

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

N. 2012 — 2488

[2012/204579]

13 JULI 2012. — DECREET houdende de Vlaamse sociale bescherming

Het VLAAMS PARLEMENT heeft aangenomen en Wij, REGERING, bekrachtigen hetgeen volgt :
DECREET houdende de Vlaamse sociale bescherming

Titel 1. — Gemeenschappelijke basisbepalingen

Hoofdstuk 1. — Inleidende bepaling

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid, behalve artikel 41, dat een gemeenschaps- en een gewestaangelegenheid betreft.

Dit decreet is van toepassing onverminderd de bepalingen van het Unierecht en van internationale verdragen en protocollen.

Hoofdstuk 2. — Definities

Art. 2. In dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° agentschap : het Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 7;
- 2° erkende zorgkas : een zorgkas opgericht door een instantie als vermeld in artikel 17 en erkend krachtens artikel 19;
- 3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of wil doen op de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 3;
- 4° kaderdecreet : het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid van 18 juli 2003;
- 5° Kind en Gezin : het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin, opgericht bij het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin;
- 6° kindpremiegerechtigde : de persoon aan wie de kindpremie wordt uitbetaald overeenkomstig artikel 43, § 2;
- 7° organisaties van de Vlaamse sociale bescherming : het agentschap en de zorgkassen;
- 8° tegemoetkoming : de financiële tegemoetkoming ter uitvoering van titel 3, 4 of 5;
- 9° thuiszorg : thuiszorg als vermeld in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;
- 10° verordening 883/2004 : verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels;
- 11° Vlaamse Zorgkas : de vzw Vlaamse Zorgkas opgericht door het Vlaams Zorgfonds en van rechtswege ingesteld krachtens artikel 20;
- 12° Vlaams Zorgfonds : het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Zorgfonds, opgericht bij het decreet van 7 mei 2004 tot omvorming van het « Vlaams Zorgfonds » tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid en tot wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;
- 13° wonen : ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister. De Vlaamse Regering kan, voor de gehele Vlaamse sociale bescherming of voor bepaalde rechten van de Vlaamse sociale bescherming, het begrip wonen uitbreiden;
- 14° Ziekteverzekeringswet : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 15° zorgkas : een erkende zorgkas of de Vlaamse Zorgkas;
- 16° Zorgverzekeringdecreet : het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering.

Hoofdstuk 3. — Voorwerp

Art. 3. Dit decreet geeft uitvoering aan artikel 23 van de Grondwet.

De Vlaamse sociale bescherming is gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en de kansen van de gebruikers om volwaardig deel te nemen aan de samenleving. Ze steunt gezinnen met kinderen met het oog op maximale ontplooiingskansen voor de kinderen.

Onder de voorwaarden van dit decreet geeft de Vlaamse sociale bescherming gebruikers recht op een tegemoetkoming op het vlak van :

- 1° niet-medische hulp- en dienstverlening voor gebruikers die getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen door toepassing van de zorgverzekeringstegemoetkoming, vermeld in hoofdstuk 9, titel 3;
- 2° zorg voor jonge kinderen door toepassing van de premie door jonge kinderen, vermeld in artikel 43;
- 3° thuiszorg door een beperking van de eigen bijdragen door toepassing van de maximumfactuur, vermeld in artikel 46.

Hoofdstuk 4. — *Personeel toepassingsgebied*

Art. 4. § 1. De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op :

1° elke persoon die in het Nederlandse taalgebied woont;

2° elke persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die overeenkomstig de bepalingen van artikel 31 aangesloten is bij een zorgkas.

Elke persoon, vermeld in het eerste lid, die op grond van het Unierecht onderworpen is aan het socialezekerheidsstelsel van een andere staat dan België, valt voor wat betreft de premie voor jonge kinderen, vermeld in artikel 43, en de maximumfactuur in de thuiszorg, vermeld in artikel 46, onder het toepassingsgebied van dit decreet.

§ 2. De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die op grond van het Unierecht rechten kan doen gelden op een Belgische uitkering bij ziekte of een gezinsuitkering in de zin van verordening 883/2004 en die, overeenkomstig de bepalingen van artikel 31 van het decreet, aangesloten is bij een zorgkas. Deze persoon valt enkel voor wat betreft de premie voor jonge kinderen, vermeld in artikel 43, en de zorgverzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 42, onder het toepassingsgebied van dit decreet.

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 4, § 3, van het Zorgverzekeringsdecreet, valt buiten het toepassingsgebied van dit decreet.

Hoofdstuk 5. — *Algemene principes*

Art. 5. De tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming worden onder de voorwaarden van dit decreet ambtshalve toegekend, als dat mogelijk is. Zolang dat niet mogelijk is, kan de Vlaamse Regering, in afwijking daarvan, andere vormen van toekenning bepalen.

Art. 6. De organisaties van de Vlaamse sociale bescherming geven aan de gebruiker die daarom vraagt, alle nodige inlichtingen en raad over zijn rechten en verplichtingen in het raam van de Vlaamse sociale bescherming.

Hoofdstuk 6. — *Organisatie van de Vlaamse sociale bescherming*Afdeling 1. — *Het Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming*Onderafdeling 1. — *Omvorming van het Vlaams Zorgfonds*

Art. 7. Het Vlaams Zorgfonds wordt van rechtswege omgevormd tot het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming.

De Vlaamse Regering bepaalt tot welk homogeen beleidsdomein het agentschap behoort en kan een afwijking toestaan op het principe van de operationele autonomie, bedoeld in artikel 10, § 1, van het kaderdecreet.

De bepalingen van het kaderdecreet zijn van toepassing op het agentschap, met uitzondering van artikel 4, § 2, 1°, 6, § 3, 24 en 25.

Onderafdeling 2. — *Missie en taken*

Art. 8. Het agentschap heeft als missie een actief beleid te voeren dat gericht is op de verhoging van de zelfredzaamheid en de kansen van de gebruikers om volwaardig deel te nemen aan de samenleving en op steun aan gezinnen met kinderen met het oog op maximale ontplooiingskansen voor de kinderen.

Het agentschap realiseert dat in het bijzonder door :

1° de betaalbaarheid te verzekeren voor de huidige en de toekomstige generatie van de niet-medische hulp- en dienstverlening die gegeven wordt aan personen die getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen;

2° de preventieve zorg voor jonge kinderen te versterken door toekenning van een premie;

3° de financiële toegankelijkheid van de thuiszorg te verzekeren.

Het neemt bij de uitvoering van zijn missie het recht op een menswaardig leven en maatschappelijke ontplooiing, vermeld in artikel 23 van de Grondwet, als uitgangspunt.

Art. 9. De kerntaak van het agentschap omvat :

1° zorgen voor de huidige en toekomstige financiering van de tegemoetkomingen die toegekend zijn op basis van de Vlaamse sociale bescherming;

2° toezicht houden op de zorgkassen, met behoud van de toepassing van de controle door de Nationale Bank van België, de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (FSMA) en de Controledienst der ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

3° de indicatiestelling van de zorgbehoefte organiseren;

4° subsidies verstrekken aan de zorgkassen;

5° structurele verschillen in risico tussen de zorgkassen compenseren;

6° financiële reserves aanleggen en beheren met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen.

Art. 10. Binnen het kader van de missie en de taken van het agentschap kan de Vlaamse Regering specifieke taken aan het agentschap toewijzen.

Art. 11. Het agentschap voert de taken, vermeld in artikel 9 en 10, voor de doelgroep uit, in samenhang met het door de Vlaamse Gemeenschap gevoerde welzijns- en gezondheidsbeleid.

Onderafdeling 3. — *Bestuur en werking*

Art. 12. De Vlaamse Regering regelt de werking en het beheer van het agentschap. In afwijking van artikel 6,

§ 3, van het kaderdecreet kan zij het hoofd van een intern verzelfstandigd agentschap van het beleidsdomein met de algemene leiding, de werking en de vertegenwoordiging van het agentschap belasten. In voorkomend geval zal de beheersovereenkomst, bedoeld in artikel 8 van het kaderdecreet, deel uitmaken van de beheersovereenkomst van het intern verzelfstandigd agentschap dat het agentschap beheert.

Onderafdeling 4. — Financiering en reservefonds

Art. 13. § 1. De middelen waarover het agentschap beschikt zijn :

- 1° dotaties;
- 2° het eventuele saldo op het einde van het voorgaande begrotingsjaar;
- 3° schenkingen en legaten in speciën;
- 4° inkomsten uit eigen participaties, beleggingen en uit door het agentschap verstrekte leningen aan derden;
- 5° opbrengsten uit de verkoop van eigen participaties;
- 6° ontvangsten die voortvloeien uit de daden van beheer of beschikking met betrekking tot eigen domeingoederen;
- 7° de subsidies waarvoor het agentschap als begunstigde in aanmerking komt;
- 8° de opbrengst uit sponsoring;
- 9° de terugvordering van ten onrechte gedane betalingen;
- 10° de solidaire bijdragen van de aangesloten personen;
- 11° vergoedingen voor andere prestaties aan derden, volgens de voorwaarden die bepaald zijn in de beheersovereenkomst;
- 12° alle andere middelen die nuttig zijn in het kader van de doelstelling van het agentschap en die ingevolge wettelijke, decretale of reglementaire bepalingen aan het agentschap toekomen;
- 13° leningen, volgens de door de Vlaamse Regering te bepalen voorwaarden.

§ 2. De dotaties, vermeld in paragraaf 1, 1°, worden elk jaar uitbetaald vóór een datum die bepaald wordt door de Vlaamse Regering. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de uitbetaling van de dotaties.

De dotaties en de omvang van de bijdragen, vermeld in paragraaf 1, 1° en 10°, worden voor elk begrotingsjaar berekend op basis van parameters voor het aantal en de som van de tegemoetkomingen die worden toegekend, het profiel van de gebruikers inzake de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen, het aanleggen van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen, en de andere middelen die het agentschap toekomen.

De Vlaamse Regering regelt de berekening van de parameters en van de dotaties.

De middelen kunnen worden aangewend in een systeem van kapitalisatie, in een systeem van repartitie of in een gemengd systeem van kapitalisatie en repartitie. Daarbij kan ook een onderscheid gemaakt worden per onderdeel van de Vlaamse sociale bescherming.

Art. 14. Het agentschap kan schenkingen of legaten aanvaarden. Het hoofd van het agentschap beoordeelt vooraf de opportuniteit en de risico's die aan de aanvaarding verbonden zijn.

Art. 15. Het agentschap wordt gemachtigd om voor het geheel of per onderdeel van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 3, derde lid, een reservefonds aan te leggen op het niveau van het agentschap.

De middelen in een reservefonds mogen worden aangewend om de dekking van de tegemoetkomingen door de zorgkassen te vrijwaren. Als er verschillende reservefondsen worden aangelegd, mogen de middelen in een reservefonds worden aangewend om de dekking van de tegemoetkomingen door de zorgkassen te vrijwaren in het onderdeel van de Vlaamse sociale bescherming waarop het reservefonds betrekking heeft.

De aanvulling van een reservefonds is afhankelijk van een machtiging door het Vlaams Parlement in de jaarlijkse begroting. Die machtiging tot aanvulling kan alleen betrekking hebben op het deel van de uitgavenkredieten die in de begroting aan het agentschap worden toegekend voor het geheel of voor het onderdeel van de Vlaamse sociale bescherming in kwestie en die in het begrotingsjaar zelf niet worden aangewend.

Onderafdeling 5. — Raadgevend comité

Art. 16. Bij het agentschap wordt een raadgevend comité opgericht dat advies verstrekt op verzoek van het hoofd van het agentschap. Het raadgevend comité verstrekt ook op eigen initiatief advies over alle aangelegenheden die van belang zijn voor de taken van het agentschap.

Het raadgevend comité is samengesteld uit een vertegenwoordiging van de volgende maatschappelijke geledingen van het beleidsveld :

- 1° vertegenwoordigers van gebruikers;
- 2° vertegenwoordigers van de zorgkassen;
- 3° vertegenwoordigers van de Vlaamse sociale partners.

Die vertegenwoordigers worden benoemd door de Vlaamse Regering.

In het raadgevend comité kunnen ook andere, door de Vlaamse Regering aan te wijzen personen zitting hebben, alsook onafhankelijke deskundigen op het werkterrein van het agentschap.

De Vlaamse Regering stelt de nadere regels voor de samenstelling van het raadgevend comité vast, en kan voor de leden ervan een vergoeding bepalen. De leden worden door de Vlaamse Regering voor een periode van vier jaar benoemd.

