

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

**VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE**

**VLAAMSE OVERHEID**

[C – 2016/35772]

**15 APRIL 2016. — Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, wat betreft de invoering van het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap**

De Vlaamse Regering,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, artikel 4, § 5, vervangen bij het decreet van 30 april 2009 en gewijzigd bij het decreet van 25 maart 2011, artikel 6, § 1, tweede lid, 1<sup>o</sup>, artikel 6, § 1, tweede lid, 4<sup>o</sup>, toegevoegd bij het decreet van 25 april 2014, artikel 6, § 1, derde lid, ingevoegd bij het decreet van 20 december 2002, artikel 6, § 1, vijfde lid, vervangen bij het decreet van 18 mei 2001, artikel 7, vierde en vijfde lid, toegevoegd bij het decreet van 25 april 2014, artikel 8, gewijzigd bij de decreten van 20 december 2002, 25 maart 2011, 21 juni 2013 en 25 april 2014, en artikel 10, § 4, ingevoegd bij het decreet van 19 december 2008;

Gelet op het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, artikel 4 tot en met 6;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 16 februari 2016;

Gelet op advies 59.045/1 van de Raad van State, gegeven op 31 maart 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 23 januari 2015, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> er wordt een punt 2<sup>o</sup>/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“2<sup>o</sup>/1 budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning: een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in hoofdstuk 5 van het decreet van 25 april 2014;”;

2<sup>o</sup> er wordt een punt 3<sup>o</sup>/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“3<sup>o</sup>/1 decreet van 25 april 2014: het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap;”.

**Art. 2.** Aan artikel 40 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 juni 2013, wordt een paragraaf 3 toegevoegd, die luidt als volgt:

“§ 3. Om aanspraak te kunnen maken op het basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 3, tweede lid, van het decreet van 25 april 2014, worden, in afwijking van paragraaf 1 en 2, de achterstallige ledenbijdragen in mindering gebracht van de tenlastenemingen die aan de gebruiker moeten worden uitbetaald.”.

**Art. 3.** Aan titel 3 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 20 april 2012, 7 juni 2013 en 23 januari 2015, wordt een hoofdstuk 11, dat bestaat uit artikel 86/1 tot en met 86/12, toegevoegd, dat luidt als volgt:

“HOOFDSTUK 11. — Basisondersteuningsbudget

Afdeling 1. — Algemene bepalingen

Art. 86/1. Dit hoofdstuk heeft betrekking op het basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 3, tweede lid, van het decreet van 25 april 2014, dat beschouwd wordt als een tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering.

Artikel 29 tot en met 39, artikel 42 tot en met 47, artikel 51 tot en met 64, artikel 71 tot en met 79, en artikel 84 zijn niet van toepassing op het basisondersteuningsbudget.

De uitvoering van de tenlasteneming wordt afgeschorst voor de periode waarin de gebruiker opgesloten is in de gevangenis of opgenomen is in een inrichting of afdeling tot bescherming van de maatschappij die door de federale overheid wordt georganiseerd, of in een forensisch psychiatrisch centrum dat door de federale overheid wordt georganiseerd. De tenlasteneming wordt niet uitgevoerd vanaf de eerste dag van de maand na de start van de opsluiting of de opname tot het einde van de maand waarin de opsluiting of de opname beëindigd wordt.

Afdeling 2. — Vaststelling van de handicap en de nood aan zorg en ondersteuning

Art. 86/2. Ter uitvoering van artikel 5, § 2, van het decreet van 25 april 2014 erkent het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap of de toegangspoort een gebruiker voor de toepassing van dit hoofdstuk automatisch als persoon met een handicap met een duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 4, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van het decreet van 25 april 2014, als die persoon beschikt over een attest dat aantoonst dat hij zich in een van de volgende situaties bevindt:

1<sup>o</sup> de gebruiker komt in aanmerking voor een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;

2° de gebruiker heeft recht op bijkomende kinderbijslag op basis van:

a) minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3;

b) minstens vier punten op pijler P1 op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3, als de gebruiker minder dan twaalf punten scoort op de drie pijlers samen;

3° de gebruiker heeft een score van minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratiete-goetkoming.

Afdeling 3. — Beslissing over de tenlasteneming

Art. 86/3. § 1. De zorgkas neemt een beslissing over de tenlasteneming op basis van de bestandsmatige gegevens waaruit blijkt dat de gebruiker voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 86/2, 86/10, of artikel 86/12. Die beslissing wordt genomen binnen zestig dagen na de ontvangst van dat bestand.

De termijn, vermeld in het eerste lid, is niet van toepassing bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen.

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

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan conform de bepalingen van afdeling 5 tegen de beslissing, vermeld in het eerste lid, een bezwaarschrift indienen bij het Vlaams Zorgfonds.

De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissingen over de tenlasteneming, vermeld in paragraaf 1.

Art. 86/4. De zorgkas neemt een toekenningsbeslissing voor onbepaalde duur.

In afwijking van het eerste lid wordt de geldigheidsduur van de toekenningsbeslissing bij de attesten, vermeld in artikel 86/2, artikel 86/10 en artikel 86/12, met beperkte duur beperkt tot het einde van de maand waarin het attest vervalt.

In afwijking van het tweede lid loopt de toekenningsbeslissing tot de leeftijd van 21 jaar voor personen met een attest als vermeld in artikel 86/2, 1°, dat geldig is tot de leeftijd van achttien jaar.

Art. 86/5. De zorgkas verlengt de beslissing op basis van een attest met beperkte duur, als er een ander attest met een aaneensluitende datum beschikbaar is, ongeacht wanneer dit attest aan de zorgkas bezorgd wordt.

Afdeling 4. — Uitvoering van de tenlastenemingen

Onderafdeling 1. — Bedrag

Art. 86/6. De tenlasteneming bedraagt 300 euro per maand.

De tenlasteneming wordt uitbetaald uiterlijk voor het einde van de maand waarop ze betrekking heeft.

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

De minister bepaalt de modaliteiten van de betaling.

Onderafdeling 2. — Stopzetting

Art. 86/7. De zorgkas zet een beslissing stop als de gebruiker niet meer aan de voorwaarden voldoet.

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

1° de gebruiker niet meer aan de voorwaarden van administratieve aard voldoet;

2° de zorgkas de beslissing tot stopzetting neemt, als de gebruiker niet meer voldoet aan de voorwaarde van erkenning als persoon met een handicap met een duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning;

3° aan de gebruiker een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning ter beschikking gesteld wordt, als de melding aan de zorgkas voor of op de startdatum van het budget gebeurt;

4° aan de zorgkas gemeld wordt dat de gebruiker een schadeloosstelling heeft ontvangen voor dezelfde behoefte aan zorg en ondersteuning.

Als de melding aan de zorgkas van het budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning van een gebruiker gebeurt na de startdatum van dat budget, zet de zorgkas de beslissing stop op de eerste dag van de maand van de melding.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan conform de bepalingen van afdeling 5 tegen de beslissing een bezwaar aantekenen bij het Vlaams Zorgfonds.

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

Afdeling 5. — Bezwaar

Art. 86/8. § 1. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan bij het Vlaams Zorgfonds een bezwaarschrift indienen tegen elke beslissing van de zorgkas over een tenlasteneming.

In afwijking van het eerste lid kan geen bezwaarschrift worden ingediend tegen de weigering van de erkenning van de handicap of de beslissing dat er geen duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning is.

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

1° het is met redenen omkleed;

2° alle relevante stukken zijn erbij gevoegd;

3° het is binnen twee maanden na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas via het elektronisch loket aan het Vlaams Zorgfonds bezorgd, met een aangetekende brief naar het Vlaams Zorgfonds verstuurd of er tegen ontvangstbewijs afgegeven.

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

Als er relevante stukken, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, 2°, bij de indiening van het bezwaarschrift ontbreken, vraagt het Vlaams Zorgfonds deze stukken met een aangetekende brief bij de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op. De brief vermeldt welke stukken moeten worden bezorgd en de termijn van een maand, waarbinnen ze moeten worden

bezorgd. Als de relevante stukken niet binnen de maand na de verzending van de aangetekende brief aan het Vlaams Zorgfonds worden bezorgd, is het bezwaarschrift onontvankelijk. Deze termijn wordt op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, gevraagd binnen die termijn, met een maand verlengd.

Art. 86/9. Het Vlaams Zorgfonds behandelt het bezwaar conform artikel 85 en 86.

Afdeling 6. — Overgangsbepalingen

Art. 86/10. De volgende beslissingen worden gelijkgesteld met een attest als vermeld in artikel 86/2, 1°, van dit besluit:

1° de beslissing waaruit blijkt dat de deskundigencommissie de inschaling van het persoonlijke-assistentiebudget heeft vastgesteld met toepassing van artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 houdende vaststelling van de voorwaarden van toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan personen met een handicap, zoals van toepassing op 31 maart 2016;

2° de beslissing waaruit blijkt dat aan een gebruiker met toepassing van artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 november 2008 betreffende het opzetten van een experiment voor de toekenning van een persoonsgebonden budget aan bepaalde personen met een handicap, een persoonsgebonden budget is toegekend;

3° de beslissing waaruit blijkt dat aan een gebruiker een ondersteuningsveld hoger dan Z7 als vermeld in het ministerieel besluit van 1 maart 2012 houdende vaststelling van de ondersteuningsvelden, is toegekend;

4° het indicatiestellingsverslag, vermeld in artikel 1, 17°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 21 februari 2014 betreffende de integrale jeugdhulp, waaruit blijkt dat een gebruiker in aanmerking komt voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpverlening die wordt aangeboden met toepassing van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Art. 86/11. Het basisondersteuningsbudget wordt geleidelijk ingevoerd. Om die geleidelijke invoering mogelijk te maken moet een gebruiker voor de periode tot en met het begrotingsjaar 2020 voldoen aan aanvullende cumulatieve voorwaarden als vermeld in artikel 86/12, aanvullend op de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van het decreet van 25 april 2014.

Art. 86/12. Vanaf 1 mei 2016 wordt het recht op een tenlasteneming geopend voor meerderjarige personen die voldoen aan de volgende, aanvullende cumulatieve voorwaarden:

1° voldoen aan de voorwaarde, vermeld in artikel 86/2, 1°, van dit besluit;

2° op 31 december 2014 en op 1 januari 2016 geregistreerd staan in de centrale gegevensbank, vermeld in artikel 1, 11°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2006 betreffende de regie van de zorg en bijstand tot sociale integratie van personen met een handicap en betreffende de erkenning en subsidiëring van een Vlaams Platform van verenigingen van personen met een handicap, met een van de volgende actieve zorgvragen:

- a) een ambulante begeleiding vanuit een dagcentrum;
- b) een persoonlijke-assistentiebudget;
- c) een observatie-unit voor volwassenen;
- d) begeleid wonen;
- e) beschermd wonen/DIO/geïntegreerd wonen;
- f) tehuis werkenden;
- g) dagcentrum;
- h) zelfstandig wonen;
- i) tehuis niet-werkenden bezigheid;
- j) tehuis niet-werkenden nursing;

3° op het moment van de toekenning van het basisondersteuningsbudget:

a) geen gebruik maken van een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in artikel 1, 3°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 houdende vaststelling van de voorwaarden van toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan personen met een handicap;

b) geen gebruik maken van een persoonsgebonden budget met toepassing van artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 november 2008 betreffende het opzetten van een experiment voor de toekenning van een persoonsgebonden budget aan bepaalde personen met een handicap;

c) niet ondersteund worden door een flexibel aanbodcentrum meerderjarigen met toepassing van artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van flexibele aanbodcentra voor meerderjarige personen met een handicap;

d) niet ondersteund worden door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of artikel 9, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap.”.

**Art. 4.** Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2016.

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

Brussel, 15 april 2016.

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

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

## TRADUCTION

## AUTORITE FLAMANDE

[C – 2016/35772]

**15 AVRIL 2016. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, pour ce qui concerne l'introduction du budget d'assistance de base pour personnes handicapées**

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, l'article 4, § 5, remplacé par le décret du 30 avril 2009 et modifié par le décret du 25 mars 2011, l'article 6, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 1<sup>o</sup>, l'article 6, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 4<sup>o</sup>, ajouté par le décret du 25 avril 2014, l'article 6, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, inséré par le décret du 20 décembre 2002, l'article 6, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, remplacé par le décret du 18 mai 2001, l'article 7, alinéas 4 et 5, ajoutés par le décret du 25 avril 2014, l'article 8, modifié par les décrets des 20 décembre 2002, 25 mars 2011, 21 juin 2013 et 25 avril 2014, et l'article 10, § 4, inséré par le décret du 19 décembre 2008 ;

Vu le décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, les articles 4 à 6 inclus ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins ;

Vu l'accord du Ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 16 février 2016 ;

Vu l'avis 59.045/1 du Conseil d'État, donné le 31 mars 2016, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Après délibération,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 janvier 2015, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> il est inséré un point 2<sup>o</sup>/1, rédigé comme suit :

« 2<sup>o</sup>/1 budget pour des soins et du soutien non directement accessibles : un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles tel que visé au chapitre 5 du décret du 25 avril 2014 ; » ;

2<sup>o</sup> il est inséré un point 3<sup>o</sup>/1, rédigé comme suit :

« 3<sup>o</sup>/1 décret du 25 avril 2014 : le décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées ; ».

**Art. 2.** A l'article 40 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 juin 2013, il est ajouté un paragraphe 3, rédigé comme suit :

« § 3. Pour pouvoir prétendre au budget d'assistance de base, visé à l'article 3, alinéa 2, du décret du 25 avril 2014, les cotisations arriérées seront déduites des prises en charge à payer à l'utilisateur, par dérogation aux paragraphes 1<sup>er</sup> et 2. ».

**Art. 3.** Au titre 3 du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 20 avril 2012, 7 juin 2013 et 23 janvier 2015, il est ajouté un chapitre 11, comprenant les articles 86/1 à 86/12 inclus, rédigés comme suit :

« CHAPITRE 11. — Budget d'assistance de base

Section 1<sup>re</sup>. — Dispositions générales

Art. 86/1. Le présent chapitre porte sur le budget d'assistance de base visé à l'article 3, alinéa 2, du décret du 25 avril 2014, qui est considéré comme une prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

Les articles 29 à 39 inclus, 42 à 47 inclus, 51 à 64 inclus, 71 à 79 inclus, et 84 ne s'appliquent pas au budget d'assistance de base.

L'exécution de la prise en charge est suspendue pour la période dans laquelle l'utilisateur est incarcéré dans une prison ou admis dans un établissement ou une section de défense sociale, organisé par l'autorité fédérale, ou dans un centre de psychiatrie légale organisé par l'autorité fédérale. La prise en charge n'est pas exécutée à partir du premier jour du mois suivant le début de l'incarcération ou de l'admission jusqu'à la fin du mois dans lequel l'incarcération ou l'admission est terminée.

Section 2. — Constat de l'handicap et besoin de soins et d'assistance

Art. 86/2. En exécution de l'article 5, § 2, du décret du 25 avril 2014, la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) ou la porte d'entrée reconnaît automatiquement un usager pour l'application du présent chapitre comme une personne handicapée ayant un besoin de soins et d'assistance clairement constaté, tel que visé à l'article 4, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, du décret du 25 avril 2014, si cette personne dispose d'une attestation démontrant qu'elle se trouve dans une des situations suivantes :

1<sup>o</sup> l'utilisateur est éligible à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles ;

2<sup>o</sup> l'utilisateur a droit à une allocation familiale supplémentaire sur la base :

a) d'au moins douze points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3 ;

b) d'au moins quatre points au pilier P1 sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3, si l'utilisateur a un score de moins de douze points pour tous les trois piliers ;

3<sup>o</sup> l'utilisateur a un score d'au moins douze points sur l'échelle medico-sociale qui est utilisée pour l'évaluation du degré d'autosuffisance en vue de l'enquête du droit à l'allocation d'intégration.

Section 3. — Décision sur la prise en charge

Art. 86/3. § 1<sup>er</sup>. La caisse d'assurance soins prend une décision sur la prise en charge fondée sur les données provenant de fichiers dont il ressort que l'utilisateur remplit les conditions visées aux articles 86/2, 86/10 ou 86/12. Cette décision est prise dans les soixante jours suivant la réception de ce fichier.

Le délai, visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, ne s'applique pas aux usagers ne résidant pas en région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

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

Conformément aux dispositions de la section 5, l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès du « Vlaams Zorgfonds » une réclamation contre la décision visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Le Ministre arrête les modalités des décisions sur la prise en charge, visée au paragraphe 1<sup>er</sup>.

Art. 86/4. La caisse d'assurance soins prend une décision d'attribution pour une durée indéterminée.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la durée de validité de la décision d'attribution pour les attestations de durée limitée, visées aux articles 86/2, 86/10 et 86/12, est limitée jusqu'à la fin du mois dans lequel l'attestation expire.

Par dérogation à l'alinéa 2, la décision d'attribution s'applique jusqu'à l'âge de 21 ans pour les personnes disposant d'une attestation telle que visée à l'article 86/2, 1<sup>o</sup>, qui est valable jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

Art. 86/5. La caisse d'assurance soins prolonge la décision sur la base d'une attestation de durée limitée lorsqu'une autre attestation avec une date consécutive est disponible, quelle que soit la date de remise de cette attestation à la caisse d'assurance soins.

Section 4. — Exécution des prises en charge

Sous-section 1<sup>re</sup>. — Montant

Art. 86/6. La prise en charge s'élève à 300 euros par mois.

La prise en charge est payée au plus tard avant la fin du mois auquel elle se rapporte.

En cas d'un usager qui décède dans un mois déterminé, la prise en charge pour le mois en question est encore exécutée.

Le Ministre arrête les modalités de paiement.

Sous-section 2. — Arrêt

Art. 86/7. La caisse d'assurance soins arrête une décision lorsque l'utilisateur ne remplit plus les conditions.

La décision d'arrêt, visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, prend effet le premier jour du mois suivant le jour où :

1<sup>o</sup> l'utilisateur ne remplit plus les conditions de nature administrative ;

2<sup>o</sup> la caisse d'assurance soins prend la décision d'arrêt lorsque l'utilisateur ne remplit plus la condition d'agrément en tant que personne handicapée ayant un besoin de soins et de soutien clairement constaté ;

3<sup>o</sup> un budget de soins et de soutien non directement accessibles est mis à la disposition de l'utilisateur, lorsque la mention à la caisse d'assurance soins se fait avant ou à la date de début du budget ;

4<sup>o</sup> la caisse d'assurance soins est informée du fait que l'utilisateur a reçu une indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien.

Si la mention à la caisse d'assurance soins du budget de soins et de soutien non directement accessibles d'un usager se fait après la date de début de ce budget, la caisse d'assurance soins arrête la décision au premier jour du mois de la mention.

La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'utilisateur ou à son représentant. Conformément aux dispositions de la section 5, l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision auprès du « Vlaams Zorgfonds ».

Le Ministre arrête les modalités d'arrêt d'une décision.

Section 5. — Réclamation

Art. 86/8. § 1<sup>er</sup>. L'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès du « Vlaams Zorgfonds » une réclamation contre toute décision de la caisse d'assurance soins relative à une prise en charge.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, aucune réclamation ne peut être introduite contre le refus de l'agrément de l'handicap ou contre la décision qu'il n'y a aucun besoin de soins et de soutien clairement constaté.

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

1<sup>o</sup> elle est motivée ;

2<sup>o</sup> toutes les pièces pertinentes y sont jointes ;

3<sup>o</sup> elle est transmise via le guichet électronique au « Vlaams Zorgfonds » dans les deux mois suivant la réception de la décision de la caisse d'assurance soins, envoyée par lettre recommandée au « Vlaams Zorgfonds » ou y délivrée contre récépissé.

Lorsque l'utilisateur ou son représentant souhaite être entendu, la demande est faite dans la réclamation, sous peine de nullité.

Si des pièces pertinentes, visées au paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, font défaut lors de l'introduction de la réclamation, le « Vlaams Zorgfonds » demande ces pièces par lettre recommandée auprès de l'utilisateur ou de son représentant. La lettre mentionne les pièces à fournir et le délai d'un mois dans lequel elles doivent être transmises. Si les pièces pertinentes ne sont pas transmises au « Vlaams Zorgfonds » dans le mois suivant l'envoi de la lettre recommandée, la réclamation est irrecevable. A la demande de l'utilisateur ou de son représentant endéans ce délai, le délai est prolongé d'un mois.

Art. 86/9. Le « Vlaams Zorgfonds » traite la réclamation conformément aux articles 85 et 86.

Section 6. — Dispositions transitoires

Art. 86/10. Les décisions suivantes sont assimilées à l'attestation telle que visée à l'article 86/2, 1<sup>o</sup>, du présent arrêté :

1<sup>o</sup> la décision dont il ressort que la commission d'experts a fixé l'insertion du budget d'assistance personnelle en application de l'article 8 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2000 établissant les conditions d'octroi d'un budget d'assistance personnelle aux personnes handicapées, tel que d'application au 31 mars 2016 ;

2<sup>o</sup> la décision dont il ressort qu'un budget personnalisé est octroyé à un usager en application de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 novembre 2008 relatif au lancement d'une expérience en matière d'octroi d'un budget personnalisé à certaines personnes handicapées ;

3° la décision dont il ressort qu'un champ d'assistance supérieur à Z7 tel que visé à l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant fixation des champs d'assistance, a été octroyé à un usager ;

4° le rapport d'évaluation des besoins visé à l'article 1<sup>er</sup>, 17°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, dont il ressort qu'un usager est éligible à l'aide à la jeunesse non directement accessible offerte en application du décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap ».

Art. 86/11. Le budget d'assistance de base sera introduit progressivement. Afin de rendre possible cette introduction progressive, un usager doit remplir pour la période jusqu'à l'année budgétaire 2020 incluse, des conditions cumulatives complémentaires telles que visées à l'article 86/12, complémentairement aux conditions visées à l'article 4 du décret du 25 avril 2014.

Art. 86/12. A partir du 1<sup>er</sup> mai 2016, le droit à une prise en charge est ouvert aux personnes majeures remplissant les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

1° remplir la condition visée à l'article 86/2, 1°, du présent arrêté ;

2° être enregistrées au 31 décembre 2014 et au 1<sup>er</sup> janvier 2016 dans la banque de données centralisée, visée à l'article 1<sup>er</sup>, 11°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 mars 2006 relatif à la régie de l'aide et de l'assistance à l'intégration sociale de personnes handicapées et à l'agrément et le subventionnement d'une « Vlaams Platform van verenigingen van personen met een handicap » (Plate-forme flamande d'associations de personnes handicapées), avec une des demandes de soins actives suivantes :

- a) un accompagnement ambulatoire de la part d'un centre de jour ;
- b) un budget d'assistance personnelle ;
- c) une unité d'observation pour adultes ;
- d) logement assisté ;
- e) logement protégé/service d'accompagnement inclusif (DIO)/logement intégré ;
- f) maison pour travailleurs ;
- g) centre de jour ;
- h) logement autonome ;
- i) maison pour non-travailleurs du type occupation ;
- j) maison pour non-travailleurs du type nursing ;

3° au moment de l'octroi du budget d'assistance de base :

a) ne faire pas usage d'un budget d'assistance personnelle telle que visée à l'article 1<sup>er</sup>, 3°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2000 établissant les conditions d'octroi d'un budget d'assistance personnelle aux personnes handicapées ;

b) ne faire pas usage d'un budget personnalisé en application de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 novembre 2008 relatif au lancement d'une expérience en matière d'octroi d'un budget personnalisé à certaines personnes handicapées ;

c) ne pas être supportées par un centre d'offre de services flexible en faveur de personnes majeures en application de l'article 8 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres d'offre de services flexibles en faveur de personnes handicapées majeures ;

d) ne pas être supportées par un centre polyvalent pour personnes handicapées mineures en application de l'article 7 ou de l'article 9, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures. ».

**Art. 4.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2016.

**Art. 5.** Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 15 avril 2016.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
G. BOURGEOIS

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