de proximité et les soins à domicile sont remplacés par les soins résidentiels, réside dans une structure non agréée en tant que structure résidentielle ou n'y est pas assimilée, le changement de forme de soins est refusé. Dans ce cas, la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile court jusqu'au premier mois complet de résidence dans la structure résidentielle.

Art. 62. Le Ministre fixe les modalités relatives au changement de forme de soins.

CHAPITRE 6. — *Exécution des prises en charge*

Section 1^{re}. Montant

Art. 63. La prise en charge s'élève à 130 euros par mois.

Les prises en charge pour les soins de proximité, les soins à domicile et les soins résidentiels ne sont pas cumulables.

Pour l'utilisateur qui décède au cours d'un certain mois, la prise en charge pour le mois en question est encore exécutée.

Section 2. — *Prises en charges rétroactives*

Art. 64. Les prises en charge rétroactives, telles que visées à l'article 10, § 4, du décret du 30 mars 1999, sont exécutées sous les conditions suivantes :

1° les prises en charges rétroactives sont limitées à 6 mois au maximum;

2° le premier mois de la prise en charge rétroactive n'est pas exécuté. Ce délai du premier mois est compris dans la suspension avec perte de droits;

3° les prises en charge rétroactives ne sont pas exécutées sur la base d'attestations ou d'indications, qui, jointes à une demande datant d'avant le 1^{er} janvier 2009, ont conduit à une décision positive.

Une prise en charge est considérée comme rétroactive lorsque la date de la demande tombe dans un mois suivant la date du droit de l'ouverture d'une prise en charge, visée à l'article 10, § 1^{er}, 1° et 2° du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les formalités administratives qui doivent être remplies pour effectuer le droit de prise en charge rétroactivement.

CHAPITRE 7. — *Prises en charge effectuées indûment*

Section 1^{re}. — *Recouvrement*

Art. 65. Une caisse d'assurance soins recouvre les prises en charges effectuées indûment de l'utilisateur concerné. Le cas échéant, elles sont déduites de prises en charges futures qui doivent être payées à l'utilisateur concerné.

Art. 66. La caisse d'assurance soins communique sa décision de recouvrer ou de déduire les prises en charges effectuées indûment à l'utilisateur par écrit, avec mention de la raison de la décision. L'utilisateur ou son représentant peut demander d'être entendu.

Art. 67. Lorsque l'utilisateur était membre de différentes caisses d'assurance soins, la caisse d'assurance soins de laquelle l'utilisateur était membre au moment qu'une prise en charge était effectuée indûment recouvre la prise en charge.

Lorsque l'utilisateur a obtenu de différentes prises en charge auprès de différentes caisses d'assurance soins pendant la même période, les caisses d'assurance soins desquelles la personne concernée n'est pas membre recouvrent les montants.

Art. 68. Lorsqu'une prise en charge effectuée indûment résulte de ne pas avoir communiqué des informations délibérément ou de communications délibérément fausses par l'utilisateur ou par son représentant, la caisse d'assurance soins peut suspendre l'exécution de la prise en charge pour six mois au maximum.

L'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds », conformément aux dispositions du Chapitre 10.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la présente suspension des prises en charge, visée à l'alinéa premier.

Section 2. — *Limitation de recouvrement*

Art. 69. Le recouvrement des prises en charges exécutées indûment est limité pour l'utilisateur à six mois de prises en charges. La caisse d'assurance soins compense de ses propres moyens les prises en charges exécutées indûment qu'elle ne peut plus recouvrer.

Art. 70. Le recouvrement des prises en charge exécutées indûment est limité à un mois de prises en charge lorsque l'utilisateur répond à toutes les conditions suivantes :

1° l'utilisateur n'a pas droit aux soins de proximité ou aux soins à domicile parce que, selon le protocole de résidence, il réside à temps plein dans une structure résidentielle agréée par la « Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap » (l'Agence flamande pour les Personnes handicapées);

2° l'utilisateur a introduit la demande de prise en charge avant le 1^{er} octobre 2007 auprès de la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE 8. — *Cumul des prises en charge en ayant droit à la couverture des mêmes frais pour l'aide et les services non médicaux en vertu d'autres dispositions légales ou décrétales*

Art. 71. Les personnes faisant appel au budget d'assistance personnelle n'ont pas droit à l'exécution d'une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile.