Het raadgevend comité stelt een huishoudelijk reglement op en legt het ter goedkeuring voor aan de Vlaamse Regering. Het reglement stelt de praktische werking vast, de deontologie, de informatie- en rapporteringsopdracht van het comité, en de aard van de dossiers en rapporten die aan het raadgevend comité worden voorgelegd.

Afdeling 2. — De zorgkassen

Onderafdeling 1. — Erkende zorgkassen

Art. 17. Een erkende zorgkas kan door de volgende instanties worden opgericht :

1° ziekenfondsen, landsbonden van ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand, onderworpen aan de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

2° de Kas der Geneeskundige Verzorging, vermeld in artikel 6 van de Ziekteverzekeringwet;

3° verzekeringsondernemingen die vallen onder de toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, en die actief zijn in het hele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder 'actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad'.

Art. 18. Om erkend te kunnen worden als erkende zorgkas, moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan :

1° opgericht worden als een privaatrechtelijke rechtspersoon die zijn opdrachten zonder winstoogmerk uitvoert en die ten aanzien van de in artikel 17 bepaalde instanties en ten aanzien van het agentschap volledig gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen;

2° wegens haar organisatie beschouwd worden als uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap;

3° elk verzoek tot aansluiting overeenkomstig artikel 31 aanvaarden, tenzij een wettelijke of decretale bepaling dat verhindert;

4° elke aanvraag die geldig ingediend wordt, behandelen op de wijze als vastgesteld door dit decreet en zijn uitvoeringsbesluiten en een totaal verbod op risicoselectie in acht nemen;

5° geen andere activiteiten ontplooiën dan vermeld in artikel 21 tenzij die nauw samenhangen met de activiteiten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming;

6° noch rechtstreeks, noch zijdelings andere verzekeringen, tenlastenemingen, tegemoetkomingen of voordelen aanbieden of toekennen, die gekoppeld zijn aan de in artikel 31 bedoelde aansluiting of de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming;

De zorgkassen die erkend zijn ter uitvoering van het Zorgverzekeringsdecreet worden van rechtswege omgevormd tot en erkend als zorgkassen in het kader van dit decreet.

Art. 19. De Vlaamse Regering verleent de erkenning als erkende zorgkas. Ze bepaalt eenvormige regels voor de toekenning, weigering, verlenging, intrekking en schorsing van de erkenning.

Onderafdeling 2. — De Vlaamse Zorgkas

Art. 20. § 1. De vzw Vlaamse Zorgkas die is opgericht door het Vlaams Zorgfonds wordt van rechtswege omgevormd tot en ingesteld als zorgkas in de zin van dit decreet.

§ 2. De Vlaamse Zorgkas heeft twee soorten leden : de effectieve leden en de toetgetreden leden.

De effectieve leden zijn vertegenwoordiger van de Vlaamse administratie, van een Vlaamse minister of van de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten. De statuten van de Vlaamse Zorgkas regelen de aanwijzing.

De toetgetreden leden zijn de leden die aansluiten of ambtshalve aangesloten worden overeenkomstig of krachtens artikel 31.

§ 3. De algemene vergadering van de Vlaamse Zorgkas telt ten minste vijf leden. Zij bestaat uit alle effectieve leden van de Vlaamse Zorgkas.

De werking van de algemene vergadering wordt geregeld door de statuten van de Vlaamse Zorgkas.

§ 4. De Vlaamse Zorgkas wordt bestuurd door zijn raad van bestuur. Behoudens de bevoegdheden welke de wet of de statuten uitdrukkelijk voorbehouden aan de algemene vergadering beschikt de raad van bestuur over de meest uitgebreide bevoegdheden. Hij kan alle daden van bestuur en beschikking stellen die noodzakelijk zijn voor het bereiken van het maatschappelijk doel. De raad van bestuur oefent zijn bevoegdheden uit als college. Hij kan een of meer daden van bestuur of beschikking delegeren aan de voorzitter of een ander lid van de raad van bestuur.

De werking en de samenstelling van de raad van bestuur worden geregeld door de statuten van de Vlaamse Zorgkas.

§ 5. Het dagelijks bestuur van de Vlaamse Zorgkas wordt geregeld door de statuten van de Vlaamse Zorgkas.

§ 6. Het toezicht op de Vlaamse Zorgkas wordt uitgeoefend door een bedrijfsrevisor die wordt benoemd als commissaris. De benoeming, het ontslag en de taken van de bedrijfsrevisor worden geregeld door de statuten van de Vlaamse Zorgkas.

Onderafdeling 3. — Opdrachten

Art. 21. Een zorgkas heeft de volgende opdrachten :

1° ze onderzoekt de aanvragen en beslist over de tegemoetkomingen overeenkomstig de bepalingen van dit decreet en zijn uitvoeringsbesluiten;

2° ze staat in voor de uitvoering van de tegemoetkomingen overeenkomstig de bepalingen van dit decreet en zijn uitvoeringsbesluiten;

3° ze registreert de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen en de tegemoetkomingen;

4° ze int, zoals bepaald in artikel 32, de bijdragen van de aangeslotenen;

5° ze beheert in voorkomend geval, zoals bepaald in artikel 25, haar financiële reserves.

De Vlaamse Regering bepaalt eenvormige regels voor de controle op en de werking, de organisatie en het beheer van de zorgkassen.

Art. 22. De zorgkas kan uit eigen beweging alle ontbrekende inlichtingen verzamelen om de rechten van de gebruiker te kunnen beoordelen. De zorgkas kan daarbij bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten, bepaalde ontbrekende inlichtingen opvragen bij de gebruiker zelf of een beroep doen op de medewerking van de gebruiker. De zorgkas kan de gebruiker alleen inschakelen als ze de ontbrekende inlichtingen niet op een andere manier kan verkrijgen.

De Vlaamse Regering bepaalt binnen welke termijnen de gebruiker, op straffe van verval van het recht, een antwoord moet verstrekken of zijn medewerking moet verlenen.

Art. 23. De beslissingen van de zorgkas over het dossier van de gebruiker zijn gemotiveerd en worden ter kennis gebracht van de gebruiker met vermelding van de beroepsmogelijkheden en de voorwaarden van het beroep.

Als de beroepsmogelijkheden en de voorwaarden van het beroep niet worden vermeld, neemt de termijn voor de indiening van het beroep geen aanvang.

Onderafdeling 4. — Subsidie

Art. 24. Een zorgkas ontvangt jaarlijks een subsidie die door het agentschap wordt vastgesteld op basis van :

1° de som van de effectieve tegemoetkomingen in het raam van dit decreet;

2° een forfaitair bedrag ter dekking van de administratieve kosten, aan de hand van door de Vlaamse Regering te bepalen criteria.

Een zorgkas is verantwoordelijk voor het financiële evenwicht tussen haar inkomsten en uitgaven.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden van de vaststelling en uitbetaling van de subsidies en van het financiële evenwicht. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure van de terugvordering van de subsidies.

Art. 25. De Vlaamse Regering kan de zorgkassen belasten met het financiële beheer van reserves volgens de door haar te bepalen regels.

Afdeling 3. — Toezicht

Art. 26. De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen voor het toezicht op de tegemoetkomingen in het kader van dit decreet en voor de uitvoering ervan door de zorgkassen.

De Vlaamse Regering bepaalt welke gegevens de zorgkassen ter beschikking moeten stellen van de instanties die belast zijn met het toezicht en regelt de vormvereisten daarvan.

Art. 27. De zorgkassen leggen jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan het agentschap volgens de vormvereisten die de Vlaamse Regering bepaalt.

Art. 28. Het agentschap kan in het raam van de uitvoering van de maximumfactuur, overeenkomstig titel 5, ook toezicht uitoefenen op de voorzieningen voor de uitvoering van het systeem van de maximumfactuur, volgens de voorwaarden die bepaald zijn door de Vlaamse Regering.

Art. 29. De Vlaamse Regering legt jaarlijks en uiterlijk op 31 oktober de begroting van het agentschap voor het volgende jaar aan het Vlaams Parlement voor.

De Vlaamse Regering brengt jaarlijks voor 30 september aan het Vlaams Parlement omstandig verslag uit over de inkomsten en uitgaven en de werking van het agentschap tijdens het afgelopen begrotingsjaar.

Hoofdstuk 7. — *Verplichtingen voor de gebruiker en de kindpremiegerechtigde*

Afdeling 1. — Algemene bepalingen

Art. 30. § 1. Met behoud van de toepassing van de bepalingen van het Zorgverzekeringsdecreet, moet de gebruiker, om aanspraak te kunnen maken op de rechten in het kader van dit decreet :

1° aangesloten zijn bij een zorgkas overeenkomstig de bepalingen van artikel 31;

2° op het ogenblik van de uitvoering van de tegemoetkoming legaal verblijven in een lidstaat van de Europese Unie of in een staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte.

§ 2. Met behoud van de toepassing van de bepalingen van paragraaf 1 moet de gebruiker die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, en die, vanaf het ogenblik dat hij zich kon aansluiten, zich niet heeft aangesloten bij een zorgkas binnen een door de Vlaamse Regering te bepalen termijn, gedurende ten minste tien jaar, voorafgaand aan de opening van het recht op de tegemoetkoming overeenkomstig het Zorgverzekeringsdecreet, ononderbroken aangesloten zijn bij een zorgkas of sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België of in een andere staat dan België, die partij is bij de Europese Economische Ruimte.

In afwijking van het eerste lid wordt de periode van tien jaar herleid tot een periode van zes jaar, voorafgaand aan de opening van het recht op de betreffende tegemoetkoming, voor wat betreft de premie voor jonge kinderen, vermeld in artikel 43, en de maximumfactuur in de thuiszorg, vermeld in artikel 46.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot het eerste en het tweede lid.

Voor de toepassing van de premie voor jonge kinderen, vermeld in artikel 43, gelden de vereisten van het eerste en het tweede lid voor de kindpremiegerechtigde.

Afdeling 2. — Aansluiting bij een zorgkas

Art. 31. § 1. Elke persoon vanaf de leeftijd van achttien jaar die in het Nederlandse taalgebied woont, moet zich aansluiten bij een zorgkas. Wie binnen de door de Vlaamse Regering te bepalen termijn niet aangesloten is bij een zorgkas, wordt ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas. De betrokkene wordt daarvan onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte gebracht. Die aansluiting vervalt als de betrokkene zich alsnog aansluit bij een zorgkas van zijn keuze.

Een persoon van minder dan achttien jaar die in het Nederlandse taalgebied woont, wordt van rechtswege geacht aangesloten te zijn bij de zorgkas waarbij de persoon is aangesloten die optreedt als gerechtigde voor de persoon van minder dan achttien jaar in het kader van de Ziekteverzekeringswet. Vanaf het jaar waarin die persoon de leeftijd van achttien jaar bereikt, moet hij zich aansluiten bij de zorgkas van zijn keuze. Bij gebrek aan keuze blijft de persoon verder aangesloten bij de zorgkas waarbij hij van rechtswege was aangesloten.

Elke persoon die voor de leeftijd van achttien jaar in het Nederlandse taalgebied komt wonen, wordt van rechtswege aangesloten bij de zorgkas waarbij de persoon is aangesloten die optreedt als gerechtigde voor de persoon van minder dan achttien jaar in het kader van de Ziekteverzekeringswet.

Elke persoon van minder dan achttien jaar die in het Nederlandse taalgebied woont en die, in afwijking van het tweede en het derde lid, niet van rechtswege aangesloten is, sluit zich aan bij een zorgkas naar keuze.

Elke persoon, die niet in België woont, en voor wie uit eigen recht, op grond van het Unierecht rechten kan doen gelden op een Belgische uitkering bij ziekte of een gezinsuitkering in de zin van de verordening 883/2004 moet zich vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van achttien jaar bereikt, aansluiten bij de zorgkas van zijn keuze.

Elke 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, zoals gewaarborgd door artikel 45 en 49 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, en voor wie uit eigen recht, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, op grond van het Unierecht, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, moet zich vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van achttien jaar bereikt, aansluiten bij de zorgkas van zijn keuze.

De personen ten laste van de personen, vermeld in het vijfde en zesde lid, moeten zich vanaf het jaar waarin ze de leeftijd van achttien jaar bereiken, aansluiten bij de zorgkas van hun keuze.

§ 2. Elke persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, kan zich vanaf de leeftijd van achttien jaar vrijwillig aansluiten bij een zorgkas.

Een persoon van minder dan achttien jaar die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, wordt van rechtswege aangesloten bij de zorgkas waarbij de persoon is aangesloten die optreedt als gerechtigde in het kader van de Ziekteverzekeringwet, als deze laatste aangesloten is bij de zorgverzekering. In voorkomend geval kan die persoon, vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van achttien jaar bereikt, zich aansluiten bij de zorgkas van zijn keuze. Bij gebrek aan keuze binnen een door de Vlaamse Regering bepaalde termijn wordt de aansluiting bij de zorgkas beëindigd.

De persoon van minder dan achttien jaar kan op elk moment een einde maken aan de aansluiting van rechtswege, vermeld in het tweede lid.

Elke persoon die voor de leeftijd van achttien jaar in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komt wonen, wordt van rechtswege aangesloten bij de zorgkas waarbij de persoon is aangesloten die optreedt als gerechtigde voor de persoon van minder dan achttien jaar in het kader van de Ziekteverzekeringwet.

Elke persoon van minder dan achttien jaar die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die, in afwijking van het tweede en het vierde lid, niet van rechtswege aangesloten is, kan zich aansluiten bij een zorgkas naar keuze als hij in aanmerking komt voor een tegemoetkoming krachtens dit decreet.

Elke persoon, die niet in België woont, en voor wie uit eigen recht, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van het Unierecht, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, kan zich, vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van achttien jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

Elke 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, zoals gewaarborgd door artikel 45 en 49 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, en voor wie uit eigen recht, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van het Unierecht, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, kan zich, vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van achttien jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen ten laste van personen, vermeld in het zesde en zevende lid, kunnen zich vanaf het jaar waarin ze de leeftijd van achttien jaar bereiken, aansluiten bij de zorgkas van hun keuze.

§ 3. De bepalingen van dit decreet over de personen, vermeld in paragraaf 1, eerste tot en met vierde lid, zijn van overeenkomstige toepassing op de categorieën van personen die, rekening houdende met de toepassing van het Unierecht of van een internationaal verdrag of protocol, zich moeten aansluiten bij een zorgkas. De bepalingen van dit decreet over de personen, vermeld in paragraaf 2, eerste tot en met vijfde lid, zijn van overeenkomstige toepassing op de categorieën van personen die, rekening houdend met de toepassing van het Unierecht of van een internationaal verdrag of protocol, zich vrijwillig kunnen aansluiten bij een zorgkas.

§ 4. Elke persoon, vermeld in artikel 4, die na verhuis van en naar een ander taalgebied of van en naar een andere lidstaat van de Europese Unie of van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland, opnieuw valt onder het toepassingsgebied van het decreet, zoals vermeld in artikel 4, blijft met behoud van rechten aangesloten bij de zorgkas van zijn keuze, zolang hij aan alle voorwaarden blijft voldoen.

§ 5. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de aansluiting. De Vlaamse Regering kan bepalen dat bepaalde maatregelen van dit artikel gefaseerd ingevoerd worden.

Afdeling 3. — Bijdragen voor de Vlaamse sociale bescherming

Art. 32. § 1. De personen die aangesloten zijn bij een zorgkas moeten vanaf een door de Vlaamse Regering te bepalen leeftijd jaarlijks een bijdrage betalen voor de Vlaamse sociale bescherming. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de leeftijd en de termijn van betaling, de wijze van vaststelling en de hoogte van de bijdragen op basis van parameters over de hoedanigheid van de aangeslotenen. De Vlaamse Regering kan categorieën van personen, op wie alleen bepaalde onderdelen van dit decreet van toepassing zijn, vrijstellen van de bijdrageplicht.

§ 2. De zorgkassen innen de bijdragen, bestemd voor het agentschap. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de inning van de bijdragen. Ze bepaalt hoe de geïnde bedragen worden doorgestort naar het agentschap of worden verrekend met de subsidie, vermeld in artikel 24.

Voor personen van wie de ledenbijdrage niet kon worden opgevraagd bij gebrek aan gegevens over de vervulling van de aansluitingsvoorwaarden, is het opvragen van de ledenbijdragen beperkt tot vijf jaar, voorafgaand aan en met inbegrip van de ledenbijdrage voor het lopende jaar. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de voorwaarden om die beperking toe te passen.

§ 3. De jaarlijkse bijdrage of het nog niet geïnde deel ervan is niet verschuldigd :

- 1° na het overlijden van de aangeslotene;
- 2° als de aangeslotene het voorwerp is van een collectieve schuldenregeling;
- 3° als de aangeslotene in staat van faillissement verklaard is.

Art. 33. De Vlaamse Regering kan regels bepalen voor de aftrek van niet tijdig betaalde bijdragen van de Vlaamse sociale bescherming van de uit te keren tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming.

Afdeling 4. — Sanctiebepalingen

Art. 34. § 1. Met behoud van de toepassing van artikel 10, § 3, van het Zorgverzekeringdecreet wordt een administratieve geldboete opgelegd van 250 euro aan de persoon die aangesloten is bij een zorgkas en die de bijdrage overeenkomstig artikel 32 van dit decreet drie keren niet of slechts gedeeltelijk heeft betaald.

Voor personen die op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de administratieve boete wordt opgelegd, recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 1, tweede en derde lid, en § 19, van de Ziekteverzekeringwet, bedraagt de administratieve geldboete 100 euro.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden waaronder bepaalde jaren waarvoor de bijdrage niet of slechts gedeeltelijk werd betaald, niet in aanmerking worden genomen voor de toepassing van het eerste lid.

De administratieve geldboete wordt geïnd en ingevorderd ten voordele van het agentschap.

Met behoud van de toepassing van het eerste lid blijven de achterstallige bijdragen verschuldigd.

§ 2. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de oplegging, de bezwaarprocedure en de betaling van de administratieve geldboete. Ze wijst de ambtenaren aan die de administratieve geldboete kunnen opleggen.

§ 3. De administratieve geldboete of het nog niet geïnde deel ervan is niet verschuldigd :

1° na het overlijden van de aangeslotene;

2° als de aangeslotene het voorwerp is van een collectieve schuldenregeling;

3° als de aangeslotene in staat van faillissement verklaard is.

§ 4. De administratieve geldboete, alsook de achterstallige bijdragen, verhoogd met de invorderingskosten, kunnen bij dwangbevel worden ingevorderd.

Het dwangbevel wordt geïndiceerd en uitvoerbaar verklaard door de ambtenaar die de Vlaamse Regering daartoe aanwijst. Het dwangbevel wordt betekend bij gerechtsdeurwaardersexploot met bevel tot betaling.

Op het dwangbevel zijn de bepalingen van toepassing van deel V van het Gerechtelijk Wetboek houdende bewarend beslag, middelen tot tenuitvoerlegging en collectieve schuldenregeling.

§ 5. De vordering tot voldoening van de administratieve geldboete verjaart na verloop van vijf jaar, vanaf de dag waarop ze is ontstaan. De verjaring wordt gestuit op de wijze en onder de voorwaarden, bepaald in artikel 2244 en volgende van het Burgerlijk Wetboek.

Hoofdstuk 8. — *Tegemoetkomingen*

Art. 35. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de wijze waarop de tegemoetkomingen aan de gebruiker worden toegekend.

Art. 36. Met behoud van de toepassing van de bepalingen van het Zorgverzekeringsdecreet, regelt de Vlaamse Regering de bezwaarprocedure voor beslissingen over tegemoetkomingen die voortvloeien uit dit decreet. Ze kan een multidisciplinair samengestelde bezwaarcommissie oprichten of bepalen wie het bezwaar behandelt. De Vlaamse Regering kan binnen die bezwaarcommissie verschillende kamers instellen. Ze kan presentiegelden en vergoedingen bepalen.

Art. 37. § 1. Ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen worden door de zorgkassen teruggevorderd. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden waaraan de beslissing tot terugvordering en de kennisgeving van die beslissing moeten voldoen, alsook in welke gevallen, in welke mate en onder welke voorwaarden de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen kan worden beperkt, of in welke gevallen kan worden afgezien van de terugvordering.

§ 2. De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen kunnen in voorkomend geval in mindering gebracht worden van toekomstige tegemoetkomingen die aan de betrokkene uitbetaald moeten worden.

§ 3. De terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen verjaart na drie jaar, vanaf de datum waarop de tegemoetkoming is uitbetaald.

Een aangetekende brief stuit de verjaring.

§ 4. De Vlaamse Regering bepaalt welke instantie, in de situaties vermeld in paragraaf 1 tot en met 3, financieel verantwoordelijk is voor de niet teruggevorderde tegemoetkomingen.

Art. 38. Betwistingen over tegemoetkomingen die voortvloeien uit dit decreet behoren, nadat de bezwaarprocedure, vermeld in artikel 36, helemaal doorlopen is, tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank. De bestreden beslissingen moeten, op straffe van niet-ontvankelijkheid, binnen twee maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing aan de bevoegde arbeidsrechtbank worden voorgelegd.

Hoofdstuk 9. — *Registratie, verwerking en uitwisseling van gegevens*

Art. 39. Kind en Gezin voor de regelgeving bepaald in artikel 3, derde lid, 2°, de organisaties of de individuele personen, vermeld in artikel 44, tweede lid, en de organisaties, vermeld in artikel 47, de zorgkassen en het agentschap registreren en verwerken persoonsgegevens en wisselen onder elkaar persoonsgegevens uit, inclusief gegevens als vermeld in artikel 6 en 7 van de wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, met zorg voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de gebruikers. De registratie, verwerking en uitwisseling betreft de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de toekenning van tegemoetkomingen overeenkomstig het voorwerp, vermeld in artikel 3, voor het toezicht alsook voor de uitbouw van de rechtenverkenner, vermeld in titel 2. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor die gegevensregistratie, -verwerking en -uitwisseling, met behoud van de toepassing van de regelgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

De actoren, vermeld in het eerste lid, kunnen, met toepassing van de regelgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, de nodige machtigingen vragen tot toegang tot en gebruik van persoonsgegevens, inclusief gegevens als vermeld in artikel 6 en 7 van de wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, uit externe gegevensbronnen. Deze persoonsgegevens moeten noodzakelijk zijn voor de toekenning van tegemoetkomingen overeenkomstig het voorwerp, vermeld in artikel 3, voor het toezicht alsook voor de uitbouw van de rechtenverkenner, vermeld in titel 2.

De actoren, vermeld in het eerste lid, bezorgen aan de Vlaamse Regering alle gegevens met het oog op de beleidsvoering voor de Vlaamse sociale bescherming. De Vlaamse Regering bepaalt welke gegevens bezorgd worden, alsook de wijze waarop en de periodiciteit waarmee de gegevens bezorgd worden.

Art. 40. De persoonsgegevens van de aangeslotenen worden door de zorgkassen en het agentschap aangewend met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de aangeslotenen.

Titel 2. — *Rechtenverkenner*

Art. 41. In dit artikel wordt verstaan onder burger : iedere inwoner van het Vlaamse Gewest of van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De Vlaamse Regering voorziet in de uitbouw van een rechtenverkenner als instrument voor rechtenonderzoek. De rechtenverkenner omvat een overzicht van maatregelen die de verschillende overheden nemen om de rechten van de burger, vastgelegd in artikel 23 en 24, § 3, van de Grondwet, te realiseren.

De rechtenverkenner laat de burger toe een gepersonaliseerd overzicht van relevante rechten aan te maken. Daarvoor kan de burger maximaal gebruikmaken van zijn persoonsgegevens waarover de verschillende overheden beschikken.

De persoonsgegevens moeten verwerkt worden met inachtneming van de geldende bepalingen over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De burger moet zijn toestemming geven om de nodige persoonsgegevens op te vragen en te verwerken. De gegevensverzameling is beperkt tot gegevens die nodig zijn om uit te maken of de burger voldoet aan de voorwaarden van de verschillende rechten. De rechtenverkenner mag de persoonsgegevens niet langer bewaren dan nodig is voor de opmaak van een gepersonaliseerd rechtenoverzicht.

Het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, afdeling Welzijn en Samenleving, is verantwoordelijk voor de uitbouw van de rechtenverkenner.

Titel 3. — De zorgverzekeringstegemoetkoming

Art. 42. Met behoud van de toepassing van de bepalingen van dit decreet regelt het Zorgverzekeringsdecreet de tegemoetkoming voor de niet-medische hulp- en dienstverlening voor gebruikers die getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

Titel 4. — De premie voor jonge kinderen

Afdeling 1. — Voorwerp

Art. 43. § 1. De tegemoetkoming van de Vlaamse sociale bescherming voor de zorg voor jonge kinderen neemt de vorm aan van een premie, hierna premie voor jonge kinderen te noemen.

§ 2. De premie voor jonge kinderen is een recht van het kind. Ze wordt uitbetaald aan de persoon die optreedt als gerechtigde en bij wie het kind als persoon ten laste is ingeschreven in het kader van de Ziekteverzekeringwet.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de uitbetaling. De Vlaamse Regering kan voor specifieke categorieën bepalen dat de tegemoetkoming uitbetaald moet worden aan een andere persoon dan vermeld in het vorige lid.

§ 3. De premie voor jonge kinderen bestaat uit een forfaitair bedrag, dat betaald wordt naar aanleiding van de geboorte van het kind, de eerste en de tweede verjaardag. De Vlaamse Regering bepaalt de hoogte van het bedrag en kan een gedeelte van het bedrag differentiëren rekening houdende met kindgebonden criteria waarbij het hogere forfait een extra meerwaarde kan betekenen in het licht van de preventieve gezinsondersteuning en gericht is op de aanpak van ontwikkelingsstoornissen.

De Vlaamse Regering kan een graduele invoering bepalen van de premie voor jonge kinderen, op basis van de leeftijd van het kind.

Afdeling 2. — Toekenningsvoorwaarden

Art. 44. Om aanspraak te kunnen maken op de uitbetaling van de premie voor jonge kinderen, moet de persoon aan wie de premie wordt uitbetaald :

1° aangesloten zijn bij een zorgkas en, behalve in geval van uitzonderingen als bepaald door de Vlaamse Regering en met behoud van de toepassing van artikel 33, voldaan hebben aan zijn bijdrageplicht als vermeld in artikel 32. De Vlaamse Regering bepaalt wanneer die voorwaarden vervuld moeten zijn;

2° ten behoeve van het kind gebruikgemaakt hebben van de preventieve gezinsondersteuning van of erkend en gesubsidieerd door Kind en Gezin. De Vlaamse Regering bepaalt welke contacten binnen dat aanbod recht geven op de premie voor jonge kinderen.

De Vlaamse Regering kan de preventieve gezinsondersteuning die georganiseerd wordt door andere organisaties of door individuele personen, gelijkstellen met de preventieve gezinsondersteuning, vermeld in het eerste lid.

In afwijking van het eerste lid, 2°, en het tweede lid, volstaat het voor de kinderen die op grond van het Unierecht of van een internationaal verdrag of protocol, een beroep kunnen doen op de premie voor jonge kinderen, dat er aangetoond kan worden dat er gebruikgemaakt werd van preventieve gezinsondersteuning die gelijkwaardig is aan preventieve gezinsondersteuning van Kind en Gezin, aan preventieve gezinsondersteuning die erkend en gesubsidieerd is door Kind en Gezin, of aan preventieve gezinsondersteuning die georganiseerd wordt door de organisaties of de individuele personen, vermeld in het tweede lid.

In afwijking van het eerste lid, 2°, geldt er voor kinderen die overlijden alvorens zij voldaan hebben aan de voorwaarde van preventieve gezinsondersteuning een vrijstelling van deze voorwaarde.

Afdeling 3. — Toekenningsprocedure

Art. 45. § 1. Als voldaan wordt aan alle toekenningsvoorwaarden, wordt de premie voor jonge kinderen ambtshalve toegekend en uitbetaald door de zorgkas aan de kindpremiegerechtigde.

De Vlaamse Regering kan bepalen voor welke categorieën en situaties de premie na aanvraag wordt toegekend.

De bevoegde zorgkas is de zorgkas waarbij de persoon, vermeld in artikel 43, § 2, is aangesloten.

De zorgkas onderzoekt of aan de voorwaarden is voldaan en brengt de persoon, vermeld in artikel 43, § 2, op de hoogte van zijn beslissing over de toekenning.

§ 2. De persoon, vermeld in artikel 43, § 2, kan tegen de beslissing van de zorgkas over de premie voor jonge kinderen bezwaar aantekenen volgens de procedure, vermeld in artikel 36.

§ 3. De Vlaamse Regering bepaalt de data waarop de zorgkas de premie voor jonge kinderen uitbetaalt.

§ 4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels bepalen voor de toekenningsprocedure.

Titel 5. — De beperking van de eigen bijdragen in de thuiszorg via een systeem van maximumfactuur

Afdeling 1. — Voorwerp

Art. 46. Met het oog op de financiële toegankelijkheid van de thuiszorg wordt een systeem van maximumfactuur ingesteld. Dat systeem houdt in dat de persoonlijke bijdragen die binnen een gezin voor die zorg worden betaald gedurende een door de Vlaamse Regering te bepalen periode, beperkt zijn tot een bepaald grensbedrag dat varieert volgens de gezinssamenstelling en het inkomen van de gebruiker en van de leden van zijn gezin. In de mate dat de som van de persoonlijke bijdragen van het gezin hoger is dan het grensbedrag, gebeurt de betaling of terugbetaling ervan ten laste van de begroting van het agentschap.

De Vlaamse Regering bepaalt de grensbedragen voor de toepassing van de maximumfactuur.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt begrepen onder inkomen en onder gezin.

De Vlaamse Regering kan uitzonderingen bepalen op het principe waarbij de persoonlijke bijdragen worden samengeteld per gezin.

Afdeling 2. — Toepassingsgebied

Art. 47. De maximumfactuur, vermeld in artikel 46, is minstens van toepassing op de persoonlijke bijdragen die de gebruikers en de leden van hun gezin betalen aan de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de diensten voor logistieke hulp en de diensten voor oppashulp, die erkend zijn met toepassing van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009. De Vlaamse Regering kan, onder de voorwaarden die ze bepaalt, de persoonlijke bijdragen die aan een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg worden betaald voor prestaties die een personeelslid van die dienst tegelijkertijd verricht voor meerdere gebruikers, van de toepassing van de maximumfactuur uitsluiten.

De Vlaamse Regering kan het toepassingsgebied van de maximumfactuur nader omschrijven en, naargelang van de aard van de zorg, de maximale hoeveelheid zorg vaststellen die per gebruiker in aanmerking kan worden genomen voor de toepassing van de maximumfactuur. Ze kan het toepassingsgebied ook uitbreiden tot de persoonlijke bijdragen die betaald worden aan andere voorzieningen die erkend zijn met toepassing van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

Om aanspraak te kunnen maken op de maximumfactuur moet de gebruiker aangesloten zijn bij een zorgkas en, behalve in geval van uitzonderingen als bepaald door de Vlaamse Regering en met behoud van de toepassing van artikel 33, moeten de gebruiker en de leden van zijn gezin voldaan hebben aan hun bijdrageplicht als vermeld in artikel 32. De Vlaamse Regering bepaalt wanneer die voorwaarden moeten zijn vervuld.

De persoonlijke bijdragen waarvoor de gebruiker of de leden van zijn gezin krachtens andere wetten, decreten, ordonnaties, reglementaire bepalingen of buitenlandse regelgeving, of krachtens gemeen recht of tussenkomst van een verzekeraar, een schadeloosstelling hebben gekregen, worden uitgesloten van het toepassingsgebied van de maximumfactuur. In voorkomend geval meldt de gebruiker deze schadeloosstelling aan de bevoegde zorgkas.

Afdeling 3. — Uitvoeringsorganisatie

Art. 48. De maximumfactuur wordt uitgevoerd door de zorgkassen.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing van de zorgkas over de tegemoetkoming in het kader van de maximumfactuur bezwaar aantekenen volgens de procedure, vermeld in artikel 36.

Titel 6. — Wijzigingsbepalingen

Hoofdstuk 1. — Wijziging in het Gerechtelijk Wetboek

Art. 49. Aan artikel 582, 2°, van het Gerechtelijk Wetboek, wat de Vlaamse Gemeenschap betreft, gewijzigd bij de decreten van 12 november 1997, 7 mei 2004, 21 november 2008 en 25 maart 2011, worden de volgende woorden toegevoegd :

« en van de geschillen betreffende het recht op tegemoetkomingen, vermeld in artikel 3 van het decreet van 13 juli 2012 houdende de Vlaamse sociale bescherming ».

Hoofdstuk 2. — Wijzigingen in het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering

Art. 50. In artikel 2 van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering wordt punt 8°, toegevoegd bij het decreet van 7 mei 2004, vervangen door wat volgt :

« 8° Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming : het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, vermeld in artikel 2, 1°, van het decreet van 13 juli 2012 houdende de Vlaamse sociale bescherming; ».

Art. 51. In artikel 4 van hetzelfde decreet, het laatst gewijzigd bij het decreet van 25 maart 2011, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, eerste lid, worden de woorden « het Vlaams Zorgfonds » vervangen door de woorden « het Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming »;

2° paragraaf 5 en paragraaf 6 worden opgeheven.

Art. 52. In hetzelfde decreet wordt afdeling 2 van hoofdstuk III, die bestaat uit artikel 14 tot en met 18, gewijzigd bij de decreten van 18 mei 2001, 7 mei 2004, 24 juni 2005 en 30 april 2009, opgeheven.

Art. 53. In hetzelfde decreet wordt hoofdstuk IV, dat bestaat uit artikel 19 tot en met 21, gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2005, opgeheven.

Art. 54. In hetzelfde decreet wordt hoofdstuk IV*bis*, dat bestaat uit artikel 21*bis*, ingevoegd bij het decreet van 8 december 2000 en gewijzigd bij de decreten van 7 mei 2004, 24 juni 2005, 19 december 2008, 30 april 2009 en 25 maart 2011, opgeheven.

Art. 55. In artikel 23 van hetzelfde decreet, hersteld bij het decreet van 23 december 2005, worden de woorden « zorgkas, bedoeld in artikel 14, derde lid » vervangen door de woorden « Vlaamse Zorgkas, vermeld in artikel 2, 11°, van het decreet van 13 juli 2012 houdende de Vlaamse sociale bescherming ».

Hoofdstuk 3. — Wijziging in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009

Art. 56. Artikel 71 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 wordt opgeheven.

Hoofdstuk 4. — Wijziging in het decreet van 8 juli 2011 houdende regeling van de begroting, de boekhouding, de toekenning van subsidies en de controle op de aanwending ervan, en de controle door het Rekenhof

Art. 57. In artikel 4, § 1, 2°, van het decreet van 8 juli 2011 houdende regeling van de begroting, de boekhouding, de toekenning van subsidies en de controle op de aanwending ervan, en de controle door het Rekenhof worden de woorden « Vlaams Zorgfonds » vervangen door de woorden « Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming ».

Titel 7. — SlotbepalingenHoofdstuk 1. — *Opheffingsbepalingen*

Art. 58. De volgende regelingen worden opgeheven :

1° het decreet van 7 mei 2004 tot omvorming van het « Vlaams Zorgfonds » tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid en tot wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 24 juni 2005 en 23 december 2005;

2° het decreet van 23 december 2010 betreffende de rechtenverkenner.

Hoofdstuk 2. — *Overgangsbepalingen*

Art. 59. Als binnen het agentschap een apart reservefonds wordt aangelegd voor het onderdeel zorgverzekering, wordt het reservefonds van het Vlaams Zorgfonds toegewezen aan dat aparte reservefonds van het agentschap.

Zolang het agentschap niet is omgevormd, worden de taken van het agentschap uitgevoerd door het Vlaams Zorgfonds, dat daarvoor een beroep kan doen op de middelen die bestemd zijn voor het agentschap.

Art. 60. De bijdragen die verschuldigd zijn op basis van artikel 4, § 5, van het Zorgverzekeringsdecreet, blijven verschuldigd.

De administratieve geldboete die opgelegd en verschuldigd is op basis van artikel 21bis van het Zorgverzekeringsdecreet, blijft verschuldigd.

Voor de toepassing van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 34, wordt een niet-betaling of een gedeeltelijke niet-betaling van de bijdrage in het kader van het Zorgverzekeringsdecreet mee in rekening gebracht, met behoud van de toepassing van artikel 34, § 1, derde lid.

Art. 61. De besluiten die genomen zijn ter uitvoering van het Zorgverzekeringsdecreet blijven van kracht tot ze worden opgeheven of tot hun geldigheidsduur verstrijkt.

Hoofdstuk 3. — *Inwerkingtredingsbepaling*

Art. 62. De Vlaamse Regering stelt voor elke bepaling van dit decreet de datum van inwerkingtreding vast.

Hoofdstuk 4. — *Evaluatie*

Art. 63. De Vlaamse Regering evalueert dit decreet drie jaar na de inwerkingtreding ervan.

Kondigen dit decreet af, bevelen dat het in het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 13 juli 2012.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

K. PEETERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

(1) *Zitting 2011-2012*

Stukken - Ontwerp van decreet : **1603** - Nr. **1**

- Amendementen : **1603** - Nr. **2**

- Verslag over hoorzitting : **1603** - Nr. **3**

- Verslag : **1603** - Nr. **4**

- Amendementen : **1603** - Nr. **5**

- Tekst aangenomen door de plenaire vergadering : **1603** - Nr. **6**

Handelingen - Bespreking en aanneming : Ochtendvergadering en avondvergadering van 4 juli 2012.

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

F. 2012 — 2488

[2012/204579]

13 JUILLET 2012. — DECRET relatif à la protection sociale flamande

Le PARLEMENT FLAMAND a adopté et nous, GOUVERNEMENT, sanctionnons ce qui suit :
DECRET relatif à la protection sociale flamande

Titre 1^{er}. — Dispositions de base communesChapitre 1^{er}. — *Disposition liminaire*

Article 1^{er}. Le présent décret règle une matière communautaire, sauf l'article 41, qui concerne une matière communautaire et régionale.

Le présent décret est d'application sans préjudice des dispositions du droit de l'Union européenne et des traités et protocoles internationaux.

Chapitre 2. — *Définitions*

Art. 2. Dans le présent décret, on entend par :

- 1° agence : l'Agence pour la protection sociale flamande, mentionnée à l'article 7;
- 2° caisse de soins agréée : une caisse de soins créée par une instance telle que mentionnée à l'article 17 et agréée en vertu de l'article 19;
- 3° utilisateur : toute personne physique qui fait appel ou qui veut faire appel à la protection sociale flamande mentionnée à l'article 3;
- 4° décret cadre : le décret cadre sur la politique administrative du 18 juillet 2003;
- 5° Kind en Gezin : l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Kind en Gezin » (Enfance et Famille) créée par le décret du 30 avril 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Kind en Gezin » (Enfance et Famille);
- 6° ayant droit à une prime à l'enfant : la personne à qui la prime à l'enfant est payée conformément à l'article 43, § 2;
- 7° organisations de la protection sociale flamande : l'agence et les caisses de soins;
- 8° intervention : l'intervention financière en exécution du titre 3, 4 ou 5;
- 9° soins à domicile : soins à domicile tels que mentionnés dans le décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009;
- 10° règlement 883/2004 : règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale;
- 11° Vlaamse Zorgkas (Caisse flamande d'assurance soins) : la Vlaamse Zorgkas vzw créée par le Fonds flamand d'assurance soins et établie de droit en vertu de l'article 20;
- 12° Vlaams Zorgfonds (Fonds flamand d'assurance soins) : agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique Fonds flamand d'assurance soins, créée par le décret du 7 mai 2004 portant transformation du « Fonds flamand d'assurance soins » en une agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique et modifiant le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;
- 13° habiter : être inscrit dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers. Le Gouvernement flamand peut élargir ce concept pour l'ensemble de la protection sociale flamande ou pour certains droits de la protection sociale flamande;
- 14° loi relative à l'assurance maladie : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;
- 15° caisse de soins : une caisse de soins reconnue ou la Caisse de soins flamande;
- 16° décret sur l'assurance soins : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins.

Chapitre 3. — *Objet*

Art. 3. Le présent décret exécute l'article 23 de la Constitution.

La protection sociale flamande entend accroître l'autonomie et les chances des utilisateurs de prendre pleinement part à la société. Elle soutient les familles avec enfants en vue de donner le maximum de chances d'épanouissement à ces enfants.

Aux conditions du présent décret, la protection sociale flamande donne le droit à une intervention dans les domaines suivants :

- 1° la délivrance d'aide et de services non médicaux pour les utilisateurs souffrant d'une autonomie réduite grave et de longue durée en application de l'intervention de l'assurance soins mentionnée au chapitre 9, titre 3;
- 2° l'aide à la petite enfance en application de la prime pour les jeunes enfants mentionnés à l'article 43;
- 3°, les soins à domicile par une limitation de la contribution personnelle à la suite de l'application du maximum à facturer, mentionné à l'article 46.

Chapitre 4. — *Domaine d'application personnelle*

Art. 4. § 1^{er}. La protection sociale flamande s'applique à :

- 1° toute personne habitant dans la région linguistique de langue néerlandaise;
- 2° toute personne habitant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui est affiliée à une caisse de soins conformément aux dispositions de l'article 31.

Toute personne mentionné dans le premier alinéa qui, sur la base du droit de l'Union européenne, est assujettie à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat que la Belgique, tombe, pour ce qui concerne la prime pour les jeunes enfants dont question à l'article 43 et le maximum à facturer dans les soins à domicile dont question à l'article 46, dans le champ d'application du présent décret.

§ 2. La protection sociale flamande est d'application pour toute personne qui n'habite pas la région linguistique de langue néerlandaise ou la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui, sur la base du droit de l'Union européenne, peut faire valoir ses droits à une allocation belge en cas de maladie ou à des allocations familiales au sens du règlement (CE) n° 883/2004 et qui, conformément aux dispositions de l'article 31 du décret, est affiliée à une caisse de soins. Cette personne tombe, uniquement pour ce qui concerne la prime pour les jeunes enfants dont question à l'article 43 et l'intervention de l'assurance soins dont question à l'article 42, dans le champ d'application du présent décret.

§ 3. Toute personne visée par l'article 4, § 3, du décret sur l'assurance soins n'est pas concernée par le champ d'application du présent décret.

Chapitre 5. — *Principes généraux*

Art. 5. Les interventions de la protection sociale flamande sont octroyées d'office en vertu des conditions du présent décret lorsque c'est possible. À défaut, le Gouvernement flamand peut arrêter, par dérogation, d'autres formes d'intervention.

Art. 6. Les organisations de la protection sociale flamande fournissent aux utilisateurs qui le demandent tous les renseignements et conseils nécessaires sur leurs droits et obligations dans le cadre de la protection sociale flamande.

Chapitre 6. — *Organisation de la protection sociale flamande*

Section 1^{re}. — *Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming (Agence pour la protection sociale flamande)*

Sous-section 1^{re}. — *Transformation du Vlaams Zorgfonds*

Art. 7. Le Vlaams Zorgfonds est de droit transformé en l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique Agence pour la protection sociale flamande.

Le Gouvernement flamand détermine de quel domaine politique homogène l'Agence relève et peut autoriser une dérogation au principe de l'autonomie opérationnelle visée à l'article 10, § 1^{er}, du décret cadre.

Les dispositions du décret cadre s'appliquent pour l'Agence, à l'exception des articles 4, § 2, 1^o, 6, § 3, 24 et 25.

Sous-section 2. — *Mission et tâches*

Art. 8. L'Agence a pour mission de mener une politique active qui vise à accroître l'autonomie et les chances des utilisateurs de prendre part valablement à la société et à soutenir les familles avec enfants en vue de donner à ces enfants des chances maximales d'épanouissement.

L'Agence réalise plus particulièrement ces objectifs en :

1^o garantissant pour la génération actuelle et les générations futures l'accessibilité financière de la délivrance d'aide et de services non médicaux pour les personnes souffrant d'une autonomie réduite grave et de longue durée;

2^o renforçant les soins préventifs pour les jeunes enfants par l'octroi d'une prime;

3^o assurant l'accessibilité financière des soins à domicile.

L'Agence, dans l'exécution de sa mission, se fonde sur le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine et sur le droit à l'épanouissement social, mentionnés à l'article 23 de la Constitution.

Art. 9. Les tâches essentielles de l'Agence sont les suivantes :

1^o assurer le financement actuel et futur des interventions qui sont octroyées sur la base de la Protection sociale flamande;

2^o exercer un contrôle sur les caisses de soins, avec maintien de l'application du contrôle par la Banque Nationale de Belgique, l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA) et de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités;

3^o organiser l'établissement d'indications en matière de besoins de soins;

4^o fournir des subsides aux caisses de soins;

5^o compenser les différences structurelles entre les caisses de soins en matière de risque;

6^o constituer et gérer des réserves financières en vue de la couverture des obligations futures de dépenses.

Art. 10. Dans le cadre de la mission et des tâches de l'Agence, le Gouvernement flamand peut attribuer des tâches spécifiques à l'Agence.

Art. 11. L'Agence accomplit les tâches visées aux articles 9 et 10 pour le groupe cible, en collaboration avec la politique menée par la communauté flamande en matière de bien-être et de santé.

Sous-section 3. — *Gestion et fonctionnement*

Art. 12. Le Gouvernement flamand règle le fonctionnement et la gestion de l'Agence. En dérogation à l'article 6, § 3, du décret cadre, il peut charger la direction d'une agence autonomisée interne du domaine politique de la direction générale, du fonctionnement et de la représentation de l'Agence. Le cas échéant, le contrat de gestion visé à l'article 8 du décret cadre fera partie du contrat de gestion de l'agence autonomisée interne qui gère l'Agence.

Sous-section 4. — *Financement et fonds de réserve*

Art. 13. § 1. Les moyens dont dispose l'Agence sont les suivants :

1^o dotations;

2^o solde éventuel à la fin de l'exercice budgétaire précédent;

3^o dons et legs en espèces;

4^o revenus de participations propres, d'investissements et de prêts octroyés par l'Agence à des tiers;

5^o recettes de la vente de participations propres;

6^o recettes provenant des actes de gestion ou de disposition concernant les biens propres au domaine;

7^o subsides dont l'Agence peut bénéficier;

8^o revenus issus du sponsoring;

9^o recouvrement de paiements effectués indûment;

10^o contributions de solidarité des personnes affiliées;

11^o indemnités pour d'autres prestations à des tiers selon les conditions déterminées dans le contrat de gestion;

12° tous les autres moyens utiles dans le cadre de l'objectif de l'Agence et qui reviennent à l'Agence en vertu de dispositions d'une loi, d'un décret ou d'un règlement;

13° emprunts, aux conditions déterminées par le Gouvernement flamand.

§ 2. Les dotations mentionnées au paragraphe 1^{er}, 1° et 10°, sont versées chaque année à une date qui est déterminée par le Gouvernement flamand. Le Gouvernement flamand arrête les autres règles régissant le paiement des dotations.

Les dotations et le montant des cotisations mentionnées au paragraphe 1^{er}, 1° et 10°, sont calculés, pour chaque exercice budgétaire, sur la base des paramètres comme le nombre et le montant des interventions accordées, le profil d'utilisateur en termes de gravité et de durée de la réduction de l'autonomie, la constitution de réserves financières en vue de couvrir les obligations futures de dépenses et les autres moyens dont l'Agence dispose.

Le Gouvernement flamand règle le calcul des paramètres et des dotations.

Les moyens peuvent être utilisés dans un système par capitalisation, dans un système par répartition ou dans un système mixte de capitalisation et de répartition. A cet égard, une distinction peut encore être établie selon les composantes de la protection sociale flamande.

Art. 14. L'Agence peut accepter des dons ou des legs. La direction de l'Agence évalue au préalable les opportunités et risques liés à leur acceptation.

Art. 15. L'Agence est habilitée à constituer un fonds de réserve au niveau de l'Agence pour l'ensemble de la protection sociale flamande ou bien par composante mentionnée à l'article 3, troisième alinéa.

Les moyens de fonds de réserve peuvent être utilisés pour garantir la couverture des interventions par les caisses de soins. Si plusieurs fonds de réserve sont constitués, les moyens de fonds de réserve peuvent être utilisés pour garantir la couverture des interventions par les caisses de soins dans la composante de la protection sociale flamande pour laquelle le fonds de réserve est constitué.

Les versements complémentaires pour un fonds de réserve sont tributaires d'une autorisation donnée par le Parlement flamand dans le budget annuel. Cette autorisation ne peut concerner que la partie des crédits de dépenses qui, dans le budget de l'Agence, sont accordés à l'ensemble ou à la partie de la protection sociale flamande en question et qui ne sont pas utilisés durant l'exercice budgétaire lui-même.

Sous-section 5. — Comité consultatif

Art. 16. Un comité consultatif est établi auprès de l'Agence. Il fournit des avis à la demande de la direction de l'Agence. Le comité consultatif fournit également de sa propre initiative un avis sur toutes les matières importantes pour les tâches de l'Agence.

Le comité consultatif est composé d'une représentation des secteurs de la société concernés par le champ d'action politique, à savoir :

- 1° des représentants des utilisateurs;
- 2° des représentants des caisses de soins;
- 3° des représentants des partenaires sociaux flamands.

Ces représentants sont nommés par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand peut aussi désigner d'autres personnes pour siéger au sein du comité consultatif, ainsi que des experts indépendants du domaine de travail de l'Agence.

Le Gouvernement flamand arrête les autres règles pour la composition du comité consultatif et peut décider d'une rémunération pour ses membres. Les membres sont nommés par le Gouvernement flamand pour une période de quatre ans.

Le comité consultatif rédige un règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Gouvernement flamand. Ce règlement détermine le fonctionnement pratique, la déontologie, la mission d'information et de rapport du comité ainsi que la nature des dossiers et rapports qui sont présentés au comité consultatif.

Section 2. — Caisses de soins

Sous-section 1^{re}. — Caisses de soins agréées

Art. 17. Une caisse de soins agréée peut être créée par les instances suivantes :

1° les mutuelles, unions nationales de mutuelles et sociétés mutualistes soumises à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et actives dans l'ensemble du territoire de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale;

2° la Caisse des soins de santé, mentionnée à l'article 6 de la loi sur l'assurance maladie;

3° les entreprises d'assurances qui tombent sous le coup de l'application de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et qui sont actives dans l'ensemble du territoire de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Le Gouvernement flamand détermine ce que l'on entend par « être actif dans l'ensemble du territoire de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ».

Art. 18. Pour être reconnue comme caisse de soins agréée, la caisse de soins doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° être établie comme une personne morale de droit privé qui remplit ses missions sans but lucratif et qui, à l'égard des instances visées à l'article 17 et vis-à-vis de l'Agence, est gérée de manière totalement distincte dans le domaine de la comptabilité et des moyens financiers;

2° être considérée comme relevant exclusivement, en raison de son organisation, de la Communauté flamande;

3° accepter toute demande d'affiliation conformément à l'article 31, sauf si une disposition de loi ou d'un décret empêche l'affiliation;

4° traiter toute demande valablement introduite selon les modalités établies par le présent décret et ses arrêtés d'exécution et respecter l'interdiction totale de sélection du risque;

5° ne pas mener d'autres activités que celles mentionnées à l'article 21, à moins que ces activités soient étroitement liées aux activités menées dans le cadre de la protection sociale flamande;

6° ne pas offrir ou octroyer, ni directement, ni indirectement, d'autres assurances, prises en charge, interventions ou avantages qui sont associés à l'affiliation visée à l'article 31 ou aux interventions dans le cadre de la protection sociale flamande;

Les caisses de soins agréées en application du décret sur l'assurance soins sont de plein droit transformées et agréées comme caisses de soins dans le cadre du présent décret.

Art. 19. Le Gouvernement flamand accorde l'agrément comme caisse de soins agréée. Il arrête des règles uniformes pour l'attribution, le rejet, la prolongation, le retrait et la suspension de l'agrément.

Sous-section 2. — Vlaamse Zorgkas

Art. 20. § 1^{er}. La Vlaamse Zorgkas vzw établie par le Vlaams Zorgfonds est de plein droit transformée et agréée comme caisse de soins dans le cadre du présent décret.

§ 2. La Vlaamse Zorgkas possède deux catégories de membres : les membres effectifs et les membres adhérents.

Les membres effectifs sont des représentants de l'administration flamande, d'un ministre flamand ou de l'Union flamande des Villes et Communes. Les statuts de la Vlaamse Zorgkas règlent leur désignation.

Les membres adhérents sont les membres qui s'affilient ou qui sont d'office affiliés conformément à l'article 31 ou en vertu de cet article.

§ 3. L'assemblée générale de la Vlaamse Zorgkas compte au moins cinq membres. Elle est composée de tous les membres effectifs de la Vlaamse Zorgkas.

Le fonctionnement de l'assemblée générale est régi par les statuts de la Vlaamse Zorgkas.

§ 4. La Vlaamse Zorgkas est dirigée par son conseil d'administration. En dehors des compétences réservées expressément par la loi ou par les statuts à l'assemblée générale, le conseil d'administration dispose des pouvoirs les plus étendus. Il peut poser tous les actes de gestion ou de disposition nécessaires à la réalisation de l'objet social. Le conseil d'administration exerce ses pouvoirs comme un collège. Il peut déléguer un ou plusieurs actes de gestion ou de disposition au président ou à un autre membre du conseil d'administration.

Le fonctionnement et la composition du conseil d'administration sont régis par les statuts de la Caisse de soins flamande.

§ 5. La gestion quotidienne de la Vlaamse Zorgkas est régie par les statuts de la Vlaamse Zorgkas.

§ 6. Le contrôle de la Vlaamse Zorgkas est exercé par un réviseur d'entreprise nommé comme commissaire. La nomination, la révocation et les tâches du réviseur d'entreprise sont régies par les statuts de la Vlaamse Zorgkas.

Sous-section 3. — Missions

Art. 21. Une caisse de soins remplit les missions suivantes :

1° elle examine les demandes et décide des interventions conformément aux dispositions du présent décret et de ses arrêtés d'exécution;

2° elle assure la mise en œuvre des interventions conformément aux dispositions du présent décret et de ses arrêtés d'exécution;

3° elle enregistre les données relatives aux affiliations, aux demandes et aux interventions;

4° elle encaisse, selon les dispositions de l'article 32, les cotisations des affiliés;

5° le cas échéant, elle gère ses réserves financières selon les dispositions de l'article 25.

Le Gouvernement flamand arrête des règles uniformes pour le contrôle, le fonctionnement, l'organisation et la gestion des caisses de soins.

Art. 22. La caisse de soins peut, de sa propre initiative, rassembler toutes les informations manquantes pour pouvoir évaluer les droits des utilisateurs. La caisse de soins peut ainsi procéder ou faire procéder à des enquêtes complémentaires, demander certaines informations manquantes à l'utilisateur lui-même ou faire appel à la collaboration de l'utilisateur. La caisse de soins ne peut faire intervenir l'utilisateur que si elle ne peut obtenir les informations manquantes d'une autre manière.

Le Gouvernement flamand détermine les délais dans lesquels l'utilisateur, sous peine de déchéance de son droit, doit fournir une réponse ou doit apporter sa collaboration.

Art. 23. Les décisions de la caisse de soins concernant le dossier de l'utilisateur sont motivées et portées à la connaissance de l'utilisateur en mentionnant les possibilités et modalités de recours.

Si les possibilités et conditions de recours ne sont pas mentionnées, le délai pour l'introduction du recours ne commence pas à courir.

Sous-section 4. — Subsidies

Art. 24. Une caisse de soins reçoit chaque année un subside établi par l'Agence sur la base :

1° de la somme des interventions effectives dans le cadre du présent décret;

2° d'un montant forfaitaire pour couvrir les frais administratifs, à l'aide de critères à déterminer par le Gouvernement flamand.

Une caisse de soins est responsable de l'équilibre financier entre ses recettes et ses dépenses.

Le Gouvernement flamand fixe les conditions de l'arrêt et du paiement des subsides et l'équilibre financier. Il détermine la procédure de recouvrement des subsides.

Art. 25. Le Gouvernement flamand peut charger les caisses de soins de la gestion financière des réserves selon des règles déterminées par lui.

Section 3. — Contrôle

Art. 26. Le Gouvernement flamand peut déterminer d'autres règles pour le contrôle des interventions dans le cadre du présent décret et pour leur exécution par les caisses de soins.

Le Gouvernement flamand détermine les données que les caisses de soins doivent mettre à la disposition des instances chargées du contrôle et règle les conditions formelles requises à cet égard.

Art. 27. Les caisses de soins présentent chaque année à l'Agence un rapport comptable de toutes les opérations selon des conditions formelles arrêtées par le Gouvernement flamand.

Art. 28. L'Agence peut, dans le cadre d'application du maximum à facturer, conformément au titre 5, également exercer un contrôle des provisions pour la mise en œuvre du système du maximum à facturer, suivant les conditions déterminées par le Gouvernement flamand.

Art. 29. Le Gouvernement flamand présente chaque année au Parlement flamand, au plus tard au 31 octobre, le budget de l'Agence pour l'année suivante.

Le Gouvernement flamand transmet au Parlement flamand, chaque année avant le 30 septembre, un rapport complet sur les recettes et dépenses et sur le fonctionnement de l'Agence durant l'exercice budgétaire écoulé.

Chapitre 7. — Obligation de l'utilisateur et de l'ayant droit à une prime à l'enfant

Section 1^{re}. — Dispositions générales

Art. 30. § 1^{er}. Sans préjudice de l'application des dispositions du décret sur l'assurance soins, l'utilisateur, pour pouvoir revendiquer ses droits dans le cadre du présent décret, doit :

1° être affilié à une caisse de soins conformément aux dispositions de l'article 31;

2° séjourner légalement, au moment de l'exécution de l'intervention, dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat qui fait partie de l'Espace économique européen.

§ 2. Sans préjudice de l'application des dispositions du paragraphe 1, l'utilisateur qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui, à partir du moment où il pouvait s'affilier, ne s'est pas affilié auprès d'une caisse de soins dans un délai déterminé par le Gouvernement flamand doit, pendant au moins 10 ans avant l'ouverture du droit à l'intervention conformément au décret sur l'assurance soins, avoir été de manière ininterrompue affilié auprès d'une caisse de soins ou socialement assuré dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen que la Belgique.

Par dérogation au premier alinéa, la période de 10 ans est ramenée à une période de six ans avant l'ouverture du droit à l'intervention concernée pour ce qui concerne la prime pour les jeunes enfants dont question à l'article 43 et le maximum à facturer dans les soins à domicile dont question à l'article 46.

Le Gouvernement flamand fixe les autres règles relatives aux premier et deuxième alinéas.

Pour l'application de la prime pour les jeunes enfants dont question à l'article 43, les exigences des premier et deuxième alinéas s'appliquent s'agissant de l'ayant droit à la prime.

Section 2. — Affiliation auprès d'une caisse de soins

Art. 31. § 1^{er}. Toute personne âgée d'au moins dix-huit ans qui habite dans la région de langue néerlandaise doit s'affilier à une caisse de soins; celle qui, dans le délai à déterminer par le Gouvernement flamand, n'est pas affiliée à une caisse de soins est d'office affiliée à la Caisse de soins flamande. La personne concernée en est immédiatement avisée par écrit. Cette affiliation prend fin si la personne s'affilie auprès d'une caisse de soins de son choix.

Toute personne âgée de moins de dix-huit ans qui habite dans la région de langue néerlandaise, est de droit considérée comme affiliée auprès de la caisse de soins auprès de laquelle est affiliée la personne qui intervient comme bénéficiaire pour la personne de moins de 18 ans dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie. À compter de l'année durant laquelle cette personne atteint l'âge de 18 ans, elle doit s'affilier auprès de la caisse de soins de son choix. À défaut de choix, la personne continue d'être affiliée auprès de la caisse de soins auprès de laquelle elle avait été affiliée de droit.

Toute personne qui vient habiter la région de langue néerlandaise avant l'âge de 18 ans est de droit considérée comme affiliée auprès de la caisse de soins auprès de laquelle est affiliée la personne qui intervient comme bénéficiaire pour la personne de moins de 18 ans dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie.

Toute personne de moins de dix-huit ans qui habite dans la région de langue néerlandaise et qui, par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, n'est pas affiliée de droit, s'affilie auprès d'une caisse de soins de son choix.

Toute personne, qui n'habite pas en Belgique et qui, sur la base du droit de l'Union européenne, peut faire valoir ses droits à une allocation belge en cas de maladie ou à des allocations familiales au sens du règlement 883/2004, doit, à compter de l'année où elle atteint l'âge de 18 ans, s'affilier auprès de la caisse de soins de son choix.

Toute personne qui habite dans la région de langue française ou la région de langue allemande en Belgique et qui, faisant usage de son droit de libre circulation des travailleurs ou de la liberté d'établissement garanties par les articles 45 et 49 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, et à laquelle s'applique en vertu de son propre droit et pour l'emploi dans la région de langue néerlandaise, sur la base du droit de l'Union européenne, le régime de sécurité sociale en Belgique, doit, à compter de l'année où elle atteint l'âge de 18 ans, s'affilier auprès de la caisse de soins de son choix.

Les personnes à charge des personnes visées aux cinquième et sixième alinéas, doivent s'affilier, à compter de l'année où elles atteignent l'âge de 18 ans, auprès de la caisse de soins de leur choix.

§ 2. Toute personne qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale peut, à partir de 18 ans, s'affilier volontairement auprès d'une caisse de soins.

Une personne de moins de 18 ans qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale est de droit affiliée auprès de la caisse de soins auprès de laquelle est affiliée la personne qui intervient comme bénéficiaire dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie si cette dernière est affiliée à l'assurance soins. Le cas échéant, cette personne peut, à compter de l'année où elle atteint l'âge de 18 ans, s'affilier auprès de la caisse de soins de son choix. À défaut de choix dans un délai déterminé par le Gouvernement flamand, l'affiliation auprès de la caisse de soins prend fin.

La personne de moins de 18 ans peut à tout moment mettre fin à l'affiliation de droit dont question au deuxième alinéa.

Toute personne qui vient habiter la région bilingue de Bruxelles-Capitale avant l'âge de 18 ans est de droit considérée comme affiliée auprès de la caisse de soins auprès de laquelle est affiliée la personne qui intervient comme bénéficiaire pour la personne de moins de 18 ans dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie.

Toute personne de moins de dix-huit ans qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui, en dérogation aux deuxième et quatrième alinéas n'est pas affiliée de droit s'affilie auprès d'une caisse de soins de son choix si elle entre en considération pour une intervention en vertu du présent décret.

Toute personne, qui n'habite pas en Belgique, et à laquelle s'applique, en vertu de son propre droit et pour l'emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sur la base du droit de l'Union européenne, le régime de sécurité sociale en Belgique, doit, à compter de l'année où elle atteint l'âge de 18 ans, s'affilier auprès de la caisse de soins de son choix.

Toute personne qui habite dans la région de langue française ou la région de langue allemande de la Belgique et qui, faisant usage de son droit de libre circulation des travailleurs ou de liberté d'établissement, tels que les garantissent les articles 45 et 49 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, et à laquelle s'applique en vertu de son propre droit et pour l'emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, sur la base du droit de l'Union européenne, le régime de sécurité sociale en Belgique, doit, à compter de l'année où elle atteint l'âge de 18 ans, s'affilier auprès de la caisse de soins de son choix.

Les personnes à charge des personnes visées aux sixième et septième alinéas doivent s'affilier, à compter de l'année où elles atteignent l'âge de 18 ans, auprès de la caisse de soins de leur choix.

§ 3. Les dispositions du présent décret relatives aux personnes mentionnées au paragraphe 1^{er}, premier au quatrième alinéa, s'appliquent par analogie aux catégories de personnes qui, tenant compte de l'application du droit de l'Union européenne, d'un traité international ou protocole, doivent s'affilier auprès d'une caisse de soins. Les dispositions du présent décret relatives aux personnes mentionnées au paragraphe 2, premier au cinquième alinéa, s'appliquent par analogie aux catégories de personnes qui, tenant compte de l'application du droit de l'Union européenne, d'un traité international ou protocole, peuvent librement s'affilier auprès d'une caisse de soins.

§ 4. Toute personne mentionnée à l'article 4 qui, après un déménagement depuis et vers une autre région linguistique ou un autre État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou la Suisse, figure encore dans le champ d'application du décret suivant les dispositions de l'article 4, reste affiliée, avec maintien de ses droits, auprès de la caisse de soins de son choix aussi longtemps qu'elle continue à satisfaire à toutes les conditions.

§ 5. Le Gouvernement flamand arrête les autres règles pour l'affiliation. Il peut décider que certaines mesures du présent article sont introduites par phases successives.

Section 3. — Cotisation à la protection sociale flamande

Art. 32. § 1^{er}. Les personnes qui sont affiliées auprès d'une caisse de soins doivent, à partir d'un âge à déterminer par le Gouvernement flamand, payer une cotisation annuelle à la protection sociale flamande. Le Gouvernement flamand arrête les autres règles relatives à l'âge et au délai de paiement, au mode de fixation et au montant des cotisations sur la base de paramètres se rapportant à la qualité des personnes affiliées. Le Gouvernement flamand peut exonérer de l'obligation de cotisation des catégories de personnes pour lesquelles seules certaines parties du présent décret sont d'application.

§ 2. Les caisses de soins encaissent les cotisations destinées à l'Agence. Le Gouvernement flamand arrête les autres règles pour l'encaissement des cotisations. Il détermine comment les montants encaissés sont reversés à l'Agence ou font l'objet d'un calcul de compensation avec la subvention dont question à l'article 24.

Pour les personnes dont la cotisation de membre ne pouvait pas être demandée à cause d'un manque de données concernant la satisfaction aux conditions d'affiliation, la demande des cotisations des membres est limitée à cinq ans, préalablement à et y comprise la cotisation de membre de l'année en cours. Le Gouvernement flamand arrête les autres modalités relatives aux conditions d'application de cette limitation.

§ 3. La cotisation annuelle ou la partie encore non encaissée de cette cotisation n'est pas due :

- 1° après le décès de l'affilié;
- 2° si l'affilié fait l'objet d'un règlement collectif des dettes;
- 3° si l'affilié est déclaré en état de faillite.

Art. 33. Le Gouvernement flamand peut arrêter des règles pour déduire les cotisations qui n'ont pas été payées à temps à la protection sociale flamande des interventions à verser de la protection sociale flamande.

Section 4. — Sanctions

Art. 34. § 1^{er}. Sans préjudice de l'application de l'article 10, § 3, du décret sur l'assurance soins, une amende administrative de 250 euros est imposée à la personne affiliée auprès d'une caisse de soins et qui n'a pas payé ou n'a que partiellement payé la cotisation visée à l'article 32 à trois reprises.

Pour les personnes qui, au 1^{er} janvier de l'année qui précède celle durant laquelle l'amende administrative est imposée, avaient droit à l'intervention majorée de l'assurance dont question à l'article 37, § 1^{er}, deuxième et troisième alinéas et § 19, de la loi sur l'assurance maladie, l'amende administrative s'élève à 100 euros.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions dans lesquelles certaines années pour lesquelles les cotisations n'ont pas été ou n'ont été que partiellement payées ne sont pas prises en considération pour l'application du premier alinéa.

L'amende administrative est réclamée et recouvrée en faveur de l'Agence.

Sans préjudice de l'application du premier alinéa, les montants impayés restent dus.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les autres modalités relatives à l'imposition, à la procédure de réclamation et au paiement de l'amende administrative. Elle désigne les fonctionnaires qui peuvent imposer l'amende administrative.

§ 3. L'amende administrative ou la partie encore non encaissée de cette amende n'est pas due :

- 1° après le décès de l'affilié;
- 2° si l'affilié fait l'objet d'un règlement collectif des dettes;
- 3° si l'affilié est déclaré en état de faillite.

§ 4. L'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, ainsi que les arriérés de cotisations peuvent être récupérés par voie de contrainte.

La contrainte est visée et rendue exécutoire par le fonctionnaire désigné par le Gouvernement flamand à cet effet. La contrainte est signifiée par exploit d'huissier avec injonction de payer.

La contrainte est régie par les dispositions de la partie V du Code judiciaire relative aux saisies conservatoires, aux voies d'exécution et au règlement collectif de dettes.

§ 5. L'injonction de payer l'amende administrative se prescrit après cinq ans, à compter du jour où elle a été établie. La prescription est interrompue selon le mode et aux conditions fixés à l'article 2244 et suivants du Code civil.

Chapitre 8. — Interventions

Art. 35. Le Gouvernement flamand détermine les règles relatives aux modalités d'octroi des interventions à l'utilisateur.

Art. 36. Sans préjudice de l'application des dispositions du décret sur l'assurance soins, le Gouvernement flamand règle la procédure de réclamation concernant les décisions sur les interventions découlant du présent décret. Il peut mettre en place ou déterminer une commission multidisciplinaire des réclamations chargée de traiter les réclamations. Le Gouvernement flamand peut instituer différentes chambres au sein de cette commission des réclamations. Il peut déterminer des jetons de présence et des indemnités.

Art. 37. § 1^{er}. Les interventions payées à tort sont recouvrées par les caisses de soins. Le Gouvernement flamand arrête les conditions auxquelles doivent satisfaire la décision de recouvrement et la notification de cette décision, ainsi que les cas, l'ampleur, et les conditions d'une éventuelle limitation du recouvrement des interventions payées à tort et les cas dans lesquels il peut être renoncé au recouvrement.

§ 2. Les interventions payées à tort peuvent, le cas échéant, être déduites des interventions futures qui doivent être versées à la personne concernée.

§ 3. Le recouvrement des interventions payées à tort est prescrit après trois ans à compter de la date du paiement de l'intervention.

Une lettre recommandée interrompt la prescription.

§ 4. Le Gouvernement flamand détermine, dans les situations visées aux paragraphes 1^{er} à 3, quelle est l'instance financièrement responsable pour les interventions non recouvrées.

Art. 38. Les contestations relatives aux interventions découlant du présent décret, une fois que la procédure de réclamation dont question à l'article 36 a été entièrement suivie, relèvent de la compétence du tribunal du travail. Les décisions contestées doivent, sous peine de nullité, être présentées devant le tribunal du travail compétent dans les deux mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

Chapitre 9. — Enregistrement, traitement et échange de données

Art. 39. Kind en Gezin, pour la réglementation établie à l'article 3, troisième alinéa, 2°, les organisations ou personnes individuelles dont question à l'article 44, deuxième alinéa, et les organisations dont question à l'article 47, les caisses de soins et l'Agence enregistrent et traitent des données personnelles et se les échangent, y compris des données des utilisateurs visées aux articles 6 et 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. L'enregistrement, le traitement et l'échange concernent les données personnelles nécessaires pour l'octroi d'interventions, conformément à l'objet mentionné à l'article 3, pour le contrôle ainsi que pour le développement de l'explorateur de droits dont question au titre 2. Le Gouvernement flamand arrête les règles relatives à cet enregistrement, à ce traitement et à cet échange de données sans préjudice de l'application des règles relatives à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les acteurs cités au premier alinéa peuvent, en application de la réglementation relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, demander les autorisations nécessaires pour l'accès à des données personnelles et pour leur utilisation, y compris des données mentionnées aux articles 6 et 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel provenant de sources de données externes. Ces données personnelles doivent être nécessaires pour l'octroi d'interventions conformément à l'objet, mentionné à l'article 3, pour le contrôle ainsi que pour le développement d'un explorateur de droits, dont question au titre 2.

Les acteurs cités au premier alinéa fournissent au Gouvernement flamand toutes les données utiles pour l'élaboration d'une politique de protection sociale flamande. Le Gouvernement flamand détermine quelles sont les données à fournir, ainsi que les modalités et la fréquence de la transmission de ces données.

Art. 40. Les données personnelles des affiliés sont utilisées par les caisses de soins et par l'Agence en respectant la vie privée des affiliés.

Titre 2. — Explorateur de droits

Art. 41. Dans le présent article, on entend par citoyen tout habitant de la région flamande ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Le Gouvernement flamand prévoit le développement d'un explorateur de droits en tant qu'instrument pour la recherche de droits. L'explorateur de droits comprend un aperçu de mesures prises par les différentes autorités afin de réaliser les droits du citoyen fixés aux articles 23 et 24, § 3, de la Constitution.

L'explorateur de droits permet au citoyen de créer un aperçu personnalisé de droits pertinents. A cet effet, le citoyen peut utiliser de façon maximale ses données à caractère personnel dont disposent les différentes autorités.

Les données à caractère personnel doivent être traitées en tenant compte des dispositions en vigueur relatives à la protection de la vie privée. Le citoyen doit autoriser la collecte et les traitements des données à caractère personnel nécessaires. Cette collecte de données est limitée aux données jugées nécessaires pour déterminer si le citoyen remplit les conditions des différents droits. L'explorateur de droits ne peut pas conserver ces données à caractère personnel au-delà du temps nécessaire pour l'établissement d'un aperçu personnalisé des droits.

Le Département du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, division du Bien-être social, est responsable du développement de l'explorateur de droits.

Titre 3. — Intervention de l'assurance soins

Art. 42. Sans préjudice de l'application des dispositions du présent décret, le décret sur l'assurance soins régit l'intervention au titre de la délivrance d'aide et de services non médicaux pour les utilisateurs souffrant d'une autonomie réduite grave et de longue durée.

Titre 4. — Prime pour les jeunes enfants

Section 1^{re}. — Objet

Art. 43. § 1^{er}. L'intervention de la protection sociale flamande au titre de l'aide pour les jeunes enfants prend la forme d'une prime, ci-après appelée prime pour les jeunes enfants.

§ 2. La prime pour les jeunes enfants est un droit de l'enfant. Elle est versée à la personne qui intervient comme bénéficiaire et auprès de laquelle l'enfant est inscrit comme personne à charge dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie.

Le Gouvernement flamand arrête les règles relatives au paiement. Il peut fixer des catégories spécifiques pour lesquelles l'intervention doit être payée à une autre personne que celle dont question au précédent alinéa.

§ 3. La prime pour les jeunes enfants consiste en un montant forfaitaire qui est payé à l'occasion de la naissance de l'enfant, de son premier et de son deuxième anniversaire. Le Gouvernement flamand arrête la hauteur du montant et peut prévoir un montant partiellement différent sur la base de critères liés à l'enfant, lorsqu'un forfait plus élevé peut signifier une plus-value supplémentaire à la lumière d'une aide préventive à la famille et qu'il s'inscrit dans une approche des troubles du développement.

Le Gouvernement flamand peut décider d'une introduction graduelle de la prime sur la base de l'âge de l'enfant.

Section 2. — Conditions d'attribution

Art. 44. Pour pouvoir bénéficier du paiement de la prime pour les jeunes enfants, la personne à qui la prime est payée doit :

1° être affiliée auprès d'une caisse de soins et, sauf dans le cas des exceptions visées par le Gouvernement flamand et sans préjudice de l'application de l'article 33, avoir satisfait à son obligation de cotisation dont question à l'article 32. Le Gouvernement flamand détermine quand ces conditions doivent être remplies;

2° avoir fait usage, en faveur de l'enfant, d'un soutien préventif aux familles de Kind en Gezin ou d'un soutien agréé et subsidié par Kind en Gezin. Le Gouvernement flamand détermine quels contacts donnent droit à la prime pour les jeunes enfants dans le cadre de cette offre.

Le Gouvernement flamand peut assimiler le soutien préventif aux familles organisé par d'autres organisations ou par des personnes individuelles au soutien préventif aux familles dont question au premier alinéa.

Par dérogation au premier alinéa, 2°, et au second alinéa, il suffit, s'agissant d'enfants pour qui, sur la base du droit de l'Union européenne, d'un traité international ou d'un protocole, la prime pour les jeunes enfants peut être réclamée, que l'on puisse démontrer qu'il a été fait usage d'un soutien préventif aux familles, qui est assimilable au soutien préventif aux familles de Kind en Gezin, à un soutien préventif aux familles agréé et subsidié par Kind en Gezin, ou à un soutien préventif aux familles organisé par les organisations ou personnes individuelles dont question au deuxième alinéa.

Par dérogation au premier alinéa, 2°, cette condition ne s'applique pas pour les enfants décédés avant d'avoir satisfait à la condition du soutien préventif aux familles.

Section 3. — Procédure d'attribution

Art. 45. § 1. S'il est satisfait à toutes les conditions d'attribution, la prime pour les jeunes enfants est attribuée d'office et payée par la caisse de soins à l'ayant droit à la prime pour les jeunes enfants.

Le Gouvernement flamand peut déterminer les catégories et les situations pour lesquelles la prime est octroyée après demande.

La caisse de soins compétente est la caisse de soins auprès de laquelle est affiliée la personne visée à l'article 43, § 2.

La caisse de soins examine s'il est satisfait aux conditions et informe la personne visée à l'article 43, § 2, de sa décision quant à l'attribution.

§ 2. La personne visée à l'article 43, § 2, peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse de soins quant à la prime pour les jeunes enfants, selon la procédure dont question à l'article 36.

§ 3. Le Gouvernement flamand détermine les dates auxquelles la caisse de soins verse la prime pour les jeunes enfants.

§ 4. Le Gouvernement flamand peut déterminer les autres règles concernant la procédure d'attribution.

Titre 5. — Limitation de la contribution propre en matière de soins à domicile via un système de maximum à facturer

Section 1^{re}. — Objet

Art. 46. Pour favoriser l'accessibilité financière des soins à domicile, un système de maximum à facturer est introduit. Ce système prévoit que les contributions personnelles payées au sein d'une famille pour ces soins pendant une période à déterminer par le Gouvernement flamand sont limitées à un montant maximal déterminé qui varie selon la composition de la famille et le revenu de l'utilisateur et des membres de sa famille. Dans la mesure où la somme des contributions personnelles de la famille excède le montant maximal, le paiement ou remboursement de l'excédent est à charge du budget de l'Agence.

Le Gouvernement flamand arrête les montants maximums pour l'application du maximum à facturer.

Le Gouvernement flamand définit ce qu'il faut entendre par revenus et par famille.

Le Gouvernement flamand peut introduire des exceptions au principe selon lequel les contributions personnelles sont additionnées par famille.

Section 2. — Champ d'application

Art. 47. Le maximum à facturer dont question à l'article 46 est au moins d'application sur les contributions personnelles payées par les utilisateurs et les membres de leur famille aux services pour les services d'aide aux familles et de soins à domicile et d'aide logistique complémentaires et services de garde, qui sont agréés en application du décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009. Le Gouvernement flamand peut, aux conditions qu'il détermine, exclure de l'application du maximum à facturer les contributions personnelles qui sont payées à un service agréé d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires pour des prestations qu'un membre du personnel de service effectue pour plusieurs utilisateurs à la fois.

Le Gouvernement flamand peut préciser davantage le champ d'application du maximum à facturer et, en fonction de la nature des soins, arrêter la quantité maximale de soins pouvant être pris en considération par utilisateur pour l'application du maximum à facturer. Il peut également élargir le champ d'application aux contributions personnelles qui sont payées à d'autres structures agréées en application du décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009.

Pour pouvoir bénéficier du maximum à facturer, l'utilisateur doit être affilié auprès d'une caisse de soins et, sauf dans le cas des exceptions visées par le Gouvernement flamand et sans préjudice de l'application de l'article 33, l'utilisateur et les membres de sa famille doivent avoir satisfait à leur obligation de cotisation dont question à l'article 32. Le Gouvernement flamand détermine quand ces conditions doivent être remplies.

Les contributions personnelles pour lesquelles l'utilisateur ou les membres de sa famille ont bénéficié d'une indemnisation, en vertu d'autres lois, décrets, ordonnances, dispositions réglementaires ou réglementations étrangères ou en vertu du droit commun d'intervention d'un assureur sont exclues du champ d'application du maximum à facturer. Le cas échéant, l'utilisateur signale cette indemnisation à la caisse de soins compétente.

Section 3. — Organisation de la mise en œuvre

Art. 48. Le maximum à facturer est mis en œuvre par les caisses de soins.

L'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse de soins dans le cadre du maximum à facturer selon la procédure dont question à l'article 36.

Titre 6. — Dispositions modificatives

Chapitre 1^{er}. — Modifications dans le Code judiciaire

Art. 49. À l'article 582, 2^o, du Code judiciaire modifié, pour ce qui concerne la Communauté flamande, par les décrets du 12 novembre 1997, du 7 mai 2004, du 21 novembre 2008 et du 25 mars 2011, les mots suivants sont ajoutés :

« et des différends concernant le droit de prises en charge, visé à l'article 3 du décret du 13 juillet 2012 portant organisation de la protection sociale flamande ».

Chapitre 2. — Modifications dans le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins

Art. 50. À l'article 2 du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, le point 8^o, ajouté par le décret du 7 mai 2004, est remplacé par le texte suivant :

« 8^o Agence pour la protection sociale flamande : l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique dont question à l'article 2, 1^o, du décret du 13 juillet 2012 relatif à la protection sociale flamande; ».

Art. 51. À l'article 4 du même décret, modifié en dernier lieu par le décret du 25 mars 2011, les modifications suivantes sont apportées :

1^o au paragraphe 1, premier alinéa, les mots « le Fonds flamand d'assurance » sont remplacés par les mots « l'Agence pour la protection sociale flamande »;

2^o les paragraphes 5 et 6 sont abrogés.

Art. 52. Dans le même décret, la section 2 du chapitre III, composé des articles 14 à 18, modifiée par les décrets du 18 mai 2001, du 7 mai 2004, du 24 juin 2005 et du 30 avril 2009, est abrogée.

Art. 53. Dans le même décret, le chapitre IV, composé des articles 19 à 21, modifié par le décret du 24 juin 2005, est abrogé.

Art. 54. Dans le même décret, le chapitre IV*bis*, composé de l'article 2I*bis*, introduit par le décret du 8 décembre 2000 et modifié par les décrets du 7 mai 2004, du 24 juin 2005, du 19 décembre 2008, du 30 avril 2009 et du 25 mars 2011, est abrogé.

Art. 55. Dans l'article 23 du même décret, rétabli par le décret du 23 décembre 2005, les mots « caisse d'assurance soins, visée à l'article 14, alinéa trois » sont remplacés par les mots « Vlaamse Zorgkas, mentionné à l'article 2, 11°, du décret du 13 juillet 2012 portant organisation de la protection sociale flamande ».

Chapitre 3. — *Modifications dans le décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*

Art. 56. L'article 71 du décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009 est abrogé.

Chapitre 4. — *Modification dans le décret du 8 juillet 2011 réglant le budget, la comptabilité, l'attribution de subventions et le contrôle de leur utilisation, ainsi que le contrôle par la Cour des Comptes*

Art. 57. Dans l'article 4, § 1^{er}, 2°, du décret du 8 juillet 2011 réglant le budget, la comptabilité, l'attribution de subventions et le contrôle de leur utilisation, ainsi que le contrôle par la Cour des Comptes, les mots « Vlaams Zorgfonds (Fonds flamand d'assurance) » sont remplacés par les mots « Agence pour la protection sociale flamande ».

Titre 7. — Dispositions finales

Chapitre 1^{er}. — *Dispositions suspensives*

Art. 58. Les dispositions réglementaires suivantes sont abrogées :

1° le décret du 7 mai 2004 portant transformation du « Vlaams Zorgfonds » en une agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique et modifiant le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets du 24 juin 2005 et du 23 décembre 2005;

2° le décret du 23 décembre 2010 relatif à l'explorateur de droits.

Chapitre 2. — *Dispositions transitoires*

Art. 59. Si, au sein de l'Agence, un fonds de réserve spécifique est constitué pour la composante assurance soins, le fonds de réserve du Vlaams Zorgfonds est attribué à ce fonds de réserve spécifique de l'Agence.

Tant que la conversion de l'Agence n'est pas établie, les tâches de l'Agence sont assumées par le Vlaams Zorgfonds, qui peut à cette fin utiliser les moyens destinés à l'Agence.

Art. 60. Les contributions qui sont dues sur la base de l'article 4, § 5, du décret sur l'assurance soins restent dues.

L'amende administrative qui est imposée et due sur la base de l'article 21*bis* du décret sur l'assurance soins reste due.

Pour l'application de l'amende administrative, dont question à l'article 34, une absence totale ou partielle du paiement de la contribution dans le cadre du décret sur l'assurance soins est prise en compte, sans préjudice de l'application de l'article 34, § 1^{er}, troisième alinéa.

Art. 61. Les décisions qui sont prises en exécution du décret sur l'assurance soins restent d'application jusqu'à ce qu'elles soient abrogées ou jusqu'à l'expiration de leur durée de validité.

Chapitre 3. — *Disposition d'entrée en vigueur*

Art. 62. Le Gouvernement flamand arrête, pour chaque disposition du présent décret, la date d'entrée en vigueur.

Chapitre 4. — *Évaluation*

Art. 63. Le Gouvernement flamand évalue le présent décret trois ans après son entrée en vigueur.

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

Bruxelles, le 13 juillet 2012.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
K. PEETERS

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

(1) Session 2011-2012

Documents - Projet de décret : 1603 - Nr. 1

- Amendements : 1603 - Nr. 2

- Rapport d'audience : 1603 - Nr. 3

- Rapport : 1603 - Nr. 4

- Amendements : 1603 - Nr. 5

- Texte adopté en séance plénière : 1603 - Nr. 6

Annales. - Discussion et adoption : séance du matin et séance du soir du 4 juillet 2012.