Art. 72. Les personnes n'ont pas droit à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'elles résident, selon le protocole de résidence, à temps plein dans une des structures résidentielles suivantes, agréées par la « Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap » :

1° les foyers pour non-travailleurs;

2° les internats;

3° les foyers pour travailleurs;

4° les centres d'observation, d'orientation et de traitement médico-psycho-pédagogiques.

Les personnes n'ont pas droit à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'elles introduisent une première demande de prise en charge ou une demande de prolongation après le 31 août 2008 et lorsqu'elles répondent à une des conditions suivantes :

1° elles sont inscrites dans un internat ou dans un centre d'accueil d'un institut médico-pédagogique de l'enseignement communautaire;

2° elles résident à temps plein dans une structure résidentielle pour personnes handicapées comparable à une des structures visées à l'alinéa premier, agréée en Belgique par une autorité autre que les autorités flamandes.

Art. 73. En dérogation à l'article 72, la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile peut être effectuée pendant un mois lorsque la personne concernée remplit toutes les conditions suivantes :

1° elle est absente de la structure pendant plus de trente jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août inclus;

2° elle avait droit à l'intervention pour les soins de proximité et les soins à domicile le 31 août.

En dérogation à l'article 72, la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile peut être effectuée pendant deux mois lorsque la personne concernée remplit toutes les conditions suivantes :

1° elle est absente de la structure pendant plus de cent jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août inclus;

2° elle avait droit à l'intervention pour les soins de proximité et les soins à domicile le 31 août.

Art. 74. Le ministre fixe les modalités relatives au cumul des prises en charge en ayant droit à la couverture des mêmes frais en vertu d'autres dispositions.

CHAPITRE 9. — *Contrôle de l'indication*

Art. 75. Un organisme de contrôle peut contrôler le degré de nécessité de l'usager disposant d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile.

L'organisme de contrôle procède à des contrôles d'initiative et à la demande du « Vlaams Zorgfonds ».

Le Ministre désigne l'organisme de contrôle.

Art. 76. Aux personnes effectuant les contrôles s'appliquent les mêmes exigences de diplôme qu'aux personnes effectuant les indications.

Art. 77. L'organisme de contrôle transmet le résultat de l'indication immédiatement à la caisse d'assurance soins et à l'usager ou à son représentant.

Art. 78. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins prend une décision sur la base de l'indication, visée à l'alinéa 77.

Les dispositions sur la prise d'une décision par la caisse d'assurance soins, visée aux articles 44 et 51, s'appliquent par analogie.

La caisse d'assurance soins communique immédiatement sa décision à l'usager ou à son représentant.

La décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » contre la décision, conformément aux dispositions du Chapitre 10.

§ 2. La décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

§ 3. Lorsque l'usager n'est pas disponible pour un contrôle à deux reprises sans avertissement préalable ou refuse de collaborer au contrôle à deux reprises, la caisse d'assurance soins met fin à la décision.

En dérogation au paragraphe 1^{er}, alinéa dernier, la cessation de la décision pour indisponibilité ou refus de collaboration au contrôle prend effet le premier jour du mois suivant la date du premier contrôle.

Art. 79. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution du contrôle, visé à l'article 75.

CHAPITRE 10. — *Réclamation*

Section 1^{re}. — Commission de réclamation

Art. 80. § 1^{er}. Les réclamations sont présentées à l'avis d'une commission de réclamation à constituer par le Ministre. Le Ministre peut établir des chambres au sein de la commission de réclamation.

§ 2. La commission de réclamation ou, lorsqu'en application du paragraphe 1^{er}, alinéa deux, des chambres ont été établies, chaque chambre de la commission de réclamation, se compose d'un président et de quatre membres, et leurs suppléants. Le président et son suppléant doivent disposer d'un diplôme de docteur ou de master en droit. Parmi les autres membres au moins les qualifications suivantes sont requises :

1° docteur en médecine;

2° bachelor en nursing;

3° 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 « Vlaams Zorgfonds ». Il ne dispose pas de droit de vote.

Art. 81. Une chambre de la commission de réclamation est autorisée à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite de l'usager.

Art. 82. La commission de réclamation règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le Ministre. Lorsque de différentes chambres ont été établies au sein de la commission de réclamation, le règlement d'ordre intérieur ou sa modification est examiné au sein des chambres réunies.

Art. 83. Une chambre de la commission de réclamation peut uniquement émettre un avis valide lorsqu'au moins deux membres, ou leurs suppléants, sont présents. La commission de réclamation décide à la majorité simple. En cas de partage des voix, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Section 2. — Procédure

Art. 84. § 1^{er}. Un usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » contre toute décision de la caisse d'assurance soins relative à une prise en charge.

§ 2. La réclamation est recevable lorsqu'elle remplit toutes les conditions suivantes :

1° elle est motivée;

2° toutes les pièces pertinentes y sont jointes;

3° la réclamation a été adressée par lettre recommandée au « Vlaams Zorgfonds » dans les deux mois de la réception de la décision de la caisse d'assurance soins ou y a été déposée contre récépissé dans ce délai.

Lorsque l'usager ou son représentant veut être entendu, la demande doit être faite dans la réclamation, sous peine de nullité.

Art. 85. Lorsque la réclamation est recevable, le « Vlaams Zorgfonds » transmet la réclamation à la commission de réclamation dans les quinze jours. Dans le même délai, le « Vlaams Zorgfonds » fait part à la caisse d'assurance soins de l'introduction d'une réclamation recevable. La caisse d'assurance soins peut demander d'être entendue.

Art. 86. Une chambre de la commission de réclamation rend son avis motivé au « Vlaams Zorgfonds » dans les trois mois de la réception de la réclamation.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision dans le délai d'un mois suivant la réception de l'avis.

Dans les huit jours, le « Vlaams Zorgfonds » adresse la décision du fonctionnaire dirigeant par lettre recommandée à l'usager ou à son représentant et à la caisse d'assurance soins en question.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution du traitement de la réclamation.

TITRE 4. — Centres publics d'aide sociale

Art. 87. Les centres publics d'aide sociale exécutent les tâches à déterminer par le Ministre de la « Vlaamse Zorgkas » relatives à l'affiliation et aux demandes de prise en charge aux conditions à fixer par le Ministre.

TITRE 5. — Dispositions modificatives

Art. 88. Le délai d'affiliation ininterrompue, visé à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999, est de cinq ans par mesure transitoire lorsque l'usager, visé à l'article 3, s'est affilié à une caisse d'assurance soins au cours de l'année 2005 et lorsque cette affiliation n'a pas eu lieu dans les six mois après qu'il aurait pu s'affilier.

Art. 89. Les personnes, nonobstant qu'elles ne peuvent s'affilier, conformément à l'article 4, § 1^{er}, s'étant affiliées avant le 17 juin 2005 à une caisse d'assurance soins et bénéficiant de prises en charge en tant que retraité le 17 juin 2005, continueront à bénéficier des prises en charge en cours lorsqu'elles :

1° continuent à payer la cotisation des membres pour toute période de référence dans laquelle des prises en charge sont octroyées, même lorsqu'il ne s'agit pas d'une période de référence entière;

2° restent atteintes d'une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

Art. 90. Les personnes, visées à l'article 23^{quinq}uies, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, peuvent introduire la demande de prise en charge à effet rétroactif jusqu'au 1^{er} octobre 2001 au plus tôt.

Art. 91. 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, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 janvier 2009 est abrogé.

Art. 92. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2010.

Art. 93. Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 5 février 2010

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
K. PEETERS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN