

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C – 2016/09523]

21 NOVEMBER 2016. — Koninklijk besluit tot tijdelijke verplaatsing van de zetel Paliseul van het vredegericht van het kanton Saint-Hubert – Bouillon – Paliseul naar Saint-Hubert

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op het Gerechtelijk Wetboek, artikel 72, eerste lid, gewijzigd bij de wetten van 1 december 2013 en 19 oktober 2015;

Gelet op de behoeften van de dienst;

Gelet op de adviezen van de voorzitter van de vrederechters en rechters in de politierechtbank van het gerechtelijk arrondissement Luxemburg van 23 juni 2016 en van de procureur des Konings bij het parket Luxemburg van 26 juli 2016;

Op de voordracht van de Minister van Justitie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De zetel Paliseul van het vredegericht van het kanton Saint-Hubert – Bouillon – Paliseul wordt tijdelijk naar Saint-Hubert overgebracht.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 3. De minister bevoegd voor Justitie is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 november 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,
K. GEENS

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C – 2016/09523]

21 NOVEMBRE 2016. — Arrêté royal transférant temporairement le siège de Paliseul de la justice de paix du canton de Saint-Hubert – Bouillon – Paliseul à Saint-Hubert

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu le Code judiciaire, l'article 72, alinéa 1^{er}, modifié par les lois du 1^{er} décembre 2013 et du 19 octobre 2015;

Vu les nécessités du service;

Vu les avis du président des juges de paix et des juges au tribunal de police de l'arrondissement judiciaire du Luxembourg du 23 juin 2016 et du procureur du Roi près le parquet du Luxembourg du 26 juillet 2016;

Sur la proposition du Ministre de la Justice,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le siège de Paliseul de la justice de paix du canton de Saint-Hubert – Bouillon – Paliseul est temporairement transféré à Saint-Hubert.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a la Justice dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 novembre 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,
K. GEENS

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2016/36593]

14 OKTOBER 2016. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming

De Vlaamse Regering,

Gelet op het bijzonder decreet van 7 juli 2006 over de Vlaamse instellingen, artikel 21;

Gelet op het decreet van 22 februari 1995 tot regeling van de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren, artikel 2, gewijzigd bij het decreet van 16 juni 2006;

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, artikel 10, § 3, ingevoegd bij het decreet van 19 december 2008 en gewijzigd bij het decreet van 25 maart 2011, en artikel 23quater, § 4, ingevoegd bij het decreet van 24 juni 2005 en gewijzigd bij de decreten van 19 december 2008, 30 april 2009, 25 maart 2011 en 21 juni 2013;

Gelet op de wet van 20 juli 2001 tot bevordering van buurtdiensten en -banen, artikel 2, § 1, 3^o, gewijzigd bij de wet van 22 december 2003;

Gelet op het decreet van 24 mei 2002 betreffende water bestemd voor menselijke aanwending, artikel 8, gewijzigd bij de decreten van 19 juli 2013, 11 december 2015 en 18 december 2015;

Gelet op het kaderdecreet bestuurlijk beleid van 18 juli 2003, artikel 6, § 2, gewijzigd bij het decreet van 3 juli 2015;

Gelet op het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, artikel 14, tweede lid, gewijzigd bij het decreet van 21 juni 2013;

Gelet op het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, artikel 7;

Gelet op het decreet van 20 april 2012 houdende de organisatie van kinderopvang van baby's en peuters, artikel 8, § 3, artikel 9, tweede lid, en artikel 12, § 1, tweede lid;

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, gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016, en artikel 5 en artikel 6, gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016;

Gelet op het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 4, eerste lid, artikel 5, artikel 6, tweede lid, artikel 11, artikel 12, § 2, eerste lid, en, artikel 13, eerste lid, artikel 14, vijfde lid, artikel 15, tweede lid, artikel 16, eerste lid, 1°, en tweede lid, artikel 19, artikel 20, artikel 24, artikel 25, artikel 28, § 1, tweede lid, en § 2, artikel 29, § 1, eerste lid, en § 4, artikel 30, § 1, en § 2, eerste lid, artikel 31, artikel 32, § 1, derde lid, § 2, en § 4, tweede lid, artikel 33, artikel 35, artikel 36, eerste lid, artikel 37, artikel 39, § 1, eerste lid, § 4, en § 5, eerste lid, artikel 42, artikel 43, tweede lid, artikel 44, § 1, tweede tot en met vierde lid, § 3 tot en met § 5, artikel 46, artikel 48, § 1, tweede lid, artikel 49, § 2, artikel 51, § 1, § 3, en § 5, artikel 52, § 1, eerste lid, en § 2, artikel 54, artikel 56, § 1, derde lid, en § 3 tot en met § 5, artikel 58, tweede lid, artikel 86, artikel 87, artikel 89, en artikel 91;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen;

Gelet op het koninklijk besluit van 5 maart 1990 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen;

Gelet op het koninklijk besluit van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques;

Gelet op het koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 9 juni 2006 houdende regeling van het beheer en de werking van het Vlaams Zorgfonds;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juli 2007 houdende samenstelling en werking van de raadgevende comités bij de intern verzelfstandigde agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

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 besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement;

Gelet op het Subsidiebesluit van 22 november 2013;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 25 juli 2014 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 tot vaststelling van de regels voor het bepalen van een bedrag voor bewijsbare uitgaven en een bedrag voor niet-bewijsbare uitgaven in het kader van de toepassing van het cumulverbod en de verschilregel;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 15 juli 2016;

Gelet op advies 59.843/1/V van de Raad van State, gegeven op 20 september 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, 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 :

BOEK 1. — Gemeenschappelijke basisbepalingen

Deel 1. — Definities

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

- 1° agentschap : het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 6 van het decreet van 24 juni 2016;
- 2° BEL-profielschaal of BelRAI screener : de evaluatieschalen waarmee de duur en de ernst van de verminderde zelfredzaamheid worden gemeten als vermeld in artikel 46 van het decreet van 24 juni 2016 en in de regelgeving over de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, meer bepaald artikel 4, A., 1°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. De BelRAI screener betreft een wetenschappelijk onderbouwd evaluatie-instrument dat gebaseerd is op het internationale Resident Assessment Instrument. Het is een gevalideerd instrument dat gestandaardiseerde informatie over de zorgbehoefte van de gebruiker genereert met als doel een betere zorg voor de gebruiker;
- 3° betaalde bijdrage : de bijdrage waarvan het bedrag op de rekening van de zorgkas of van het agentschap staat;
- 4° 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;
- 5° decreet van 24 juni 2016 : het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;
- 6° decreet van 7 mei 2004 : het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- 7° 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;

- 8° dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg : de dienst, vermeld in artikel 5 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, en erkend met toepassing van het voormelde decreet;
- 9° dienst voor logistieke hulp : de dienst, vermeld in artikel 8 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, en erkend met toepassing van het voormelde decreet;
- 10° gemachtigde indicatiesteller : een organisatie, voorziening of een professionele zorgverlener die gemachtigd is de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid van een persoon vast te stellen, vermeld in artikel 46 van het decreet van 24 juni 2016;
- 11° indicatiestelling : het vaststellen van de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid, vermeld in artikel 2, 12°, van het decreet van 24 juni 2016; 1
- 12° Katz-schaal in de thuisverpleging : de evaluatieschaal om de verminderde zelfredzaamheid te meten, die gebruikt wordt om de tegemoetkomingen in de verstrekkingen te berekenen, vermeld in artikel 34, eerste lid, 1°, b), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 13° Katz-schaal in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf : de evaluatieschaal om de verminderde zelfredzaamheid te meten, die gebruikt wordt om de tegemoetkomingen in de verstrekkingen te berekenen, vermeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 14° leidend ambtenaar : de leidend ambtenaar die door de Vlaamse Regering is belast met de algemene leiding, de werking en de vertegenwoordiging van het agentschap;
- 15° mantel- en thuiszorg : de zorgvorm betreffende de zorgverzekeringstegemoetkoming waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger;
- 16° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;
- 17° psychiatrisch verzorgingstehuis : een psychiatrisch verzorgingstehuis dat erkend is krachtens artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedure voor de gezondheidsvoorzieningen;
- 18° residentiële zorg : de zorgvorm betreffende de zorgverzekeringstegemoetkoming waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een voorziening die erkend is door de Vlaamse Gemeenschap als een woonzorgcentrum of een psychiatrisch verzorgingstehuis of een daarmee gelijkgesteld centrum;
- 19° woonzorgcentrum : een erkend woonzorgcentrum als vermeld in artikel 37 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;
- 20° zorginspectie : Zorginspectie als vermeld in artikel 3, § 2, derde lid van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein;
- 21° zorgvorm : de niet-medische hulp- en dienstverlening die verstrekt wordt door of een residentiële zorgvoorziening, of een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger.

Deel 2. — Algemene principes

Art. 2. De tegemoetkomingen worden automatisch toegekend als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden :

- 1° de gebruiker heeft een attest als vermeld in artikel 87 of artikel 181;
- 2° de zorgkas verkrijgt het attest via de bestandsmatige gegevens van het agentschap.

Als aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, niet voldaan is, wordt de tegemoetkoming toegekend na een aanvraag.

Deel 3. — Organisatie van de Vlaamse sociale bescherming

TITEL 1. — Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming

HOOFDSTUK 1. — *Omvorming van het Vlaams Zorgfonds*

Art. 3. Het agentschap behoort tot het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, vermeld in artikel 2, 7°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie.

HOOFDSTUK 2. — *Beheer en werking van het agentschap*

Art. 4. § 1. De leidend ambtenaar heeft delegatie van beslissingsbevoegdheid voor de aangelegenheden, vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 30 oktober 2015 tot regeling van de delegatie van beslissingsbevoegdheden aan de hoofden van de departementen en van de intern verzelfstandigde agentschappen.

Naast de delegatie voor de aangelegenheden, vermeld in het eerste lid, wordt aan de leidend ambtenaar de aanvullende delegatie verleend voor het opleggen van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016.

§ 2. Naast de delegaties voor de aangelegenheden, vermeld in paragraaf 1, worden aan de leidend ambtenaar de volgende specifieke delegaties verleend :

- 1° alle noodzakelijke goedkeuringen geven en beslissingen nemen die eventueel in voorkomend geval nodig zijn voor de aangelegenheden, vermeld in artikel 8, 4° en 5°, van het decreet van 24 juni 2016 en binnen de regels, vastgesteld door de Vlaamse Regering;
- 2° beslissingen nemen in het kader van het toezicht en de controle op de zorgkassen, vermeld in artikel 8, 2°, van het decreet van 24 juni 2016, conform de regels van de Vlaamse Regering;
- 3° bij financiële instellingen rekeningen openen en erover beschikken afhankelijk van het gevoerde kasbeheer en de belegging van de beschikbare financiële activa op korte termijn, conform de regels van de Vlaamse Regering.

§ 3. Bij het gebruik van de delegaties, vermeld in paragrafen 1 en 2, gelden de algemene regelingen, de voorwaarden en de beperkingen, vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 30 oktober 2015 tot regeling van de delegatie van beslissingsbevoegdheden aan de hoofden van de departementen en van de intern verzelfstandigde agentschappen, met inbegrip van de bepalingen over subdelegatie, de regeling bij vervanging en de verantwoording.

Art. 5. § 1. De personeelsleden van zorginspectie kunnen ter plaatse en op stukken toezicht uitoefenen op het beheer, de werking en de financiële toestand van de zorgkassen.

De personeelsleden, vermeld in het eerste lid, brengen aan het agentschap verslag uit over het door hen uitgeoefende toezicht.

§ 2. Het agentschap stelt alle gevraagde gegevens ter beschikking van zorginspectie.

De personeelsleden van zorginspectie oefenen de inspectieopdrachten onder de volgende voorwaarden uit :

- 1° zorginspectie voert de inspectieopdrachten uit, die jaarlijks door het agentschap gegeven zijn;
- 2° zorginspectie stelt voor de inspectieopdrachten een inspectieconcept op, op basis van de risicoanalyse die in samenwerking met het agentschap is uitgevoerd;
- 3° zorginspectie voert de door het agentschap gegeven opdrachten tot gerichte inspecties uit;
- 4° zorginspectie kan, nadat ze het agentschap daarover geïnformeerd heeft, autonoom beslissen tot inspectie;
- 5° zorginspectie maakt een inspectieverslag op.

Art. 6. Tussen het agentschap en zorginspectie wordt een samenwerkingsovereenkomst gesloten, waarin de verdere modaliteiten bepaald worden.

HOOFDSTUK 3. — *Bepalingen over de financiering, het reservefonds en de boekhouding*

Art. 7. De dotaties voor het agentschap, vermeld in artikel 12, § 1, eerste lid, 1°, van het decreet van 24 juni 2016, worden uitbetaald vóór 10 januari van het begrotingsjaar in kwestie.

Art. 8. Leningen kunnen door het agentschap worden aangegaan, na akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begroting, als minstens de volgende voorwaarden vervuld zijn :

- 1° er worden minstens drie mogelijke leninggevers bevestigd;
- 2° er wordt verwezen naar een marktrentevoet die algemeen gangbaar is.

Art. 9. Elke opneming uit het reservefonds is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de minister en van de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begrotingen.

Art. 10. Het agentschap bezorgt uiterlijk op 31 maart aan de minister en de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begrotingen, een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen van het voorbije jaar.

De minister en de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begrotingen, bepalen de vormvereisten waaraan het verslag moet voldoen.

TITEL 2. — *De zorgkassen*

HOOFDSTUK 1. — *De procedure voor het verlenen van de erkenning*

Art. 11. Om ontvankelijk te zijn moet een aanvraag tot erkenning van een zorgkas uitgaan van een instantie als vermeld in artikel 15 van het decreet van 24 juni 2016. De aanvraag wordt met een aangetekende brief aan het agentschap bezorgd en bevat de volgende gegevens en stukken :

- 1° de statuten van de zorgkas;
- 2° de voornamen, de familienaam, de woon- of verblijfplaats, het beroep en de nationaliteit van de beheerders van de zorgkas en van de personen die met de effectieve leiding van de zorgkas zijn belast, en de volmachten van die laatsten;
- 3° de statuten van de instantie of de instanties, vermeld in artikel 15 van het decreet van 24 juni 2016, die de zorgkas heeft of hebben opgericht;
- 4° de voornamen, de familienaam, de woon- of verblijfplaats van de leden, natuurlijke personen of rechtspersonen, die in de algemene vergadering van de zorgkas een gekwalificeerde deelneming bezitten en het percentage van die deelneming;
- 5° de verbintenis om de regels na te leven die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld;
- 6° andere gegevens en stukken, die door het agentschap worden bepaald.

In het eerste lid, 4°, wordt verstaan onder gekwalificeerde deelneming : het rechtstreeks of onrechtstreeks bezitten van ten minste 10% van de stemrechten of elke andere mogelijkheid om een invloed van betekenis uit te oefenen op de bedrijfsvoering van de zorgkas.

Art. 12. § 1. Binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag deelt het agentschap aan de zorgkas mee of de aanvraag ontvankelijk is.

Als de aanvraag niet ontvankelijk is omdat een of meer gegevens of stukken als vermeld in artikel 11 ontbreken, vraagt het agentschap de ontbrekende gegevens of stukken op. Het agentschap bepaalt een termijn voor de indiening van de gegevens of stukken. Binnen dertig dagen na de ontvangst van de gegevens of stukken, deelt het agentschap aan de zorgkas mee of de aanvraag ontvankelijk is. Als er geen gegevens of stukken worden bezorgd, dan is de aanvraag onontvankelijk.

Het agentschap onderzoekt de aanvraag.

§ 2. Binnen vier maanden nadat aan de zorgkas is meegedeeld dat haar aanvraag ontvankelijk is, wordt haar de beslissing van de leidend ambtenaar om de erkenning te verlenen of het voornemen van de leidend ambtenaar om de erkenning te weigeren met een aangetekende brief bezorgd.

De erkenning kan alleen worden verleend als uit de aanvraag blijkt dat de zorgkas zal voldoen aan de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld.

Art. 13. § 1. Tegen het voornemen, vermeld in artikel 12, § 2, eerste lid, kan de zorgkas bezwaar indienen.

Om ontvankelijk te zijn moet het bezwaar gemotiveerd zijn en uiterlijk dertig dagen na de ontvangst van het voornemen met een aangetekende brief worden ingediend bij de minister. De beslissing van de minister wordt binnen één maand na de ontvangst van het bezwaar aan de zorgkas bezorgd met een aangetekende brief. De minister kan alleen een beslissing nemen nadat de zorgkas gehoord is, tenzij ze aan een uitnodiging geen gevolg heeft gegeven.

Als de zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaar heeft ingediend, wordt, binnen één maand na het verstrijken van de termijn om bezwaar in te dienen, de beslissing van de leidend ambtenaar, waarbij de erkenning wordt geweigerd, aan de zorgkas meegedeeld met een aangetekende brief.

§ 2. De beslissing waarbij de erkenning wordt verleend, wordt bij uittreksel bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 14. De erkenning van een erkende zorgkas geldt voor een termijn van vijf jaar.

Art. 15. De erkenning, vermeld in artikel 14, kan worden verlengd als de erkende zorgkas daarvoor tot uiterlijk acht maanden voor het verstrijken van haar erkenning een aanvraag indient. Artikel 11, 12 en 13 zijn van overeenkomstige toepassing, met uitzondering van artikel 11, eerste lid, 3^o.

HOOFDSTUK 2. — *De procedure voor de intrekking en schorsing van de erkenning van een erkende zorgkas*

Art. 16. Als het agentschap vaststelt dat een erkende zorgkas niet werkt overeenkomstig de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld, dat haar beheer of haar financiële toestand niet voldoende waarborgen biedt voor de goede afloop van haar verbintenissen of dat haar administratieve of boekhoudkundige organisatie of haar interne controle ernstige leemten vertoont, stelt het agentschap met een aangetekende brief de erkende zorgkas in gebreke om die problemen binnen een door het agentschap te bepalen termijn te verhelpen.

Art. 17. De erkenning van een erkende zorgkas kan door de leidend ambtenaar of de minister worden ingetrokken in de volgende gevallen :

- 1^o als de erkende zorgkas niet gebruik maakt van de erkenning binnen twaalf maanden of als ze gedurende meer dan zes maanden haar activiteiten heeft gestaakt;
- 2^o als ze niet voldoet aan de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld of als het beheer of de financiële toestand van de erkende zorgkas niet voldoende waarborgen biedt voor de goede afloop van haar verbintenissen of als haar administratieve of boekhoudkundige organisatie of haar interne controle ernstige leemten vertoont, nadat de termijn, vermeld in artikel 16 vermelde termijn is verstreken.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, uit de leidend ambtenaar een voornemen tot intrekking van de erkenning, dat met een aangetekende brief aan de erkende zorgkas wordt meegedeeld.

Art. 18. Tegen het voornemen, vermeld in artikel 17, tweede lid, kan de erkende zorgkas bezwaar indienen. Om ontvankelijk te zijn moet het bezwaar gemotiveerd zijn en uiterlijk dertig dagen na de ontvangst van het voornemen met een aangetekende brief worden ingediend bij de minister. De beslissing van de minister wordt binnen twee maanden na de ontvangst van het bezwaar aan de zorgkas bezorgd met een aangetekende brief. De minister kan alleen een beslissing nemen nadat de erkende zorgkas gehoord is, tenzij ze aan een behoorlijk verstuurd uitnodiging geen gevolg heeft gegeven.

Als de erkende zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaar heeft ingediend, wordt, binnen één maand na het verstrijken van de termijn om bezwaar in te dienen, de beslissing van de leidend ambtenaar, waarbij de erkenning wordt ingetrokken, aan deze zorgkas meegedeeld met een aangetekende brief.

Art. 19. Een erkende zorgkas kan de leidend ambtenaar met een aangetekende brief verzoeken om haar erkenning in te trekken. De beslissing wordt uiterlijk twee maanden na de ontvangst van het verzoek aan deze zorgkas meegedeeld per aangetekende brief.

Art. 20. De erkenning van een erkende zorgkas wordt ambtshalve door de leidend ambtenaar ingetrokken in geval van ontbinding van deze zorgkas. Deze beslissing wordt met een aangetekende brief aan de betrokken zorgkas meegedeeld uiterlijk vijftien dagen nadat ze werd genomen.

Art. 21. De beslissing waarbij de erkenning van een erkende zorgkas wordt ingetrokken, vermeldt de datum waarop de intrekking ingaat. Ze wordt bij uittreksel bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 22. De intrekking van erkenning heeft als gevolg dat de betrokken zorgkas geen nieuwe aansluitingen meer mag verrichten.

Het agentschap zal zo nodig alle passende maatregelen opleggen tot vrijwaring van de rechten van de leden en gebruikers.

Een zorgkas waarvan de erkenning is ingetrokken, blijft tot aan het afsluiten van haar vereffening onderworpen aan de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld.

Art. 23. In de gevallen, vermeld in artikel 17, eerste lid, 2^o, kan de erkenning van een erkende zorgkas door de leidend ambtenaar of de minister worden geschorst. Artikel 17, tweede lid, 18 en 21 zijn van overeenkomstige toepassing.

De schorsing van de erkenning heeft als gevolg dat de zorgkas geen nieuwe aansluitingen meer mag verrichten.

HOOFDSTUK 3. — *Territoriale werking*

Art. 24. De instanties, vermeld in artikel 15 van het decreet van 24 juni 2016, zijn actief in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad als ze hetzij in elke provincie van het Nederlandse taalgebied en in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad een exploitatiezetel hebben, hetzij daar vertegenwoordigd zijn, hetzij daar, naar gelang het geval, leden of verzekerden hebben.

HOOFDSTUK 4. — *De organisatie, de werking, en het beheer van de zorgkassen en het toezicht en de controle op de zorgkassen*

Afdeling 1. — De organisatie, de werking en het beheer van de zorgkassen

Art. 25. Een zorgkas beschikt over een beleidsstructuur, een administratieve en boekhoudkundige organisatie en interne controle, die aan haar activiteiten aangepast zijn. De minister kan nadere regels daarover bepalen.

De interne controle, vermeld in het eerste lid, heeft minstens betrekking op de geldigheid, de volledigheid en de juistheid waarmee de financiële verrichtingen worden verwerkt in de boekhoudkundige documenten en rekeningen.

Art. 26. De technische en financiële middelen van een zorgkas zijn aangepast aan haar activiteiten en waarborgen een goede uitvoering van haar verbintenissen.

Art. 27. De effectieve leiding van een zorgkas wordt toevertrouwd aan ten minste twee personen.

De erkende zorgkas plaatst personen die 50% of meer van hun arbeidsregeling voor de zorgkas werken, op de loonlijst van de zorgkas.

Art. 28. Het maatschappelijk doel van de zorgkas, vermeld in haar statuten, is beperkt tot de opdrachten, vermeld in artikel 19 van het decreet van 24 juni 2016.

De statuten van de zorgkas bevatten een opgave van de rechten en de plichten van de leden en de gebruikers. Ze mogen niet in strijd zijn met de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld.

Art. 29. Artikel III.82, artikel III.83, eerste lid, artikel III.84, eerste tot en met vijfde lid, artikel III.86, eerste en vierde lid, artikel III.87, § 1 en § 2, eerste lid, artikel III.88 en artikel III.89 van het Wetboek van economisch recht zijn van overeenkomstige toepassing op een zorgkas.

Art. 30. Een zorgkas verstrekt aan personen die zich willen aansluiten en aan de leden minimaal de informatie die de minister bepaalt.

De documenten of gegevens die een zorgkas gebruikt of verspreidt, zijn in overeenstemming met de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld.

De documenten of formulieren van de zorgkas die ter kennis van het publiek gebracht worden, bevatten de vermeldingen die de minister bepaalt.

Art. 31. De minister kan bepalen welke gegevens als vermeld in artikel 19, eerste lid, 4°, van het decreet van 24 juni 2016 minimaal worden geregistreerd, hoe ze worden geregistreerd en hoe ze aan het agentschap worden verstrekt.

Art. 32. Een zorgkas onthoudt zich ervan :

- 1° onder om het even welke vorm leningen toe te staan;
- 2° met een ziekenfonds, een landsbond van ziekenfondsen, een maatschappij voor onderlinge bijstand, een verzekeringsonderneming of enige andere organisatie, waarmee ze financiële, commerciële of administratieve banden heeft, overeenkomsten af te sluiten of regelingen te maken die de verdeling van de kosten en inkomsten kunnen beïnvloeden, als daardoor de rekeningen zouden worden vervalst.

Afdeling 2. — Toezicht en controle op de zorgkassen

Art. 33. Een zorgkas brengt het agentschap met een aangetekende brief op de hoogte van de wijzigingen in haar statuten en in de lijst van haar beheerders binnen één maand na de goedkeuring ervan door de algemene vergadering. Tot uiterlijk één maand na die kennisgeving kan het agentschap zich met een aangetekende en gemotiveerde brief verzetten tegen een wijziging die in strijd is met de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld.

In het geval, vermeld in het eerste lid, zorgt de zorgkas ervoor dat de wijziging wordt ingetrokken of aangepast binnen twee maanden na de verzending van de brief van het agentschap.

Art. 34. Een erkende zorgkas wijst een bedrijfsrevisor aan, die door de algemene vergadering wordt gekozen onder de leden van het Instituut van de Bedrijfsrevisoren. Als de erkende zorgkas de rechtsvorm van een maatschappij van onderlinge bijstand aanneemt als vermeld in artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, moet de bedrijfsrevisor erkend te zijn door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. In de andere gevallen moet de bedrijfsrevisor erkend te zijn door de Nationale Bank van België.

De bedrijfsrevisor wordt aangewezen voor een hernieuwbare termijn van drie jaar. Hij kan alleen om wettige redenen worden ontslagen.

De erkende zorgkas deelt aan het agentschap de voornamen de familienaam, en het adres van de bedrijfsrevisor mee binnen een maand na zijn aanwijzing.

Buiten zijn bezoldiging mag de erkende zorgkas aan de bedrijfsrevisor geen enkel voordeel verschaffen, in welke vorm ook. Bijkomende opdrachten kunnen hem alleen worden toevertrouwd met de goedkeuring van de algemene vergadering.

Als het mandaat van de bedrijfsrevisor, om welke reden ook, een einde neemt, wijst de erkende zorgkas binnen de drie maanden een opvolger aan.

Art. 35. De door een erkende zorgkas aangewezen bedrijfsrevisor controleert met inachtneming van de algemene controlenormen van het Instituut van de Bedrijfsrevisoren :

- 1° de nauwkeurigheid en de volledigheid van de boekhouding en van de jaarrekening;
- 2° het aangepaste karakter en de werking van de administratieve en boekhoudkundige organisatie en van de interne controle.

De bedrijfsrevisor kan op elk moment in de zetel van de erkende zorgkas inzage nemen van alle documenten die hij nodig acht voor de uitvoering van zijn opdracht. Hij kan van de beheerders en van de personen die met de effectieve leiding zijn belast, alle nodige ophelderingen en inlichtingen eisen en hij kan alle nodige verificaties verrichten.

Hij brengt onmiddellijk elke inbreuk op de regels die bij of krachtens het decreet van 24 juni 2016 zijn vastgesteld, alsook alles wat volgens hem de financiële toestand van de erkende zorgkas in gevaar zou kunnen brengen, ter kennis van de beheerders van de erkende zorgkas.

Hij viseert het boekhoudkundige verslag, vermeld in artikel 25 van het decreet van 24 juni 2016, en de sociale balans, vermeld in artikel 39, § 2, van dit besluit.

Art. 36. De bedrijfsrevisor stelt jaarlijks een verslag op over de resultaten van de door hem verrichte controles, met inachtneming van de algemene controlenormen van het Instituut van de Bedrijfsrevisoren. Dat verslag vermeldt meer in het bijzonder :

- 1° hoe de controletaken zijn verricht en of alle gevraagde ophelderingen en documenten zijn verkregen;
- 2° of de boekhouding is gevoerd en de jaarrekening is opgesteld conform de toepasselijke regels;
- 3° of naar zijn oordeel de jaarrekening een getrouw beeld geeft van het vermogen, van de financiële toestand en van de resultaten van de erkende zorgkas.

In het verslag vermeldt en rechtvaardigt de bedrijfsrevisor nauwkeurig en duidelijk het voorbehoud en de bezwaren die hij meent te moeten maken. In het andere geval vermeldt hij uitdrukkelijk geen bezwaar noch voorbehoud te maken.

Het verslag wordt gevoegd bij de jaarrekening die ter goedkeuring aan de algemene vergadering wordt voorgelegd. De bedrijfsrevisor wordt uitgenodigd voor de algemene vergadering, als die zal beraadslagen over de jaarrekening en het door hem opgemaakte verslag. Hij heeft het recht op de algemene vergadering het woord te voeren als het gaat over de vervulling van zijn taak.

Art. 37. § 1. Een zorgkas bewaart gedurende een door de minister te bepalen termijn alle documenten over de door haar verrichte aansluitingen en tegemoetkomingen in haar zetel of op een andere plaats die vooraf door het agentschap is toegelaten.

§ 2. Een zorgkas verstrekt aan het agentschap of aan zorginspectie, op eenvoudig verzoek, alle inlichtingen en documenten die het agentschap of zorginspectie nodig hebben voor de uitvoering van hun taak. Ze staat het agentschap of zorginspectie toe om in haar zetel inzage te nemen van alle documenten, alsook elk onderzoek te verrichten naar haar financiële toestand en haar activiteiten.

Een zorgkas staat ervoor in dat al haar medewerkers aan het agentschap of aan zorginspectie, op eenvoudig verzoek, alle inlichtingen verschaffen waarover ze beschikken met betrekking tot de aansluitingen en tegemoetkomingen, waaraan ze hun medewerking hebben verleend.

Art. 38. Als een document niet voldoet aan de vereisten, vermeld in artikel 30, zorgt de zorgkas voor de intrekking of de aanpassing ervan binnen één maand nadat ze daartoe door het agentschap is aangemaand.

Art. 39. § 1. Een zorgkas bezorgt haar jaarrekening en het boekhoudkundige verslag, vermeld in artikel 35, over het vorige boekjaar vóór 30 april aan het agentschap. Het agentschap bepaalt de vormvereisten waaraan het voormelde boekhoudkundige verslag moet voldoen.

§ 2. Samen met de jaarrekening en het boekhoudkundige verslag bezorgt een erkende zorgkas aan het agentschap de sociale balans die opgenomen is in het "Volledig model van jaarrekening" of in het "Verkort model van jaarrekening", dat door de Nationale Bank van België is opgesteld met toepassing van artikel 174, § 2, van het koninklijk besluit van 30 januari 2001 tot uitvoering van het wetboek van vennootschappen.

De sociale balans, vermeld in het eerste lid, bevat de volgende gegevens :

- 1° het aantal tewerkgestelde personeelsleden, het aantal gepresteerde uren, het personeelsverloop en de gevolgde opleidingen door het personeelslid gedurende het afgelopen boekjaar. De erkende zorgkas bezorgt eveneens de personeelskosten, gekoppeld aan deze componenten voor het boekjaar in kwestie, overeenkomstig deel I.A, deel II en deel IV van de sociale balans, vermeld in het eerste lid;
- 2° de kosten die aan de erkende zorgkas aangerekend worden voor tijdelijk tewerkgestelde personeelsleden, uitzendkrachten en personen die taken hebben uitgevoerd voor de zorgkas, maar die geen arbeidsovereenkomst met de zorgkas hebben. Deze kosten worden gekoppeld aan het aantal tewerkgestelde personen en het aantal gepresteerde uren voor de zorgkas, overeenkomstig deel I.B van de sociale balans, vermeld in het eerste lid.

Deel 4. — Verplichtingen voor de gebruiker

TITEL 1. — Het lidmaatschap van de Vlaamse sociale bescherming

HOOFDSTUK 1. — Aansluiting

Afdeling 1. — Aansluitingsplicht of vrijwillige aansluiting voor de personen, vermeld in artikel 29, § 2, tweede lid of vierde lid van het decreet van 24 juni 2016

Art. 40. Een persoon als vermeld in artikel 29, § 2, tweede lid of vierde lid, van het decreet van 24 juni 2016, heeft gebruikgemaakt van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging als hij aan een van de volgende voorwaarden voldoet :

- 1° onmiddellijk voor zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad gewerkt hebben in een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of in Zwitserland;
- 2° onmiddellijk voor zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad gewoond hebben in een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of in Zwitserland;
- 3° tijdens zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verhuisd zijn van een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of van Zwitserland.

*Afdeling 2. — Termijnen voor aansluiting**Onderafdeling 1. — Aansluitingsplicht*

Art. 41. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 29, § 1, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016, sluit zich vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aan bij een zorgkas van zijn keuze. Als die persoon zich niet aansluit vóór 1 juli van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, wordt hij automatisch aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar waarop hij zich had moeten aansluiten.

De eerste en tweede bijdrage kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon de leeftijd van 26 jaar bereikt, zonder dat de persoon een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oploopt en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede bijdrage bepalen.

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

De personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied komen wonen, kunnen de eerste en tweede bijdrage betalen tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oplopen, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede bijdrage bepalen.

De personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied komen wonen, kunnen de eerste, tweede en derde bijdrage betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oplopen, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste, de tweede en derde bijdrage bepalen.

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 29, § 2, eerste en tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, sluit zich aan bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de bijdragen betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het agentschap het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oplopen, en zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016.

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

Onderafdeling 2. — Vrijwillige aansluiting

Art. 42. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 29, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, kan zich met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De eerste en tweede bijdrage kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon 26 jaar is geworden, zonder dat die persoon een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oploopt. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede bijdrage bepalen.

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

De personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komen wonen, kunnen de eerste en tweede bijdrage betalen tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin zij er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oplopen. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede bijdrage bepalen.

De personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komen wonen, kunnen de eerste, tweede en derde bijdrage betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oplopen. De minister kan de nadere voorwaarden bepalen voor de betaling van de eerste, de tweede en de derde bijdrage.

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 29, § 2, derde en vierde lid, van het decreet van 24 juni 2016, die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, kan zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de bijdragen betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het agentschap het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat die personen een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming oplopen.

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

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

In het eerste lid wordt verstaan onder Belgische militair: een militair die betaald wordt door het Belgische Ministerie van Defensie, en zijn personen ten laste.

§ 5. Elke persoon, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, die zich buiten de periodes, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, aansluit, is te laat aangesloten. De te late aansluiting gaat in op 1 januari van het jaar waarin de eerste bijdrage betaald is. In dat geval is de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 28, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, van toepassing. Ook de opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming wordt bij een laattijdige aansluiting opgelegd voor de jaren waarin de persoon zich had kunnen aansluiten en dat niet gedaan heeft.

Onderafdeling 3. — Verbod op aansluiting

Art. 43. De volgende personen mogen zich niet aansluiten bij een zorgkas :

- 1° elke persoon die zich kan beroepen op een internationaal verdrag of protocol waarbij hij wordt vrijgesteld van sociale lasten in de verdrag- of protocolsluitende staten;
- 2° de personen, vermeld in artikel 3, § 1, derde lid, van het decreet van 24 juni 2016. Deze bepaling is ook van toepassing op studenten die afkomstig zijn uit een andere lidstaat van de EU of de EER dan België, of uit Zwitserland, als ze niet Belgisch sociaal verzekerd zijn.

Art. 44. De minister bepaalt de nadere regels voor het verbod op aansluiting en de terugbetaling van bijdragen.

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

Art. 45. Elke persoon, vermeld in artikel 43, die de hoedanigheid verwerft van een persoon als vermeld in artikel 41 of 42, kan de eerste en de tweede bijdrage betalen tot en met 31 december van het jaar na de datum van wijziging van zijn hoedanigheid, zonder dat die persoon een opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringsteegemoetkoming oploopt, zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016, en zonder dat de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 28, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, van toepassing is.

Afdeling 3. — Wijze van aansluiten

Art. 46. Een persoon sluit zich aan bij de zorgkas waar hij de eerste bijdrage betaalt. De aansluiting geldt per kalenderjaar.

Art. 47. Als een persoon door verschillende zorgkassen correct gemeld wordt als lid aan het agentschap, wordt hij lid van de zorgkas, die als eerste binnen de daarvoor bepaalde termijnen aan het agentschap de aansluiting meegedeeld heeft.

De zorgkassen, vermeld in het eerste lid, kunnen, na onderling overleg ten voordele van een andere zorgkas afstand doen van het lidmaatschap van een persoon.

Afdeling 4. — Minimumwachtijd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Art. 48. Ter uitvoering van artikel 28, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, wordt de aldaar bepaalde minimumtermijn van tien jaar gewijzigd in een minimumtermijn van vijf jaar.

Afdeling 5. — Mutatie van zorgkas

Art. 49. Een lid kan muteren van zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin hij het voornemen tot mutatie heeft meegedeeld. Daarvoor vult hij het mutatieformulier in dat door het agentschap ter beschikking stelt en hij bezorgt het aan de andere zorgkas uiterlijk op vijf december van het lopende jaar.

Art. 50. Een persoon die aangesloten is bij een zorgkas, opgericht door een ziekenfonds, een landsbond of een maatschappij van onderlinge bijstand als vermeld in artikel 15, eerste lid, 1°, van het decreet van 24 juni 2016, en die tegelijk lid is van een ziekenfonds dat niet behoort tot die landsbond of maatschappij van onderlinge bijstand, kan alsnog van zorgkas muteren, in afwijking van de toepassing van artikel 49 van dit besluit.

Art. 51. De minister bepaalt de nadere regels voor de mutatie van zorgkas.

HOOFDSTUK 2. — Bijdragen voor de Vlaamse sociale bescherming

Afdeling 1. — Bedrag en inning van de bijdragen voor de Vlaamse sociale bescherming

Art. 52. In dit artikel wordt verstaan onder gezondheidsindexcijfer : het prijsindexcijfer dat berekend wordt voor de toepassing van artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen, bekrachtigd bij de wet van 30 maart 1994 houdende sociale bepalingen.

De jaarlijkse bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 30, § 1, van het decreet van 24 juni 2016, bedraagt 50 euro.

In afwijking van het tweede lid bedraagt de jaarlijkse bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming 25 euro voor de personen, die op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de bijdrage betrekking heeft, recht hebben op de verhoogde verzekeringsteegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De bedragen, vermeld in het tweede en derde lid, worden met ingang van het kalenderjaar 2017 ieder jaar op 1 januari aangepast aan de ontwikkeling van het gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april van het voorgaande jaar ten opzichte van het gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april in 2014.

Na de jaarlijkse berekening, vermeld in het vierde lid, worden de bedragen naar beneden afgerond als het eerste cijfer na de komma minder dan vijf bedraagt. De bedragen worden naar boven afgerond, als het eerste cijfer na de komma vijf of meer bedraagt.

Art. 53. De zorgkas vraagt naast de jaarlijkse bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming jaarlijks de verschuldigde bijdragen voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren van haar leden op, behalve de bijdragen die samen met de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016, door het agentschap zijn opgevraagd.

De zorgkas kan de verschuldigde bijdragen opvragen via een elektronisch bericht als het lid daarmee instemt.

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

Art. 54. Het geïnde bedrag aan bijdragen wordt toegekend aan het meest recente jaar waarvoor de bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming niet of niet volledig is betaald.

Art. 55. De zorgkas trekt niet betaalde bijdragen voor de gebruiker af van de tegemoetkomingen die aan de gebruiker worden uitbetaald, behalve de bijdragen die samen met de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016, door het agentschap zijn opgevraagd.

Art. 56. De minister bepaalt de nadere regels voor de inning van de bijdragen.

Afdeling 2. — Herinneringsbrief

Art. 57. Als een lid de jaarlijkse bijdrage na de eerste uitnodigingsbrief niet betaalt, stuurt de zorgkas uiterlijk op 30 november van hetzelfde kalenderjaar een herinneringsbrief, behalve als de jaarlijkse bijdrage met een aangetekende brief is opgevraagd.

Afdeling 3. — Aangetekende brief

Art. 58. Aan de leden die minstens twee, niet noodzakelijk opeenvolgende, bijdragen niet of onvolledig betaald hebben, vraagt de zorgkas in het jaar waarin de volgende bijdrage verschuldigd is, de verschuldigde bijdragen uiterlijk op 31 maart met een aangetekende brief op.

Aan de leden, vermeld in het eerste lid, naar wie de zorgkas onmogelijk uiterlijk op 31 maart de aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, kon sturen, vraagt de zorgkas de verschuldigde bijdragen alsnog op met een aangetekende brief, uiterlijk op 31 maart van het volgende jaar.

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

Met het oog op het opleggen van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016, bezorgt elke zorgkas aan het agentschap en volgens de voorwaarden die het agentschap vastlegt, elektronisch de gegevens van de personen aan wie een aangetekende brief als vermeld in het eerste en tweede lid, verstuurd is. Dat gebeurt uiterlijk op 15 mei van het jaar van verzending van de aangetekende brieven.

HOOFDSTUK 3. — Beëindiging van de aansluiting

Art. 59. Het lidmaatschap wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de leden die zich verplicht hebben aangesloten, niet meer onder het toepassingsgebied van het decreet van 24 juni 2016, vermeld in artikel 3 van het voormelde decreet, vallen. De jaarlijkse bijdrage blijft verschuldigd voor het lopende jaar.

Art. 60. Het lidmaatschap wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de leden die zich vrijwillig hebben aangesloten, niet meer onder het toepassingsgebied van het decreet van 24 juni 2016, vermeld in artikel 3 van het voormelde decreet, vallen. De jaarlijkse bijdrage blijft verschuldigd voor het lopende jaar.

Art. 61. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht beëindigd op 31 december van het laatste jaar waarvoor de bijdrage volledig is betaald als de leden die zich vrijwillig hebben aangesloten, daarom verzoeken.

Art. 62. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht en ambtshalve beëindigd bij de personen die zich vrijwillig hebben aangesloten, en die drie keer de jaarlijkse bijdrage niet of slechts gedeeltelijk hebben betaald. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht beëindigd op 31 december van het laatste jaar waarvoor de bijdrage volledig is betaald.

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

Art. 63. Als de persoon, vermeld in artikel 61 of 62, na de stopzetting met terugwerkende kracht van zijn lidmaatschap, zich opnieuw aansluit bij een zorgkas, blijven artikel 28, § 1, tweede lid, en de opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming, van toepassing.

Art. 64. De bijdragen van een persoon die zich bij een zorgkas vrijwillig kan aansluiten, worden door de zorgkas alleen terugbetaald als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

- 1° de persoon toont aan dat hij er op het moment van de betaling van de bijdragen niet van op de hoogte is dat de aansluiting vrijwillig is;
- 2° de persoon dient een schriftelijk verzoek in.

Deel 5. — Sanctiebepalingen : de administratieve geldboete

TITEL 1. — Gevallen waarin de administratieve geldboete wordt opgelegd

Art. 65. Met behoud van de toepassing van de opschorting met verlies van rechten bij de zorgverzekeringstegemoetkoming, wordt aan ieder lid, vermeld in artikel 41 van dit besluit, dat, overeenkomstig artikel 30, § 1, van het decreet van 24 juni 2016, drie keren, niet noodzakelijk opeenvolgende keren, de bijdrage niet of slechts gedeeltelijk heeft betaald op uiterlijk 30 april van het jaar van verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 58 van dit besluit, een administratieve geldboete opgelegd.

TITEL 2. — Vrijstellingsgronden voor de administratieve geldboete

Art. 66. De niet-betaling van de bijdrage of de gedeeltelijke betaling van de bijdrage wordt in de volgende gevallen niet in aanmerking genomen om een administratieve geldboete op te leggen :

- 1° het lid verblijft op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 58, in een gevangenis of in een inrichting of afdeling tot bescherming van de maatschappij, georganiseerd door de federale overheid, of in een forensisch psychiatrisch centrum, georganiseerd door de federale overheid. Het bewijs daarvan is een attest van de instelling in kwestie;
- 2° het lid is op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 58, vermist, afwezig verklaard of van ambtswaage afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;
- 3° het lid is op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 58, het voorwerp van budgetbegeleiding of budgetbeheer door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende instelling voor schuldbemiddeling. Het bewijs daarvan is een attest van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of van de erkende instelling;

- 4° het niet of gedeeltelijk betalen van de bijdrage is het gevolg van een fout van het agentschap, het Rijksregister of de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;
- 5° het niet of niet tijdig ontvangen van de aangetekende brief, vermeld in artikel 58, is het gevolg van een aantoonbare fout van de zorgkas. Het bewijs daarvan is een attest van de zorgkas;
- 6° het lid is een buitenlandse sociaal verzekerde of een Belgische sociaal verzekerde met woonplaats buiten het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor wie bij het agentschap een onderzoek loopt over de aansluitingsplicht;
- 7° de bijdrage wordt uiterlijk op 10 mei van het jaar van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 58, op de rekening van de zorgkas gestort;
- 8° de zorgkas heeft een volledig betaalde bijdrage van een lid ten onrechte teruggestort.

De personen worden niet aangeschreven voor een administratieve geldboete als ze bij het agentschap bekend zijn als :

- 1° van ambtswege afgevoerd;
- 2° vermist.

TITEL 3. — Procedure

Art. 67. De zorgkassen delen aan het agentschap de gegevens mee van de personen die in aanmerking worden genomen voor een administratieve geldboete. De minister bepaalt daarvoor de nadere regels.

Art. 68. De leidend ambtenaar legt de administratieve geldboete op.

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

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

TITEL 4. — Bezwaar tegen de administratieve geldboete

Art. 69. De personen aan wie een administratieve geldboete wordt opgelegd, kunnen binnen een termijn van twee maanden na de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 68, tweede lid, een bezwaarschrift indienen bij het agentschap. Het bezwaarschrift is alleen ontvankelijk als het met redenen omkleed is en als alle relevante stukken erbij gevoegd zijn. Het bezwaarschrift is opschortend.

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

TITEL 5. — Invordering

Art. 70. Als een persoon niet betaalt binnen de termijn, vermeld in artikel 68, tweede lid, zal de administratieve geldboete, in voorkomend geval verhoogd met de verschuldigde bijdragen, in het kader van de administratieve geldboete, bij dwangbevel worden ingevorderd.

De gegevens van de personen bij wie de administratieve geldboete, in voorkomend geval verhoogd met de verschuldigde bijdragen, bij dwangbevel moet worden ingevorderd, worden bezorgd aan de Vlaamse Belastingdienst.

Deel 6. — Tegemoetkomingen

TITEL 1. — Algemeen

Art. 71. De tegemoetkoming wordt uitbetaald uiterlijk voor het einde van de maand waarop ze betrekking heeft.

In afwijking van het eerste lid wordt de tegemoetkoming voor residentiële zorg van de zorgverzekering uitbetaald na de laatste dag van de maand waarop ze betrekking heeft.

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

De minister bepaalt de modaliteiten van de betaling.

Art. 72. Om aanspraak te blijven maken op een tegemoetkoming, deelt een gebruiker elke wijziging in de toestand of de zorg met een impact op de tegemoetkoming onmiddellijk aan de zorgkas meedelen.

De gebruiker is evenwel niet verplicht de wijziging, vermeld in het eerste lid, mee te delen aan de zorgkas als :

- 1° het gaat om wijzigingen van de informatiegegevens, vermeld in artikel 3, eerste lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, op voorwaarde dat die wijziging meegedeeld is aan de zorgkas;
- 2° het een gegeven betreft dat al is meegedeeld aan een andere overheid in het kader van de daar geldende reglementering en als de minister dat gegeven heeft opgenomen in een specifiek daarvoor opgestelde lijst.

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

Art. 73. § 1. Een gebruiker die alleen wegens de leeftijdsvereiste geen bijdrage kan betalen bij een zorgkas, kan aanspraak maken op een tegemoetkoming als hij voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 28 van het decreet van 24 juni 2016.

Een gebruiker als vermeld in het eerste lid, wordt voor de duur van de beslissing tot tegemoetkoming geacht aangesloten te zijn bij een zorgkas van zijn keuze als vermeld in artikel 28, § 1, eerste lid, 1°, van het decreet van 24 juni 2016. Zolang hij niet voldoet aan de leeftijdsvereiste om een bijdrage te betalen, hoeft hij die niet te betalen.

De voorwaarde, vermeld in artikel 28, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, is niet van toepassing op een gebruiker als vermeld in het eerste lid.

§ 2. Om aanspraak te kunnen maken op de rechten, vermeld in het decreet van 24 juni 2016, moet bij een gebruiker die jonger dan 18 jaar is, minstens één ouder of de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker aangesloten zijn bij een zorgkas. Die voorwaarde geldt zodra een van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger minstens 27 jaar is.

De voorwaarde, vermeld in het eerste lid, is niet van toepassing als en zolang geen van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger bij de Vlaamse sociale bescherming mag aansluiten.

Van de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, kan bij beslissing van het agentschap worden afgeweken op basis van aangetoonde behartenswaardigheid, na advies van de bezwaarcommissie, vermeld in artikel 130.

Art. 74. De minister kan de regels bepalen voor de uitvoering van de uitbetaling.

TITEL 2. — Cumulatie van tegemoetkomingen voor verschillende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming

Art. 75. De zorgverzekeringstegemoetkoming, het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zijn onderling cumuleerbaar.

TITEL 3. — Terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen

Art. 76. § 1. De zorgkas deelt haar beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen of in mindering te brengen met een aangetekende brief aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee. De beslissing vermeldt minstens :

- 1° dat de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen in mindering kunnen worden gebracht van toekomstige tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming;
- 2° de mogelijkheid voor de gebruiker of zijn vertegenwoordiger om bij het agentschap een bezwaar tegen de terugvordering of inminderingbrenging in te dienen.

De minister bepaalt welke vermeldingen de beslissing, vermeld in het eerste lid, nog moet bevatten.

§ 2. De zorgkas kan voor de verzending van de aangetekende brief, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, een brief naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger sturen met de vermeldingen, vermeld in paragraaf 1, eerste lid. Als de gebruiker niet binnen een maand op de brief reageert, verstuurt de zorgkas een aangetekende brief als vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

Art. 77. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan met het oog op de terugbetaling van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, een afbetalingsplan aanvragen bij de zorgkas. De zorgkas beslist over dat afbetalingsplan. De zorgkas bezorgt een al of niet aangepast afbetalingsplan aan de gebruiker of deelt aan de gebruiker mee dat het afbetalingsplan niet aanvaard kan worden.

Als de gebruiker overlijdt tijdens de uitvoering van het afbetalingsplan, dan wordt er niet verder teruggevorderd, behalve in geval van arglist of bedrog.

Art. 78. De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen worden bij dwangbevel ingevorderd als :

- 1° de gebruiker, als er geen afbetalingsplan van de zorgkas is, het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet heeft terugbetaald binnen de drie maanden na de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 76, § 1;
- 2° de gebruiker het afbetalingsplan van de zorgkas niet strikt opvolgt;
- 3° de zorgkas de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet in mindering kan brengen van toekomstige tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming.

De zorgkas bezorgt de gegevens van de personen bij wie de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen bij dwangbevel moeten worden ingevorderd, via het agentschap, aan de Vlaamse Belastingdienst. Het agentschap verzaakt ambtshalve aan de terugvordering als het bedrag kleiner is dan 200 euro.

Art. 79. De zorgkas verzaakt ambtshalve aan de terugvordering van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen bij het overlijden van de gebruiker.

Als de gebruiker ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden heeft en hij in een woonzorgcentrum of in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijft, brengt de zorgkas de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen in mindering van de zorgverzekeringstegemoetkomingen. Tegelijk verzaakt de zorgkas ambtshalve aan de terugvordering van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen die niet in mindering worden gebracht van de zorgverzekeringstegemoetkomingen.

In afwijking van artikel 78, tweede lid, en het eerste en tweede lid, wordt er niet verzaakt :

- 1° in geval van bedrog of arglist;
- 2° als er bij het overlijden van de betrokkene ten onrechte uitbetaalde en nog niet uitbetaalde tegemoetkomingen bestaan. In dat geval worden de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen teruggevorderd door ze in mindering te brengen op de nog niet uitbetaalde tegemoetkomingen.

Art. 80. § 1. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing tot terugvordering of inminderingbrenging conform artikel 134, § 2, een bezwaar als vermeld in artikel 39, § 5, van het decreet van 24 juni 2016 aantekenen bij het agentschap.

Het bezwaar, vermeld in het eerste lid, kan eveneens voor de gebruiker worden ingesteld door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, vermeld in artikel 14 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of andere instanties die in het belang van de gebruiker handelen.

Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor het verstrijken van de termijn van drie maanden een bezwaar als vermeld in het eerste lid, heeft ingediend, wordt de terugvordering opgeschort tot de leidend ambtenaar over het bezwaar uitspraak heeft gedaan. Als het bezwaar wordt ingediend na de termijn van drie maanden, wordt het bezwaar onontvankelijk verklaard. De termijn van drie maanden begint te lopen vanaf de dag van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 76, § 1.

§ 2. De leidend ambtenaar beslist over het bezwaar na het advies van de bezwaarcommissie, vermeld in artikel 130, en met toepassing van de bepalingen van artikel 135 en 136. De leidend ambtenaar heeft de mogelijkheid om de betaling van de bedragen te verzaken of ze te beperken als de gebruiker ofwel zich door de toepassing van de terugvordering onder de armoedegrens, vermeld in de European Union – Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), bevindt, ofwel uitzonderlijke kosten ten gevolge van zijn verminderde zelfredzaamheid heeft.

De minister bepaalt wat onder uitzonderlijke kosten als vermeld in het eerste lid, kan vallen.

§ 3. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor het verstrijken van de termijn van drie maanden, vermeld in artikel 39, § 5, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend heeft tegen de beslissing na bezwaar, wordt de terugvordering opnieuw opgeschort tot de gerechtelijke uitspraak definitief is geworden.

Art. 81. De zorgkas waarvan de gebruiker lid is op het moment van de beslissing tot terugvordering, vordert de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug. Als de gebruiker nadien van zorgkas verandert, blijft de zorgkas waarvan de gebruiker lid was op het moment van de beslissing tot terugvordering, met de terugvordering van de nog niet geïnde tegemoetkomingen belast.

In geval van meervoudige betaling bij verschillende zorgkassen vorderen de zorgkassen waarvan de betrokkene geen lid is, de bedragen terug.

Art. 82. De zorgkas is financieel verantwoordelijk voor de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen die het gevolg zijn van een fout van de zorgkas waarvan de gebruiker zich geen rekenschap kon geven en waarvan de zorgkas geen melding aan de gebruiker heeft gemaakt binnen de twee maanden. In geval van betwisting oordeelt het agentschap.

Het agentschap is financieel verantwoordelijk voor andere ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen dan de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, als die niet teruggevorderd kunnen worden bij de gebruiker of in mindering gebracht kunnen worden op een tegemoetkoming van de gebruiker.

BOEK 2. — De zorgverzekeringstegemoetkoming

Deel 1. — Algemene bepaling

Art. 83. Boek 2 is van toepassing op de zorgverzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 1°, van het decreet van 24 juni 2016.

Deel 2. — Voorwaarden

TITEL 1. — Verblijfsvoorwaarden

HOOFDSTUK 1. — *Residentiële zorg*

Art. 84. Om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming voor residentiële zorg als vermeld in artikel 85, moet de gebruiker in een van de volgende voorzieningen verblijven :

- 1° in een door de Vlaamse Regering erkende of in een daarmee gelijkgestelde residentiële voorziening als vermeld in artikel 43, eerste lid, 2°, van het decreet van 24 juni 2016;
- 2° in een voorziening verblijven die een aanvraag tot erkenning als residentiële voorziening bij de Vlaamse Gemeenschap heeft ingediend.

De zorgkas voert de tegemoetkomingen voor de personen die in een voorziening als vermeld in het eerste lid, 2°, verblijven, met terugwerkende kracht uit vanaf het moment dat de voorziening een erkende residentiële voorziening is.

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

- 1° hij heeft een verblijfsovereenkomst met de voorziening bij verblijf in een woonzorgcentrum;
- 2° hij is opgenomen in een psychiatrisch verzorgingstehuis en is niet langer dan een volledige kalendermaand afwezig.

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

De minister bepaalt de nadere regels voor de voorwaarden voor tegemoetkoming voor residentiële zorg, vermeld in het eerste tot en met het vierde lid.

Art. 85. De volgende instellingen worden beschouwd als erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorzieningen :

- 1° de woonzorgcentra;
- 2° de psychiatrische verzorgingstehuizen;
- 3° de in België maar niet in het Nederlandse taalgebied gevestigde voorzieningen, die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbieden als de voorzieningen, vermeld in punt 1° en 2°, en die hun activiteiten op rechtmatige wijze verrichten;
- 4° de niet in België gevestigde voorzieningen en professionele zorgverleners die in een andere lidstaat van de Europese Gemeenschap of van de Europese Economische Ruimte dan België of in Zwitserland gevestigd zijn, die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbieden als de voorzieningen, vermeld in punt 1° en 2°, en die hun activiteiten op rechtmatige wijze verrichten in de lidstaat van vestiging.

HOOFDSTUK 2. — *Mantel- en thuiszorg*

Art. 86. § 1. De tegemoetkomingen worden geschorst voor de periode dat een gebruiker in een gevangenis is opgesloten of in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 37 van het decreet van 24 juni 2016, is opgenomen.

De tegemoetkomingen worden niet uitgevoerd vanaf de eerste dag van de maand na de start van de opsluiting of de opname, vermeld in het eerste lid, tot het einde van de maand waarin de opsluiting of opname beëindigd wordt.

§ 2. Om aanspraak te kunnen maken en te blijven maken op een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg mag een gebruiker op de datum van de aanvraag niet verblijven in een ziekenhuis, tenzij de indicatiestelling plaatsvindt op een ogenblik waarop een gebruiker in het thuismilieu verblijft. Deze voorwaarde vervalt in het geval van een herziening of verlenging.

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

TITEL 2. — Voorwaarde van langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid**HOOFDSTUK 1. — Attest**

Art. 87. § 1. Met een attest kan een gebruiker in aanmerking genomen worden voor een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg als aan een van de volgende criteria is voldaan :

- 1° minstens score 13 op de BelRAI screener, of minstens 6 punten op de som van de modules IADL en ADL van de BelRAI screener afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;
- 2° minstens score 35 op de BEL-profielschaal, afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;
- 3° minstens score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;
- 4° minstens score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkomingen en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden;
- 5° bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3;
- 6° minstens score C op de Katz-schaal in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf;
- 7° een kine-E-attest bij een verlenging op het moment dat een gebruiker minstens ononderbroken en gedurende drie jaar over een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg beschikt op basis van een indicatiestelling met de BEL-profielschaal. Een dergelijke positieve beslissing tot verlenging kan ook met een kine-E-attest telkens opnieuw verlengd worden.

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

§ 2. Om een tegemoetkoming voor residentiële zorg te verkrijgen, bewijst een verblijfsattest dat een gebruiker getroffen is door een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid.

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

- 1° een attest van de voorziening waarop minstens de datum van opname wordt vermeld;
- 2° een attest op basis van een score op de Katz-schaal in een woonzorgcentrum.

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

HOOFDSTUK 2. — Indicatiestelling

Art. 88. Bij gebrek aan het attest, vermeld in hoofdstuk 1, toont een indicatiestelling de graad van de verminderde zelfredzaamheid om een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg te verkrijgen, bij gebruikers die ouder zijn dan vijf jaar.

Art. 89. Bij een indicatiestelling kan een gebruiker in aanmerking genomen worden voor een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg als aan een van de volgende criteria is voldaan :

- 1° minstens 35 punten op de BEL-profielschaal, als een gebruiker achttien jaar of ouder is;
- 2° minstens 10 punten op het blok lichamelijke A.D.L. van de BEL-profielschaal als een gebruiker tussen vijf en achttien jaar oud is;
- 3° als een gebruiker achttien jaar of ouder is, minstens 13 punten op de BelRAI screener, of minstens 6 punten op de som van de modules IADL en ADL van de BelRAI screener.

De BelRAI screener, vermeld in het eerste lid, 3°, kan alleen in aanmerking worden genomen voor een tegemoetkoming als de persoon die de indicatiestelling uitvoert, een van de volgende opleidingen gevolgd heeft :

- 1° een opleiding over het uitvoeren van evaluaties met de BelRAI-screener gevolgd heeft bij een instantie die aantoonbaar over die expertise beschikt;
- 2° een opleiding over het uitvoeren van evaluaties met de BelRAI-screener gevolgd heeft bij een persoon die een opleiding als vermeld in punt 1°, heeft gevolgd.

De minister bepaalt hoe een instantie als vermeld in het tweede lid, 1°, de expertise kan aantonen.

De minister kan de nadere regels bepalen voor de organisatie en de inhoud van de opleiding, vermeld in het tweede lid.

Art. 90. De volgende voorzieningen zijn voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd als gemachtigde indicatiesteller :

- 1° de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- 2° de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in artikel 5 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;
- 3° de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, vermeld in artikel 14 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

Art. 91. Een indicatiestelling die uitgevoerd wordt binnen een jaar na een eerdere indicatiestelling die niet voldoet aan de criteria, vermeld in artikel 89, eerste lid, 1°, 2° of 3°, geldt niet als bewijs voor een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid.

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

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

Art. 92. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kiest een gemachtigde indicatiesteller. De indicatiestellingen worden met de BEL-profiel-schaal of de BelRAI-screener uitgevoerd door de personen die in de voorzieningen werken, die als gemachtigde indicatiestellers optreden. De persoon die de indicatiestelling uitvoert, heeft een van de volgende diploma's :

- 1° bachelor in het studiegebied gezondheidszorg;
- 2° bachelor in het studiegebied sociaal-agogisch werk;
- 3° bachelor in de gezinswetenschappen;
- 4° een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming gelijkgesteld is met een diploma, als vermeld in punt 1°, 2° of 3°.

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

Art. 93. Bij een gebruiker die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die niet over een attest beschikt, wordt de indicatiestelling uitgevoerd conform artikel 92.

Art. 94. Voor de gebruiker, vermeld in artikel 93, stelt het agentschap het formulier "beschrijvend verslag" ter beschikking. Dat beschrijvend verslag wordt ingevuld door een erkende arts in het woonland. De indicatiestelling vindt plaats op basis van het ingevulde beschrijvende verslag.

Art. 95. De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de indicatiestelling.

Deel 3. — Automatische toekenning en aanvraag

Art. 96. Bij gebrek aan een automatische toekenning als vermeld in artikel 2, eerste lid, dient de gebruiker een aanvraag van een tegemoetkoming in bij de zorgkas waarbij hij aangesloten is. Daarvoor vult hij het aanvraagformulier in dat het agentschap ter beschikking stelt. Een gebruiker ondertekent het formulier en de zorgkas dateert het aanvraagformulier.

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

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

Art. 97. De personen, vermeld in artikel 3, § 2, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, van het decreet van 24 juni 2016 kunnen een aanvraag voor tegemoetkoming met terugwerkende kracht indienen tot op zijn vroegst de dag waarop zij zich hadden moeten of kunnen aansluiten. De voorwaarde daarvoor is dat een gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag bij de zorgkas indient uiterlijk op 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het agentschap het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin een persoon voor het eerst opgenomen is.

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

Deel 4. — Beslissing over de tegemoetkoming

TITEL 1. — Nemen van de beslissing

Art. 98. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen bij het agentschap conform de bepalingen van artikel 134, een bezwaarschrift indienen, binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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

Art. 99. Als een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen zestig dagen bij gebrek aan bewijs van een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid, brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger daarvan schriftelijk op de hoogte.

In het geval, vermeld in het eerste lid, wordt de termijn van zestig dagen verlengd met dertig dagen.

Art. 100. De termijnen waarbinnen een zorgkas moet beslissen, vermeld in artikel 44, § 1, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016, en in artikel 99, tweede lid, van dit besluit, zijn bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, niet van toepassing.

Art. 101. De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissing over de tegemoetkoming, vermeld in artikel 98 en 99.

TITEL 2. — Opschorting met verlies van rechten

Art. 102. Met behoud van de toepassing van artikel 41 en 42, schort de zorgkas de uitvoering van de zorgverzekerings tegemoetkoming met verlies van rechten voor vier maanden op, conform artikel 10, § 3, eerste lid, van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, voor elk jaar dat de ledenbijdrage uiterlijk op 31 december van dat jaar niet of niet volledig betaald is.

Art. 103. In de volgende situaties wordt de niet-betaling van de ledenbijdrage, de gedeeltelijke betaling van de ledenbijdrage of de laattijdige betaling van de ledenbijdrage niet in aanmerking genomen voor de opschorting met verlies van rechten :

- 1° het lid is ononderbroken en minstens van 1 maart tot en met 30 april van het jaar waarvoor de ledenbijdrage verschuldigd is en waarvoor de ledenbijdrage niet, gedeeltelijk of laattijdig is betaald, vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;
- 2° het niet-betalen of gedeeltelijk of laattijdig betalen van de ledenbijdrage is het gevolg van een fout van het agentschap, het Rijksregister of de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;
- 3° het niet-ontvangen of het niet tijdig ontvangen van de uitnodiging tot betaling van de ledenbijdrage is het gevolg van een aantoonbare fout van de zorgkas;
- 4° het lid is een buitenlandse sociaal verzekerde of een Belgische sociaal verzekerde met woonplaats buiten het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor wie een onderzoek loopt over de aansluitingsplicht bij het agentschap;
- 5° de zorgkas heeft een volledig betaalde ledenbijdrage van een lid ten onrechte teruggestort.

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

- 1° het lid is ononderbroken en minstens van 1 november 2005 tot en met 30 april 2006 vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;
- 2° de regularisatiebijdragen staan uiterlijk op 10 mei 2006 op de rekening van de zorgkas;
- 3° bij verandering van zorgkas op 1 januari 2006 staan de regularisatiebijdragen uiterlijk op 31 december 2006 op de rekening van de zorgkas.

De opschorting met verlies van rechten geldt niet voor de jaren waarvoor de ledenbijdrage niet verschuldigd was met toepassing van artikel 30, § 3, van het decreet van 24 juni 2016.

Art. 104. De opschorting met verlies van rechten vervalt als de gebruiker zich in een behartigenswaardige situatie bevindt. Het agentschap beslist hierover na advies van de bezwaarcommissie, vermeld in artikel 130. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger dient daarvoor een bezwaar in binnen drie maanden na de verzending van de kennisgeving door de zorgkas van de opschorting met verlies van rechten. Het agentschap biedt de mogelijkheid om de niet betaalde ledenbijdragen alsnog te betalen of om de gebruiker geheel of gedeeltelijk vrij te stellen van betaling.

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

TITEL 3. — Geldigheidsduur

Art. 105. § 1. De zorgkas beslist over de duur van de geldigheid van een positieve beslissing.

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

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

- 1° in geval van minstens een B-score op de Katz-schaal in de thuisverpleging loopt de geldigheidsduur van de beslissing voor een gebruiker die op het moment dat de beslissing ingaat, jonger is dan 75 jaar, tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en maximaal een jaar;
- 2° in geval van een attest op basis van de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, loopt de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden. Als het attest van onbepaalde duur is, geldt de positieve beslissing ook voor onbepaalde duur;
- 3° in geval van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag loopt de geldigheidsduur van de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en loopt maximaal tot het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt. De tegemoetkomingen worden verder uitgevoerd na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft, als aangetoond wordt dat voor de gebruiker een aanvraag van een integratietegemoetkoming ingediend is. Het bewijs daarvan is een kopie van de aanvraag van een integratietegemoetkoming. Als de aanvraag voor een integratietegemoetkoming niet leidt tot een attest dat de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen bewijst met het oog op een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg, vordert de zorgkas de onterecht uitbetaalde tegemoetkomingen terug, als die uitgevoerd zijn na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft;
- 4° in geval van een indicatiestelling als vermeld in artikel 88, met een duur van de langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid van minstens 36 maanden, geldt de beslissing voor onbepaalde duur, als de persoon op het moment van de indicatiestelling minstens 80 jaar oud is.

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

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

Art. 106. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder ogenblik een herziening van de positieve beslissing over de tegemoetkoming te vragen aan de zorgkas. De procedure voor de aanvraag van een tegemoetkoming is van overeenkomstige toepassing.

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

De minister bepaalt de nadere regels voor de herziening.

HOOFDSTUK 2. — Verlenging

Art. 107. De zorgkas verwittigt een gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk voor het einde van de geldigheidsduur van de beslissing tot tegemoetkoming, vermeld in artikel 105, § 2, dat de gebruiker de verlenging van de beslissing moet aanvragen, of de zorgkas brengt de gebruiker op de hoogte van een beslissing tot verlenging voor het einde van de geldigheidsduur van de beslissing.

Art. 108. De verlenging wordt automatisch toegekend als voldaan is aan de voorwaarden, vermeld in artikel 87.

Art. 109. § 1. Bij gebrek aan een automatische toekenning van de verlenging als vermeld in artikel 108, wordt de aanvraag tot verlenging van een beslissing die eerder op basis van een indicatiestelling is genomen, ingediend bij de zorgkas met een attest, een indicatiestelling of een aanvraagformulier.

§ 2. Als de automatische toekenning van de verlenging, vermeld in artikel 108, of de aanvraag tot verlenging, vermeld in paragraaf 1, is ingediend nadat de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken, kan de beslissing niet verlengd worden.

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

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

§ 4. De procedures voor de automatische toekenning en de aanvraag van een tegemoetkoming zijn van overeenkomstige toepassing op de verlenging van een beslissing die eerder op basis van een indicatiestelling is genomen.

Art. 110. § 1. De aanvraag tot verlenging van een beslissing die eerder op basis van een attest is genomen, wordt ingediend bij de zorgkas met een attest of een indicatiestelling.

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

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

§ 3. De procedure voor de aanvraag van een tegemoetkoming is van overeenkomstige toepassing op de verlenging van een beslissing die eerder op basis van een attest is genomen.

Art. 111. De positieve beslissing tot verlenging, vermeld in artikel 108, 109 en 110, treedt in werking op de eerste dag van de maand na de maand waarin de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken. Na afloop van de vorige beslissing worden er geen tegemoetkomingen uitbetaald, zolang de zorgkas geen positieve beslissing tot verlenging heeft genomen.

De termijnen waarin een zorgkas over de verlenging moet beslissen, vermeld in artikel 109 en 110, zijn bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, niet van toepassing.

De termijnen, vermeld in artikel 109 en 110, gelden niet voor een verlenging van de beslissing op basis van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag.

Art. 112. De minister bepaalt de nadere regels voor de verlenging.

HOOFDSTUK 3. — Stopzetting

Art. 113. De zorgkas zet een beslissing stop als een gebruiker niet meer aan de voorwaarden voldoet.

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

- 1° een gebruiker met een tegemoetkoming voor residentiële zorg niet meer aan de verblijfsvoorwaarden, vermeld in 87, paragraaf 2 van dit besluit, voldoet;
- 2° een gebruiker niet meer aan de voorwaarden van administratieve aard, vermeld in artikel 28 van het decreet van 24 juni 2016 voldoet;
- 3° de zorgkas de beslissing tot stopzetting neemt, als een gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg niet meer voldoet aan de voorwaarde van langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid, vermeld in artikel 42 van het decreet van 24 juni 2016.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing conform de bepalingen van artikel 130 tot en met artikel 136 een bezwaar aantekenen bij het agentschap binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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

TITEL 5. — Verandering van zorgvorm

Art. 114. Een gebruiker die een tegemoetkoming krijgt en wil veranderen van zorgvorm, deelt dat zelf of via zijn vertegenwoordiger schriftelijk mee aan de zorgkas. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De zorgkas beslist conform artikel 105 over de duur en de geldigheid van de beslissing.

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

Bij de verandering van residentiële zorg in mantel- en thuiszorg gaat de tegemoetkoming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de maand na de maand waarin een gebruiker een erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verlaten heeft.

Art. 115. Als een aanvraag van de verandering van zorgvorm in residentiële zorg wordt ingediend voor er een beslissing is genomen over een voorafgaande aanvraag van mantel- en thuiszorg, dan kunnen beide aanvragen aanvaard worden. De voorwaarde is de dat betrokkene voor de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag van mantel- en thuiszorg wordt opgenomen in een residentiële voorziening met minimaal een B-forfait op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting.

Art. 116. Als een gebruiker, bij de verandering van thuiszorg in residentiële zorg, tijdens de eerste volle maand van zijn verblijf in de residentiële voorziening overlijdt, wordt de tegemoetkoming voor residentiële zorg voor de maand van overlijden alsnog uitbetaald.

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

Art. 117. De minister bepaalt de nadere regels voor de verandering van zorgvorm.

TITEL 6. — Uitvoering van de tegemoetkomingen**HOOFDSTUK 1. — Bepaling over de cumulatie van zorgvormen**

Art. 118. De tegemoetkomingen voor mantel- en thuiszorg en residentiële zorg zijn niet cumuleerbaar.

HOOFDSTUK 2. — Retroactieve tegemoetkomingen

Art. 119. Retroactieve tegemoetkomingen als vermeld in artikel 33 van het decreet van 24 juni 2016 worden uitgevoerd onder de volgende voorwaarden :

- 1° retroactieve tegemoetkomingen zijn beperkt tot maximaal zes maanden;
- 2° de eerste maand retroactieve tegemoetkoming wordt niet uitgevoerd. Deze termijn van de eerste maand is begrepen in de opschorting met verlies van rechten.

Er is sprake van retroactieve tegemoetkomingen als de aanvraagdatum in een maand valt die volgt op de datum van het recht op de opening van een tegemoetkoming, vermeld in artikel 47, eerste lid, 1° en 2°, van het decreet van 24 juni 2016.

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

TITEL 7. — Cumulatie van de tegemoetkoming met andere wettelijke of decretale bepalingen

Art. 120. De tegemoetkoming wordt geschorst, als de gebruiker aan één van de volgende voorwaarden voldoet :

- 1° hij beschikt over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in het decreet van 25 april 2014;
- 2° hij doet een beroep op een persoonlijke assistentiebudget;
- 3° hij verblijft volgens het protocol van verblijf voltijds in een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap, erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- 4° hij is ingeschreven in een internaat of een opvangcentrum van een medisch pedagogisch instituut van het Gemeenschapsonderwijs;
- 5° hij verblijft in een residentiële gehandicaptenvoorziening die in België door een andere overheid dan de Vlaamse overheid erkend is;
- 6° hij verblijft in een niet in België gevestigde residentiële gehandicaptenvoorziening die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbiedt als een voorziening als vermeld in punt 5°.

Art. 121. De tegemoetkomingen, vermeld in artikel 120, worden geschorst vanaf de eerste dag van de maand na de start van het budget, de inschrijving of het verblijf, vermeld in het eerste lid, tot het einde van de maand van het budget, de inschrijving of het verblijf, als de melding aan de zorgkas voor of op de startdatum van het budget wordt gedaan.

Art. 122. Als de melding aan de zorgkas van de start van het budget, de inschrijving of het verblijf, vermeld in artikel 120, na de startdatum wordt gedaan, schorst de zorgkas de tegemoetkomingen vanaf de eerste dag van de maand van de melding.

Art. 123. In afwijking van artikel 120, 3° en 4°, en tot zolang hij niet beschikt over een budget voor niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 120, 1°, kan de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg gedurende één maand uitgevoerd worden als de betrokkene aan al de volgende voorwaarden voldoet :

- 1° hij is gedurende meer dan dertig dagen uit de voorziening afwezig in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus;
- 2° hij had recht op de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg op 31 augustus.

In afwijking van artikel 120, 3° en 4°, en tot zolang hij niet beschikt over een budget voor niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 120, 1°, kan de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg gedurende twee maanden uitgevoerd worden als de betrokkene aan al de volgende voorwaarden voldoet :

- 1° hij is gedurende meer dan honderd dagen uit de voorziening afwezig in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus;
- 2° hij had recht op de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg op 31 augustus.

Art. 124. De minister bepaalt de nadere regels voor de cumulatie van de tegemoetkomingen.

Deel 5. — Controle op de indicatiestelling

Art. 125. Een controleorgaan kan bij een gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg de graad van zorgbehoefte controleren.

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

De minister stelt het controleorgaan aan.

Art. 126. Voor de personen die de controles uitvoeren, gelden dezelfde diplomaveren als voor de personen die de indicatiestellingen uitvoeren.

Art. 127. Het controleorgaan bezorgt het resultaat van de indicatiestelling onmiddellijk aan de zorgkas en aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Art. 128. § 1. De zorgkas neemt een beslissing op basis van de indicatiestelling, vermeld in artikel 127.

De bepalingen over het nemen van een beslissing door de zorgkas, vermeld in artikel 98 en 105, zijn van overeenkomstige toepassing.

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

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

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing een bezwaar indienen bij het agentschap conform de bepalingen van artikel 130 tot en met artikel 136, binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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

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

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

Art. 129. De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de controle, vermeld in artikel 125.

Deel 6. — Bezwaar

Art. 130. § 1. De bezwaarschriften worden voor advies voorgelegd aan een door de minister samen te stellen bezwaarcommissie. De minister kan bij de bezwaarcommissie kamers instellen.

§ 2. De bezwaarcommissie of, als er met toepassing van paragraaf 1 kamers zijn ingesteld, elke kamer van de bezwaarcommissie, is samengesteld uit een voorzitter en vier leden, en hun plaatsvervangers. De voorzitter en zijn plaatsvervanger moeten beschikken over een diploma van doctor of master in de rechten. Onder de overige leden zijn minstens de volgende kwalificaties aanwezig :

- 1° doctor in de geneeskunde;
- 2° bachelor in de verpleegkunde;
- 3° maatschappelijk assistent.

De voorzitter en de leden van de bezwaarcommissie worden door de minister benoemd voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

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

Art. 131. Een kamer van de bezwaarcommissie is gemachtigd de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid van een gebruiker vast te stellen.

Art. 132. De bezwaarcommissie regelt haar werking in een door de minister goed te keuren huishoudelijk reglement. Als binnen de bezwaarcommissie verschillende kamers zijn ingesteld, wordt het huishoudelijk reglement of de wijziging ervan in verenigde kamers besproken.

Art. 133. Een kamer van de bezwaarcommissie kan alleen een geldig advies uitbrengen als de voorzitter en ten minste twee leden, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn. De bezwaarcommissie beslist bij gewone meerderheid. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter of zijn plaatsvervanger doorslaggevend.

Art. 134. § 1. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan een bezwaarschrift indienen bij het agentschap tegen elke beslissing van de zorgkas over een tegemoetkoming.

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

- 1° het is met redenen omkleed;
- 2° alle relevante stukken zijn erbij gevoegd;
- 3° het bezwaarschrift is binnen de vastgestelde termijn aan het agentschap bezorgd.

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

Als er relevante stukken als vermeld in het eerste lid, 2°, bij de indiening van het bezwaarschrift ontbreken, vraagt het agentschap die stukken op bij de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met een aangetekende brief. De voormelde brief vermeldt welke stukken moeten worden bezorgd en de termijn van een maand, waarbinnen ze moeten worden bezorgd. Als de relevante stukken niet binnen een maand na de verzending van de aangetekende brief aan het agentschap worden bezorgd, is het bezwaarschrift onontvankelijk. Die termijn wordt op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, gevraagd binnen die termijn, met een maand verlengd.

De minister bepaalt hoe het bezwaarschrift aan het agentschap wordt bezorgd.

Art. 135. Als het bezwaar ontvankelijk is, bezorgt het agentschap het bezwaarschrift binnen vijftien dagen na ontvangst aan de bezwaarcommissie. Binnen dezelfde termijn deelt het agentschap aan de zorgkas mee dat een ontvankelijk bezwaar is ingediend. De zorgkas kan vragen om gehoord te worden.

Art. 136. Een kamer van de bezwaarcommissie verleent haar gemotiveerde advies aan het agentschap binnen de drie maanden na de ontvangst van het bezwaarschrift.

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

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

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

BOEK 3. — Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

Deel 1. — Algemene bepaling

Art. 137. Boek 3 van dit besluit is van toepassing op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, vermeld in artikel 4, eerste lid, 2°, van het decreet van 24 juni 2016.

Deel 2. — Voorwaarden

TITEL 1. — Verminderde zelfredzaamheid

Art. 138. § 1. De verminderde zelfredzaamheid wordt gemeten aan de hand van de medisch-sociale schaal en de handleiding daarbij, gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 juli 1987 tot vaststelling van de categorieën en van de handleiding voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, en volgens welke rekening wordt gehouden met de volgende factoren :

- 1° verplaatsingsmogelijkheden;
- 2° mogelijkheden om zijn voedsel te nuttigen of te bereiden;
- 3° mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden;
- 4° mogelijkheid om zijn woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten;
- 5° mogelijkheid om te leven zonder toezicht, bewust te zijn van gevaar en gevaar te kunnen vermijden;
- 6° mogelijkheid tot communicatie en sociaal contact.

De minister kan de handleiding voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid, vermeld in het eerste lid, wijzigen.

§ 2. Voor ieder van de factoren, vermeld in paragraaf 1 eerste lid, wordt als volgt een aantal punten toegekend naar gelang van de graad van zelfredzaamheid van de persoon met een verminderd zelfzorgvermogen :

- 1° geen moeilijkheden, geen bijzondere inspanning en geen bijzondere hulpmiddelen : 0 punten;
- 2° beperkte moeilijkheden of beperkte bijkomende inspanning of beperkt beroep op bijzondere hulpmiddelen : 1 punt;
- 3° grote moeilijkheden of een grote bijkomende inspanning of uitgebreid beroep op bijzondere hulpmiddelen : 2 punten;
- 4° onmogelijk zonder hulp van derden, zonder opvang in een aangepaste voorziening of zonder volledig aangepaste omgeving : 3 punten.

De toegekende punten worden samengeteld en naar gelang van dat totaal behoort de persoon met een verminderde zelfredzaamheid tot een van de categorieën als vermeld in artikel 50 van het decreet van 24 juni 2016.

TITEL 2. — Inkomen en gezinssamenstelling

Art. 139. § 1. Voor de persoon met een verminderde zelfredzaamheid die behoort tot de categorie A, wordt een bedrag van 13.395,42 euro van het inkomen niet in aanmerking genomen. Voor de persoon met een verminderde zelfredzaamheid die behoort tot de categorie B, wordt een bedrag van 16.738,72 euro van het gezinssinkomen niet in aanmerking genomen.

De bedragen, vermeld in het eerste lid, worden gekoppeld aan de schommelingen van het indexcijfer van de consumptieprijzen overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening gehouden moet worden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de werknemers, alsook de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen. Het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2015 houdende de indexering van subsidies, forfaits en tegemoetkomingen is van toepassing op die koppeling.

Voor de toepassing van het eerste lid worden de geldende bedragen genomen op de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 156 of 168, of op de eerste dag van de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot ambtshalve herziening, vermeld in artikel 170 en 171.

§ 2. De volgende personen behoren tot de volgende categorieën :

- 1° de categorie A : de personen met een verminderde zelfredzaamheid die niet behoren tot de categorie B;
- 2° de categorie B : de personen met een verminderde zelfredzaamheid die zich in een van de volgende gevallen bevinden :
 - a) ze vormen een gezin, met uitzondering van de personen die in een religieuze gemeenschap leven;
 - b) ze hebben een of meer kinderen ten laste.

Het tegenbewijs met betrekking tot de categorie, vermeld in het eerste lid, kan met alle mogelijke middelen door de gebruiker aan zijn zorgkas of door de zorgkas worden geleverd.

§ 3. Onder gezin als vermeld in paragraaf 2, eerste lid, 2°, a) wordt verstaan elke vorm van samenwonen van twee personen die geen bloed- of aanverwant zijn in de eerste, tweede of derde graad. Deze personen hebben hun hoofdverblijfplaats op hetzelfde adres. Het tegenbewijs kan met alle mogelijke middelen door de gebruiker aan zijn zorgkas of door de zorgkas worden geleverd.

De persoon die geplaatst is in een opvanggezin en de opvangouders worden als bloedverwant in de eerste graad beschouwd.

Als een van de leden van het gezin opgesloten is in een gevangenis of opgenomen is in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 37 van het decreet van 24 juni 2016, dan houdt het gezin op te bestaan.

§ 4. Onder kind ten laste als vermeld in paragraaf 2, eerste lid, 2°, b) wordt verstaan een persoon jonger dan 25 jaar :

- 1° voor wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt kinderbijslag ontvangt;
- 2° voor wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt onderhoudsgeld ontvangt, zoals vastgesteld bij een vonnis of bepaald in een overeenkomst in het kader van een procedure tot echtscheiding met onderlinge toestemming;
- 3° voor wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt onderhoudsgeld betaalt, zoals vastgesteld bij een vonnis of bepaald in een overeenkomst in het kader van een procedure tot echtscheiding met onderlinge toestemming;
- 4° op wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, past, zoals vastgesteld bij een vonnis of bepaald in een overeenkomst in het kader van een procedure tot echtscheiding met onderlinge toestemming, terwijl de ex-partner de kinderbijslag ontvangt.

De persoon die geplaatst is in een opvanggezin wordt gelijkgesteld met een kind ten laste als vermeld in paragraaf 3.

§ 5. Per gezin kan maar één persoon een vrijstelling krijgen die overeenstemt met de categorie B. Als twee personen met een verminderde zelfredzaamheid in een gezin tot de categorie B behoren, krijgt elk van hen een vrijstelling die gelijk is aan de helft van de vrijstelling die overeenstemt met categorie B.

TITEL 3. — Bepaling van het inkomen

HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen

Art. 140. § 1. De tegemoetkoming wordt toegekend op basis van het resultaat van een onderzoek naar het inkomen. Met behoud van de toepassing van paragraaf 2, worden alle inkomsten, ongeacht de aard of de oorsprong ervan, waarover de persoon met een verminderde zelfredzaamheid en eventueel de persoon met wie hij een gezin vormt, beschikt, in aanmerking genomen.

Als twee personen met een verminderde zelfredzaamheid in een gezin tot de categorie B behoren, wordt voor elk van beide personen rekening gehouden met de helft van het gezinsinkomen.

§ 2. Voor de berekening van het inkomen wordt er geen rekening gehouden met :

- 1° de gezinsbijslagen;
- 2° de onderhoudsgelden tussen ascendenten en descendenten;
- 3° de frontstreden- en gevangenschapsrenten, en evenmin met de renten die verbonden zijn aan een nationale orde op grond van een oorlogsfeit;
- 4° de volgende tegemoetkomingen aan personen met een handicap die toegekend zijn aan de persoon met wie de persoon met een verminderde zelfredzaamheid een gezin vormt :
 - a) een integratietegemoetkoming of een inkomensvervangende tegemoetkoming als vermeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;
 - b) een gewone tegemoetkoming of een bijzondere tegemoetkoming krachtens de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;
 - c) een tegemoetkoming voor hulp aan derden, overeenkomstig artikel 2 van de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;
 - d) een aanvullende tegemoetkoming of een tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgde inkomen voor bejaarden;
- 5° het vakantiegeld en het aanvullende vakantiegeld dat betaald wordt ten laste van de pensioenregeling voor de werknemers, de bijzondere bijslag die betaald wordt ten laste van de pensioenregeling van zelfstandigen, en evenmin met het vakantiegeld ten laste van de pensioenregeling van de openbare sector;
- 6° de vergoedingen die in het kader van de plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen toegekend worden aan de persoon met wie de persoon met een verminderde zelfredzaamheid een gezin vormt;
- 7° het deel van het pensioen dat overeenstemt met het bedrag van het aan de echtgenoot of ex-echtgenoot betaalde onderhoudsgeld door de van tafel en bed gescheiden, de feitelijk of uit de echt gescheiden persoon met een verminderde zelfredzaamheid die een pensioen krijgt, als de verplichting tot het betalen van het onderhoudsgeld bij gerechtelijke beslissing is vastgesteld;

- 8° de vergoedingen die door de Duitse overheid bij wijze van schadeloosstelling worden betaald voor de gevangenhouding tijdens de Tweede Wereldoorlog;
- 9° de vergoedingen die worden toegekend met toepassing van de artikelen 10 en 11 van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers, voor zover die vergoedingen voldoen aan de voorwaarden vermeld in artikel 10, eerste en derde lid, en artikel 11 van voormelde wet;
- 10° de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

§ 3. Voor de toepassing van dit artikel zijn de in aanmerking te nemen inkomsten de inkomsten waarop de gebruiker recht heeft op de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 156 of 168, of op de eerste dag van de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot de ambtshalve herziening, vermeld in artikel 170 en 171. Om die inkomsten het bedrag van de tegemoetkoming af te trekken, worden de bedragen van de inkomsten, vermeld in dit artikel, berekend op jaarbasis.

HOOFDSTUK 2. — *Beroepsinkomens*

Art. 141. § 1. In dit artikel wordt onder referentiejaar verstaan : het jaar-2, dat is het tweede kalenderjaar dat voorafgaat aan :

- 1° de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 156 of 168;
- 2° de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot de ambtshalve herziening, vermeld in artikel 170 en 171.

§ 2. Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, een beroepsactiviteit als werknemer uitoefent, wordt bij de berekening van het inkomen rekening gehouden met het belastbare loon van het referentiejaar.

§ 3. Voor een zelfstandige is het in aanmerking te nemen beroepsinkomen het bedrag van het inkomen, vermeld in artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende het sociaal statuut van de zelfstandigen, dat betrekking heeft op het referentiejaar.

In geval van begin of hervatting van een beroepsactiviteit als zelfstandige, wordt, zolang het eerste lid niet kan worden toegepast, en in alle gevallen waarin er niet naar een door de Administratie der Directe Belastingen vastgesteld beroepsinkomen kan worden verwezen, het beroepsinkomen in rekening gebracht dat door de gebruiker of, in voorkomend geval, door de persoon met wie hij een gezin vormt, is aangegeven. Dat inkomen kan nagezien en, in voorkomend geval, verbeterd worden op grond van gegevens die bij de Administratie der Directe Belastingen verkregen zijn.

Als de gebruiker de beroepsactiviteit als zelfstandige van de overleden persoon met wie hij een gezin vormde, voortzet, wordt het inkomen, dat deze laatste heeft verworven in de loop van het referentiejaar dat voor de vaststelling van het inkomen in aanmerking moet worden genomen, geacht door de gebruiker verworven te zijn.

§ 4. Als op de datum, vermeld in paragraaf 1, 1° of 2°, de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, de beroepsactiviteit heeft stopgezet om een pensioen of een inkomensgarantie voor ouderen te verkrijgen, dan wordt er met geen enkel beroepsinkomen meer rekening gehouden.

§ 5. Als het beroepsinkomen van het referentiejaar voortkomt uit een activiteit uitgeoefend voordat de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, gepensioneerd waren, terwijl op de datum, vermeld in paragraaf 1, 1° of 2°, die persoon of die personen een pensioen krijgen en ook een toegelaten beroepsactiviteit uitoefenen, is het bedrag van het beroepsinkomen waarmee rekening wordt gehouden, het bedrag van de toegelaten beroepsactiviteit, omgerekend op jaarbasis.

§ 6. Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, op de datum, vermeld in paragraaf 1, 1° of 2°, een vervangingsinkomen, met uitzondering van de pensioeninkomens, vermeld in artikel 142, heeft, wordt bij de berekening van het inkomen rekening gehouden met het bedrag van het referentiejaar. Het belastbare bedrag wordt in rekening genomen.

§ 7. Het inkomen dat voortkomt uit een bedrijfsafstand wordt aangerekend met toepassing van de artikelen 150 tot en met 155.

HOOFDSTUK 3. — *Pensioeninkomens*

Art. 142. § 1. Voor de berekening van het inkomen, wordt een bedrag dat gelijk is aan 90% van de pensioenen toegekend, aan de gebruiker of aan de persoon met wie hij een gezin vormt, in aanmerking genomen. De bedrijfsvoorheffing, de bijdrage voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de solidariteitsbijdrage worden niet tot het pensioen gerekend.

De volgende voordelen worden beschouwd als pensioen : de voordelen toegekend hetzij met toepassing van een Belgische verplichte pensioenregeling, ingesteld bij of krachtens een wet, een provinciaal reglement of door de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, hetzij met toepassing van een buitenlandse verplichte pensioenregeling, hetzij met toepassing van een verplichte pensioenregeling voor het personeel van een volkenrechtelijke instelling, hetzij bij wijze van vergoedingen, bijslagen of pensioenen die tot herstel of als schadeloosstelling aan oorlogsslachtoffers of hun rechtverkrijgenden worden toegekend.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het werkelijk uitgekeerde bedrag, in voorkomend geval vermeerderd met het bedrag dat overeenstemt met de vermindering in een van de volgende gevallen :

- 1° terugvordering van een onverschuldigde betaling;
- 2° schorsing ten titel van sanctie.

HOOFDSTUK 4. — *Onroerende goederen*

Art. 143. Voor de berekening van het inkomen wordt van het totale kadastraal inkomen van de bebouwde onroerende goederen, die de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, in volle eigendom of in vruchtgebruik bezitten, een bedrag van 1500 euro afgetrokken. Dat bedrag wordt verhoogd met 250 euro voor elk kind ten laste.

Art. 144. Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, alleen de volle eigendom of het vruchtgebruik bezitten van onbebouwde onroerende goederen, wordt voor de berekening van het inkomen, rekening gehouden met het bedrag van de kadastrale inkomens van die goederen, verminderd met 60 euro.

Art. 145. Bij de berekening van het inkomen, wordt rekening gehouden met :

- 1° voor de bebouwde onroerende goederen : het bedrag van het niet vrijgestelde kadastraal inkomen vermenigvuldigd met 3;
- 2° voor de onbebouwde onroerende goederen : het bedrag van het niet vrijgestelde kadastraal inkomen vermenigvuldigd met 9.

Art. 146. De onroerende goederen in het buitenland worden in aanmerking genomen overeenkomstig de bepalingen die toepasselijk zijn op de gelegen onroerende goederen in België.

In het eerste lid wordt verstaan onder kadastraal inkomen : elke soortgelijke grondslag van belasting waarin in de fiscale wetgeving van de plaats waar de goederen liggen, is voorzien.

Art. 147. Het kadastraal inkomen van een gedeelte van een onroerend goed is gelijk aan het kadastraal inkomen van het onroerend goed vermenigvuldigd met de breuk die het gedeelte van dat onroerend goed vertegenwoordigt.

Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, de hoedanigheid van eigenaar of van vruchtgebruiker in onverdeeldheid heeft, wordt vooraleer de artikelen 143 tot en met 147 worden toegepast, het kadastraal inkomen vermenigvuldigd met de breuk die de belangrijkheid uitdrukt van de rechten, in volle eigendom of in vruchtgebruik, van de gebruiker of van de persoon met wie hij een gezin vormt.

Art. 148. Als het onroerend goed met een hypotheek bezwaard is, mag het bedrag dat in aanmerking genomen is voor de vaststelling van het inkomen, verminderd worden met het jaarlijkse bedrag van de hypothecaire intresten, op voorwaarde dat :

- 1° de schuld door de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, voor eigen behoeften is aangegaan en de bestemming die aan het geleende kapitaal is gegeven, wordt bewezen;
- 2° het bewijs wordt geleverd dat de hypothecaire intresten eisbaar waren en werkelijk zijn betaald voor het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming.

Het bedrag van de vermindering mag evenwel niet hoger zijn dan de helft van het in aanmerking te nemen bedrag.

Als het onroerend goed tegen betaling van een lijfrente is verworven, wordt het bedrag, dat in aanmerking genomen is voor de vaststelling van het inkomen, verminderd met het bedrag van de lijfrente die door de gebruiker of door de persoon met wie hij een gezin vormt, werkelijk wordt betaald. Het tweede lid is van toepassing op voormelde vermindering.

HOOFDSTUK 5. — *Roerende kapitalen*

Art. 149. Voor de al dan niet belegde roerende kapitalen wordt rekening gehouden met een som die gelijk is aan 6% van de kapitalen.

HOOFDSTUK 6. — *Bijzondere bepalingen*

Art. 150. Er wordt rekening gehouden met 6% van de verkoopwaarde van de goederen op het tijdstip van de afstand, als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, roerende of onroerende goederen om niet of onder bezwarende titel heeft afgestaan in de loop van de tien jaar vóór :

- 1° de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 156 of 168;
- 2° de eerste dag van de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot de ambtshalve herziening, vermeld in artikel 170 en 171.

Art. 151. Voor de toepassing van artikel 150 wordt de verkoopwaarde van de afgestane roerende of onroerende goederen, waarvan de gebruiker of, de persoon met wie hij een gezin vormt, eigenaar of vruchtgebruiker in onverdeeldheid was, vermenigvuldigd met de breuk die de belangrijkheid van de rechten van de gebruiker of, de persoon met wie hij een gezin vormt, uitdrukt.

Voor de toepassing van deze bepalingen zal de respectievelijke waarde van het vruchtgebruik en van de naakte eigendom geraamd worden zoals bepaald in het kader van de successierechten.

Art. 152. In geval van afstand onder bezwarende titel van roerende of onroerende goederen, worden de persoonlijke schulden van de gebruiker en de persoon met wie hij een gezin vormt, afgetrokken van de verkoopwaarde van de afgestane goederen, op het ogenblik van de afstand. De persoonlijke schulden moeten dateren van vóór de afstand en moeten met de opbrengst van de afstand afgelost zijn.

Art. 153. In geval van afstand onder bezwarende titel van roerende of onroerende goederen en onverminderd de bepalingen van artikel 152 wordt, met het oog op de toepassing van artikel 150, van de verkoopwaarde van de goederen een jaarlijks abatement van 1500 euro afgetrokken.

Het aftrekbare abatement wordt berekend in verhouding tot het aantal maanden begrepen tussen de eerste van de maand die volgt op de datum van de afstand en de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming.

Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, verschillende afstanden heeft gedaan, mag het abatement maar één keer voor dezelfde periode worden toegepast.

Art. 154. Artikel 150 tot en met 153 zijn niet van toepassing op de opbrengst van de afstand als die opbrengst geheel of gedeeltelijk nog in het in aanmerking te nemen vermogen wordt teruggevonden. Op de voormelde opbrengst zijn, naargelang van het geval, artikel 143 tot en met 149 van toepassing.

Art. 155. Als een roerend of onroerend goed tegen lijfrente is afgestaan, wordt een bedrag in rekening gebracht dat, gedurende de eerste tien jaar die volgt op de afstand, berekend wordt conform de bepalingen van artikel 150 tot en met 154. Dat bedrag mag nochtans niet lager zijn dan het bedrag van de lijfrente. Na de voormelde periode van tien jaar, is dat bedrag gelijk aan het bedrag van de lijfrente.

Deel 3. — Onderzoek en beslissing

TITEL 1. — De aanvraag

Art. 156. Een gebruiker dient een aanvraag van een tegemoetkoming in bij de zorgkas waarbij hij aangesloten is. Een aanvraag kan alleen elektronisch ingediend worden.

Een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, de gemeente of het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan zonder speciale lastgeving een aanvraag voor de gebruiker indienen.

TITEL 2. — De vaststelling van de verminderde zelfredzaamheid

Art. 157. De vermindering van de zelfredzaamheid wordt vastgesteld door een daarvoor aangewezen arts of een multidisciplinair team onder toezicht van een dienst waarmee de minister een overeenkomst sluit. Als dat nodig is, worden aan de gebruiker of aan de persoon die de gebruiker daartoe gemachtigd heeft, bijkomende inlichtingen gevraagd.

Als de bijkomende inlichtingen, vermeld in het eerste lid, niet binnen een maand worden verstrekt, wordt de gebruiker daarvan op de hoogte gebracht.

Als dat nodig is, wordt de gebruiker opgeroepen voor een onderzoek.

Als de gebruiker in de onmogelijkheid verkeert zich te verplaatsen, wordt het onderzoek ter plaatse verricht.

Het onderzoek is onderworpen aan de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, wat onder meer inhoudt dat de gebruiker het recht heeft om zich te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon.

Als de gebruiker nalaat om zich voor het onderzoek aan te melden, ontvangt hij een tweede oproeping. Als de gebruiker, ondanks de tweede oproeping, nalaat zich voor het onderzoek aan te melden, of als de bijkomende inlichtingen na het verstrijken van een maand die volgt op de kennisgeving, vermeld in het tweede lid, nog ontbreken, neemt de door de minister aangestelde dienst, vermeld in het eerste lid, een beslissing over de verminderde zelfredzaamheid op grond van de beschikbare elementen.

Art. 158. De dienst, vermeld in artikel 157, eerste lid, ontvangt een vergoeding voor de vaststellingen van de verminderde zelfredzaamheid. De bepaling van de vergoeding en de wijze waarop de vergoeding wordt uitbetaald, wordt geregeld in de overeenkomst die door de minister met de dienst wordt gesloten.

TITEL 3. — De behandeling van de aanvraag

Art. 159. De zorgkas is verplicht zich tot het Rijksregister van de natuurlijke personen te richten om de informatiegegevens, vermeld in artikel 3, eerste en tweede lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, te verkrijgen, of als hij de juistheid van deze informatiegegevens nagaat. Ze mag alleen een beroep doen op een andere bron als de nodige informatiegegevens niet bij het Rijksregister verkregen kunnen worden.

De informatiegegevens verkregen bij het Rijksregister van de natuurlijke personen, vermeld in het eerste lid, hebben bewijskracht tot bewijs van het gendeel.

Art. 160. De zorgkas onderzoekt de aanvraag, op basis van de inlichtingen die door de gebruiker worden verstrekt, en de inlichtingen die hij rechtstreeks inzamelt bij de instantie of de persoon die over de inlichtingen beschikt. De inlichtingen, bescheiden en bewijsstukken die de gebruiker verstrekt, worden voor waar aangenomen, onverminderd de controlebevoegdheid die de zorgkas heeft.

Voor het administratieve onderzoek verzamelt de zorgkas onder meer bij de instantie die over de inlichtingen beschikt, de volgende gegevens :

- 1° de wettelijke identificatiegegevens opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen;
- 2° het beroepsinkomen en het vervangingsinkomen van het jaar - 2, vermeld in artikel 141;
- 3° het pensioeninkomen, vermeld in artikel 142;
- 4° de gegevens over de onroerende goederen, vermeld in artikel 143 tot en met 148.

Als de zorgkas genoodzaakt is om bijkomende inlichtingen in te winnen bij de gebruiker, is de gebruiker ertoe gehouden om die bijkomende inlichtingen te verstrekken binnen een maand. Als de bijkomende inlichtingen niet binnen een maand worden verstrekt, ontvangt de gebruiker van de zorgkas een herinnering met het verzoek om die bijkomende inlichtingen alsnog te verstrekken.

Als de gebruiker, ondanks de herinnering, vermeld in het derde lid, gedurende meer dan een maand nalaat de gevraagde inlichtingen te verschaffen, beslist de zorgkas op grond van de elementen waarover ze beschikt. Als deze elementen niet toelaten een beslissing te nemen, vervalt het recht op de tegemoetkoming.

Art. 161. De tegemoetkomingen mogen zonder nader onderzoek geweigerd worden als voldoende elementen voorhanden zijn waaruit blijkt dat de gebruiker niet voldoet aan de voorwaarden om de tegemoetkomingen te verkrijgen.

Art. 162. § 1. De termijn tussen enerzijds de datum van ontvangst van de aanvraag of de aanvraag tot herziening of de datum van de kennisname van het feit dat aanleiding geeft tot een herziening door de zorgkas en anderzijds de datum van de beslissing van de zorgkas, mag niet langer zijn dan zes maanden.

Als de tegemoetkoming van een instelling van de sociale zekerheid vereist is om een beslissing te kunnen nemen, wordt die instelling door de zorgkas bevestigd.

§ 2. De termijn, vermeld in paragraaf 1, wordt geschorst zolang de gebruiker of een buitenlandse instelling de door de zorgkas gevraagde inlichtingen, die noodzakelijk zijn om een beslissing te nemen, niet volledig verstrekt heeft. Het opvragen van bijkomende inlichtingen, vermeld in artikel 160, derde lid, aan de gebruiker schorst de termijn evenwel niet, op voorwaarde dat de gebruiker de gevraagde gegevens aan de zorgkas bezorgt binnen een maand na de toezending ervan door de zorgkas.

§ 3. De tegemoetkomingen brengen van rechtswege verwijntresten op vanaf de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming, maar op zijn vroegst vanaf het verstrijken van de termijn, vermeld in paragraaf 1.

De intresten, vermeld in het eerste lid, worden tegen de wettelijke voet berekend. Ze hebben betrekking op de maandelijkse termijnen, alsmede op de eventuele achterstallige bedragen.

In het tweede lid wordt verstaan onder achterstallige bedragen: de bedragen die aan de persoon met een verminderde zelfredzaamheid maandelijks betaald hadden moeten worden na het verstrijken van de termijn, vermeld in paragraaf 1.

Het aantal dagen waarop intresten moet betaald worden, wordt als volgt bepaald:

- 1° voor de maandelijkse termijnen: het aantal dagen tussen de einddatum van de termijn, vermeld in paragraaf 1, en de eerste dag van de maand na de beslissing van de zorgkas;
- 2° voor de achterstallige bedragen: het aantal dagen tussen de vijftiende van de maand waarop de tegemoetkoming betrekking heeft en de eerste dag van de maand na de beslissing van de zorgkas.

§ 4. Er worden geen verwijntresten betaald als vermeld in paragraaf 3, voor de periode waarvoor gerechtelijke intresten betaald moeten worden.

TITEL 4. — De beslissing

Art. 163. De zorgkas neemt een beslissing over de tegemoetkoming op basis van het onderzoek naar het inkomen, naar de verminderde zelfredzaamheid en naar de andere voorwaarden, bepaald in of krachtens het decreet van 24 juni 2016. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Als de persoon van een ander taalgebied naar het Nederlandse taalgebied verhuisd is, en hij over een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of een equivalent daarvan beschikte op het moment van de verhuizing, dient de gebruiker opnieuw een aanvraag conform dit besluit in vanaf het moment dat hij in het Nederlandse taalgebied woont. Bij een positieve beslissing gaat de uitvoering van de tegemoetkoming in vanaf de eerste dag van de maand na de verhuizing, op voorwaarde dat de aanvraag binnen de drie maanden na de verhuizing ingediend is.

De zorgkas gaat na welke tegemoetkoming het voordeligst is voor de gebruiker, als de persoon, op het moment van de aanvraag van een tegemoetkoming, nog over een van de volgende tegemoetkomingen beschikt:

- 1° een integratietegemoetkoming of een inkomensvervangende tegemoetkoming als vermeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;
- 2° een gewone tegemoetkoming of een bijzondere tegemoetkoming krachtens de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;
- 3° een tegemoetkoming voor hulp van derden, overeenkomstig artikel 2 van de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;
- 4° een aanvullende tegemoetkoming of een tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

Als de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden voordeliger is voor de gebruiker dan de andere tegemoetkoming, vermeld in het derde lid, dan neemt de zorgkas een positieve beslissing over de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. De zorgkas betaalt tot en met de maand van haar beslissing alleen het extra bedrag bovenop het bedrag van de andere tegemoetkoming. Als de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden niet voordeliger is, dan wordt de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden niet toegekend.

Art. 164. Als de zorgkas een beslissing ter kennis brengt na de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming, houdt ze van rechtswege rekening met de feiten die zich hebben voorgedaan en de elementen die zijn voorgelegd tussen de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming en de datum waarop ze ter kennis gebracht is als de zorgkas vóór de datum van de kennisgeving van de beslissing op de hoogte is gebracht van deze elementen en feiten.

Art. 165. De zorgkas kan haar beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen binnen de termijn voor het instellen van een beroep bij het bevoegde arbeidsgerecht of, als het beroep al is ingesteld, tot aan de sluiting van de debatten, als:

- 1° op de datum waarop de uitvoering van de tegemoetkoming is ingegaan, het recht door een wettelijke of reglementaire bepaling is gewijzigd;
- 2° een nieuw feit of nieuw bewijsmateriaal dat een weerslag heeft op de rechten van de verzoeker, tijdens het geding wordt ingeroepen;
- 3° vastgesteld wordt dat de administratieve beslissing aangetast is door een onregelmatigheid of een materiële vergissing.

Art. 166. Met behoud van de toepassing van artikel 168 tot en met 171 geldt de beslissing van de zorgkas voor onbepaalde duur, behalve in de volgende gevallen:

- 1° de zorgkas neemt een beslissing voor twaalf maanden als de beslissing op grond van voorlopige of evoluerende elementen wordt getroffen;
- 2° de zorgkas neemt een beslissing die geldt tot de einddatum van de vermindering van de zelfredzaamheid, vermeld in artikel 157.

Art. 167. De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissing over de tegemoetkoming, vermeld in artikel 163 tot en met 166.

TITEL 5. — Aanvraag tot herziening en aangifte**HOOFDSTUK 1. — Aanvraag tot herziening**

Art. 168. Een aanvraag tot herziening mag worden ingediend als zich volgens de aanvrager wijzigingen voordoen die de verhoging van de tegemoetkomingen rechtvaardigen.

De aanvragen tot herziening worden conform artikel 156 ingediend bij de zorgkas.

De aanvraag tot herziening wordt onderzocht conform artikel 159 tot en met 162. Alleen als de aanvraag tot herziening betrekking heeft op de beoordeling van de graad van zelfredzaamheid, wordt tot een nieuw medisch onderzoek overgegaan.

De uitvoering van de tegemoetkoming gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de aanvraag tot herziening werd ingediend.

In afwijking van het vierde lid kan, als de aanvraag tot herziening wordt ingediend binnen de drie maanden die volgen op de datum waarop zich een feit heeft voorgedaan dat de verhoging van de uitkering rechtvaardigt, of op de datum waarop de aanvrager daarvan kennis heeft gekregen, de uitvoering van de tegemoetkoming ten gevolge van de nieuwe beslissing ingaan vanaf de eerste dag van de maand die op de eerstgenoemde datum volgt en op zijn vroegst op dezelfde datum als de te wijzigen beslissing.

HOOFDSTUK 2. — De aangifte

Art. 169. De mededeling, vermeld in artikel 52 van het decreet van 24 juni 2016, wordt gericht aan de zorgkas. De gebruiker vermeldt daarin de nieuwe gegevens die aanleiding zouden kunnen geven tot een vermindering van het bedrag van de tegemoetkoming. Deze aangifte wordt gedaan binnen drie maanden na de datum van het feit of binnen drie maanden na de datum van de kennisgeving aan de gebruiker van het feit.

TITEL 6. — De ambtshalve herziening door de zorgkas van de beslissing

Art. 170. Als door de zorgkas vastgesteld wordt dat de beslissing aangetast is door een juridische of materiële vergissing, neemt de zorgkas ambtshalve een nieuwe beslissing die uitwerking heeft op de datum waarop de verbeterde beslissing had moeten ingaan. Als de vergissing aan de zorgkas te wijten is en als het recht op de tegemoetkoming kleiner is dan het aanvankelijk toegekend recht, gaat de nieuwe beslissing in op de eerste dag van de maand die volgt op de kennisgeving ervan aan de gebruiker.

Art. 171. § 1. Met behoud van de toepassing van artikel 170 voert de zorgkas een herziening van het recht op de tegemoetkoming uit :

- 1° als de gebruiker niet meer beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in artikel 28 van het decreet van 24 juni 2016;
- 2° als de gebruiker naar het Franse taalgebied of naar het Duitse taalgebied verhuist en hij daardoor niet meer onder het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming valt, vermeld in artikel 3 van het decreet van 24 juni 2016;
- 3° als de gebruiker naar het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, naar het Franse taalgebied of naar het Duitse taalgebied verhuist, daardoor blijft vallen onder het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 3 van het decreet van 24 juni 2016, maar hij in dat taalgebied aanspraak kan maken op een vorm van tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;
- 4° als een gebruiker in een gevangenis is opgesloten of in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 37 van het decreet van 24 juni 2016, is opgenomen. In dat geval wordt de tegemoetkoming geschorst;
- 5° als er een wijziging is in het aantal kinderen ten laste van de gebruiker die een weerslag heeft op het recht op de tegemoetkoming van de gebruiker;
- 6° als aan de zorgkas is meegedeeld dat de inkomsten zijn gedaald ten opzichte van de vorige beslissing;
- 7° als de zorgkas vaststelt dat de inkomsten met ten minste 10% zijn gestegen ten opzichte van de vorige beslissing;
- 8° als er een wijziging is in de samenstelling van het gezin die een weerslag heeft op het recht op de tegemoetkoming van de gebruiker;
- 9° als er een wijziging is in de graad van zelfredzaamheid van de gebruiker;
- 10° op de datum bepaald door een vorige beslissing als die werd genomen op grond van voorlopige of evoluerende elementen.

§ 2. De nieuwe beslissing door een geval als vermeld in paragraaf 1, 1°, 2°, 3° en 4°, heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de gebruiker zich in dat geval bevindt.

§ 3. De nieuwe beslissing die leidt tot een vermindering of stopzetting van de tegemoetkoming :

- 1° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 5° en 7° :
 - a) gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving van de beslissing door de zorgkas, op voorwaarde dat de aangifte tijdig is gedaan;
 - b) heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op die maand waarin de gebruiker zich in een van deze gevallen bevindt, als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger niet tijdig aangifte heeft gedaan van dit feit.
- 2° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 8°, 9° en 10°, treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving van de beslissing. Als de gebruiker zich in een geval als vermeld in paragraaf 1, 10°, bevindt, treedt de nieuwe beslissing op zijn vroegste in werking op de eerste dag van de maand na afloop van de vorige beslissing.

§ 4. De nieuwe beslissing die leidt tot een verhoging van de tegemoetkoming :

- 1° door een geval als vermeld in paragraaf 1, met uitzondering van het geval vermeld in paragraaf 1, 10°, heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de melding aan de zorgkas van de toestand waarin de gebruiker zich bevindt;
- 2° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 10°, treedt in werking op de eerste dag van de maand na afloop van de vorige beslissing.

In afwijking van het eerste lid, 1°, heeft de nieuwe beslissing uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de gebruiker zich in het geval, vermeld in paragraaf 1 bevindt, en op zijn vroegst op dezelfde datum als de te wijzigen beslissing, als :

- 1° de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de toestand aan de zorgkas heeft gemeld binnen drie maanden die volgen op de datum waarop het geval, vermeld in paragraaf 1, zich heeft voorgedaan of de datum waarop de aanvrager daarvan kennis heeft gekregen;
- 2° de gebruiker niet verplicht is de wijziging mee te delen aan de zorgkas conform artikel 72, tweede lid.

§ 5. De nieuwe beslissing kan geen uitwerking hebben vóór de ingangsdatum van de beslissing waarbij voor de eerste keer een tegemoetkoming wordt toegekend.

§ 6. Artikelen 163 tot en met 167 zijn van overeenkomstige toepassing op de beslissing bij een herziening door de zorgkas.

Deel 4. — Uitvoering van de tegemoetkomingen

TITEL 1. — Betalingsmodaliteiten

Art. 172. De achterstallen worden samen met de eerste maandelijke betaling uitbetaald.

De persoon aan wie een tegemoetkoming wordt uitbetaald, gaat ermee akkoord dat bedragen die ten onrechte zijn uitbetaald door overlijden of vertrek naar het buitenland, teruggevorderd kunnen worden via de instelling die de financiële rekening beheert.

Art. 173. Het bedrag van de uit te betalen tegemoetkomingen wordt naar beneden afgerond als het eerste cijfer na de komma minder dan vijf bedraagt. Het bedrag wordt naar boven afgerond, als het eerste cijfer na de komma vijf of meer bedraagt.

TITEL 2. — De betaling van voorschotten

Art. 174. Als artikel 54, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, wordt toegepast moet de aanvrager van het voorschot :

- 1° aanduiden op welke uitkeringen of vergoedingen hij een voorschot wenst te verkrijgen, wie die uitkeringen of vergoedingen naar zijn mening verschuldigd is en voor welke periode;
- 2° meedelen aan de zorgkas of de instanties die de uitkeringen of vergoedingen verschuldigd zijn, voorschotten hebben toegekend;
- 3° de zorgkas verwittigen van zodra hij deze uitkeringen of vergoedingen verkrijgt.

Het voorschot wordt niet toegekend voor periodes voorafgaand aan de aanvraag. Het wordt verleend voor de bedragen van de tegemoetkoming waarop de gebruiker aanspraak kan maken.

TITEL 3. — Betalingsvoorwaarden

HOOFDSTUK 1. — Algemeen

Art. 175. De tegemoetkomingen worden niet uitbetaald voor de periode dat een gebruiker in een gevangenis is opgesloten of in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 37 van het decreet van 24 juni 2016 is opgenomen.

HOOFDSTUK 2. — De betaling van de bij het overlijden van de gebruiker niet uitbetaalde tegemoetkomingen

Art. 176. In geval van overlijden van de gebruiker, worden de nog niet uitbetaalde tegemoetkomingen, met inbegrip van de tegemoetkoming voor de maand van overlijden, uitbetaald in de volgende orde :

- 1° aan de echtgenoot of echtgenote, ingeschreven op hetzelfde adres als de gebruiker;
- 2° aan de persoon met wie de gebruiker een gezin vormde als vermeld in artikel 139, § 3;
- 3° aan de kinderen met wie de gebruiker leefde op het ogenblik van zijn overlijden;
- 4° aan de vader en de moeder met wie de gebruiker leefde op het ogenblik van zijn overlijden;
- 5° aan iedere persoon met wie de gebruiker leefde op het ogenblik van zijn overlijden;
- 6° aan de natuurlijke persoon die in de verplegingskosten tegemoetkwam;
- 7° aan de natuurlijke persoon die de begrafeniskosten betaalde;
- 8° aan de echtgenoot die op het ogenblik van het overlijden feitelijk gescheiden leefde van de gebruiker.

De rechthebbenden, vermeld in het eerste lid, 5° tot en met 8°, dienen een aanvraag bij de zorgkas in om de uitbetaling, vermeld in het eerste lid, te krijgen.

De gedagtekende en ondertekende aanvraag wordt ingediend door middel van een formulier waarvan het model wordt vastgesteld door het agentschap.

Op straffe van verval worden de aanvragen tot uitbetaling van termijnen ingediend worden binnen een termijn van zes maanden. Die termijn gaat in op de dag van het overlijden van de gebruiker of op de dag van de verzending van de kennisgeving van de beslissing, als die na het overlijden verzonden werd.

TITEL 4. — Weigering of vermindering van de tegemoetkomingen ingeval van schadeloosstelling voor dezelfde behoefte aan zorg en ondersteuning

Art. 177. § 1. Met toepassing van artikel 36 van het decreet van 24 juni 2016 wordt er op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden een weigering of vermindering van de tegemoetkoming toegepast ingeval van schadeloosstelling voor dezelfde behoefte aan zorg en ondersteuning.

§ 2. Een schadeloosstelling als vermeld in artikel 36 van het decreet van 24 juni 2016 kan worden uitbetaald onder de vorm van kapitalen of afkoopwaarden. In dat geval wordt voor de gebruiker hun tegenwaarde in periodieke uitkering in aanmerking genomen voor een bedrag van de lijfrente. Deze voormelde lijfrente wordt verkregen uit een omzetting. Het gaat om een omzetting tegen het procent dat in de tabel, opgenomen in de bijlage die bij dit besluit is gevoegd, is vermeld tegenover de volle leeftijd van de gebruiker op de datum van het feit dat aanleiding gegeven heeft tot de uitbetaling.

In de gevallen waarin het vonnis of de minnelijke schikking het gedeelte van het kapitaal dat voor de vergoeding van de vermindering van de zelfredzaamheid is bestemd, niet nader bepaalt, gebeurt voor de gebruiker de omzetting in lijfrente op 30% van het kapitaal dat als vergoeding aan de gebruiker wordt toegekend voor de vermindering van de zelfredzaamheid.

De toepassing van de weigering of de vermindering, vermeld in paragraaf 1 :

- 1° gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving van de beslissing door de zorgkas, als de mededeling, vermeld in artikel 52 van het decreet van 24 juni 2016, tijdig is gedaan;
- 2° heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de gebruiker zich in dat geval bevindt, als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger niet tijdig aangifte heeft gedaan van dat feit.

Er worden op de verrekening geen vrijstellingen conform artikel 139, § 1, eerste lid, toegepast.

§ 3. De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden wordt in ieder geval geweigerd aan :

- 1° de persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, ingesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 2° de persoon die niet in België woont en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is, en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, ingesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 3° de persoon die in het Franse of Duitse taalgebied woont, die gebruik gemaakt heeft van het Europeesrechtelijk vrij verkeer, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is, en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, ingesteld door de Franse Gemeenschap of de Duitstalige Gemeenschap;
- 4° de persoon die in het Franse of Duitse taalgebied woont, die gebruik gemaakt heeft van het Europeesrechtelijk vrij verkeer, en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is, en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, ingesteld door de Franse Gemeenschap of de Duitstalige Gemeenschap.

§ 4. De minister kan nadere regels voor de weigering of vermindering van de tegemoetkomingen ingeval van schadeloosstelling voor dezelfde behoefte aan zorg en ondersteuning bepalen.

BOEK 4. — Basisondersteuningsbudget

Deel 1. — Algemene bepaling

Art. 178. Boek 4 van dit besluit is van toepassing op het basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 4, eerste lid, 3°, van het decreet van 24 juni 2016.

Deel 2. — Voorwaarden

TITEL 1. — Verblijfsvoorwaarden

Art. 179. De uitvoering van de tegemoetkoming wordt geschorst 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.

Art. 180. De tegemoetkoming, vermeld in artikel 179, 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.

TITEL 2. — Voorwaarden van ernstig verminderde zelfredzaamheid

Art. 181. 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 boek 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°, van het decreet van 25 april 2014, als die persoon beschikt over een attest dat aantoonde dat hij zich in een van de volgende situaties bevindt :

- 1° 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 integratietegemoetkoming.

Deel 3. — Beslissing over de tegemoetkoming

TITEL 1. — Nemen van de beslissing

Art. 182. § 1. De zorgkas neemt een beslissing over de tegemoetkoming op basis van de bestandsmatige gegevens waaruit blijkt dat de gebruiker voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 181, of artikel 209 tot en met 215 van dit besluit, en na onderzoek van de andere voorwaarden, bepaald in of krachtens het decreet van 24 juni 2016. 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 minister bepaalt de nadere regels voor de beslissingen over de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1.

TITEL 2. — Geldigheidsduur

Art. 183. 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 181, artikel 209 en artikel 211 tot en met 215, 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 181, 1°, of artikel 213, dat geldig is tot de leeftijd van achttien jaar.

TITEL 3. — Verlenging en stopzetting

Art. 184. 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 dat attest aan de zorgkas bezorgd wordt.

Art. 185. 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 of een persoonlijk assistentiebudget ter beschikking gesteld wordt of de gebruiker ingeschreven is of verblijft in een voorziening als vermeld in artikel 186 bedoelde, als de melding aan de zorgkas voor of op de startdatum van het budget, de inschrijving of het verblijf wordt gedaan.

Als de melding aan de zorgkas, vermeld in het tweede lid, 3°, wordt gedaan na de startdatum van het budget, de inschrijving of het verblijf, 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 minister bepaalt de nadere regels voor de stopzetting van een beslissing.

Deel 4. — Cumulatie van de tegemoetkoming met andere wettelijke of decretale bepalingen

Art. 186. De tegemoetkoming wordt niet uitgevoerd als de gebruiker aan een van de volgende voorwaarden voldoet :

- 1° de gebruiker is ingeschreven in een internaat of een opvangcentrum van een medisch pedagogisch instituut van het Gemeenschapsonderwijs;
- 2° de gebruiker doet een beroep op een persoonlijk assistentiebudget;
- 3° de gebruiker verblijft volgens het protocol van verblijf in een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap, erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- 4° de gebruiker verblijft in een residentiële gehandicaptenvoorziening die in België door een andere overheid dan de Vlaamse overheid erkend is;
- 5° de gebruiker verblijft in een niet in België gevestigde residentiële gehandicaptenvoorziening die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbiedt als een voorziening als vermeld in punt 4°;
- 6° de gebruiker verblijft in een psychiatrisch verzorgingstehuis.

De minister kan nadere regels voor de cumulatie van de tegemoetkomingen bepalen.

Deel 5. — Bezwaar

Art. 187. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan bij het agentschap een bezwaarschrift indienen tegen elke beslissing van de zorgkas over een tegemoetkoming conform de bepalingen van artikel 130 tot en met 136, binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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, in geval van automatische toekenning van een basisondersteuningsbudget op basis van attesten.

BOEK 5. — Wijzigingsbepalingen**Deel 1. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen**

Art. 188. In de bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 22 april 2016, wordt in punt 4 de bepaling “- de bezwaarcommissie, bedoeld in artikel 42 van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering.”, vervangen door de bepaling “- de bezwaarcommissie, vermeld in artikel 130 van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.”.

Deel 2. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren

Art. 189. In artikel 1, tweede lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 19 januari 2007, wordt het woord “zorgverzekering” vervangen door de zinsnede “Vlaamse sociale bescherming, vermeld in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

Deel 3. — Wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques

Art. 190. In artikel 1, eerste lid, 7°, van het koninklijk besluit van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques, opgeheven bij het koninklijk besluit van 9 januari 2004 en hersteld bij het koninklijk besluit van 28 september 2008, wordt punt b) vervangen door wat volgt :

“b) de persoon die een inkomensvervangende tegemoetkoming of een integratietegemoetkoming krijgt, op basis van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, of die een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden krijgt, op basis van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”.

Deel 4. — Wijziging van het koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap

Art. 191. In artikel 23 van het koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap, vervangen bij het koninklijk besluit van 13 september 2004 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 mei 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- 1° paragraaf 1^{ter} wordt opgeheven;
- 2° in paragraaf 2, eerste lid, wordt de zinsnede “en § 1^{ter}, 1° en 2°” opgeheven;
- 3° in paragraaf 2, tweede lid, wordt de zinsnede “en § 1^{ter}” opgeheven.

Deel 5. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap “Zorg en Gezondheid”

Art. 192. In artikel 3, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap “Zorg en Gezondheid”, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 en 31 maart 2006, en het decreet van 29 juni 2012, worden punt 4° en 5° vervangen door wat volgt :

- “4° het beheren van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming;
- 5° het ter beschikking stellen van personeel aan de vzw Vlaamse Zorgkas, vermeld in artikel 18, § 1, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.”.

Art. 193. In artikel 5 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006, worden de woorden “Vlaams Zorgfonds” vervangen door de woorden “Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming”.

Art. 194. In artikel 12 van hetzelfde besluit worden de woorden “Vlaamse Zorgfonds” vervangen door de woorden “Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming”.

Art. 195. In artikel 14, punt 5°, van hetzelfde besluit worden de woorden “Vlaams Zorgfonds” vervangen door de woorden “Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming”.

Deel 6. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie

Art. 196. In artikel 23, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2009, wordt punt 5° vervangen door wat volgt :

- “5° het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming;”.

Deel 7. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juli 2007 houdende samenstelling en werking van de raadgevende comités bij de intern verzelfstandigde agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Art. 197. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juli 2007 houdende samenstelling en werking van de raadgevende comités bij de intern verzelfstandigde agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt punt 4° vervangen door wat volgt :

“4° Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming : het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, opgericht bij het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”.

Art. 198. In artikel 2 van hetzelfde besluit wordt paragraaf 4 vervangen door wat volgt :

“§ 4. Overeenkomstig artikel 14 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming bestaat het raadgevend comité van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming uit 32 leden, waarvan :

- 1° acht vertegenwoordigers van de cliënten, de patiënten en de mantelzorgers;
- 2° zes vertegenwoordigers van de zorgkassen;
- 3° zes vertegenwoordigers van de Vlaamse sociale partners;
- 4° zes vertegenwoordigers van de voorzieningen en de zorgverstrekkers;
- 5° zes onafhankelijke deskundigen met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van sociale bescherming.”.

Art. 199. Aan artikel 3 van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “, met uitzondering van de leden van het raadgevend comité van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming” toegevoegd.

Art. 200. Aan artikel 5 van hetzelfde besluit wordt de volgende zin toegevoegd :

“Bij het raadgevend comité van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming wordt de voorzitter benoemd uit een van de onafhankelijke deskundigen met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van sociale bescherming, overeenkomstig artikel 14 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.”.

Deel 8. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement

Art. 201. Aan artikel 1, eerste lid, 23°, d), van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 6 december 2013, wordt de zinsnede “of van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, vermeld in artikel 4, eerste lid, 2°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” toegevoegd.

Deel 9. — Wijziging van het Subsidiebesluit van 22 november 2013

Art. 202. In artikel 1, 10°, d), van het Subsidiebesluit van 22 november 2013 wordt punt 2) vervangen door wat volgt :

“2) een gezinslid hebben dat gebruik maakt van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”.

Deel 10. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 juli 2014 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering

Art. 203. In artikel 3, punt 7°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 juli 2014 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering wordt punt h) vervangen door wat volgt :

“h) het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming;”.

Deel 11. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 tot vaststelling van de regels voor het bepalen van een bedrag voor bewijsbare uitgaven en een bedrag voor niet-bewijsbare uitgaven in het kader van de toepassing van het cumulverbod en de verschilregel

Art. 204. In artikel 1, 3°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 tot vaststelling van de regels voor het bepalen van een bedrag voor bewijsbare uitgaven en een bedrag voor niet-bewijsbare uitgaven in het kader van de toepassing van het cumulverbod en de verschilregel wordt de zinsnede “met uitzondering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering” vervangen door de zinsnede “met uitzondering van artikel 4, eerste lid, 1°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

BOEK 6. — Slotbepalingen

Deel 1. — Opheffingsbepalingen

Art. 205. De volgende regelingen worden opgeheven :

- 1° het koninklijk besluit van 5 maart 1990 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 2 oktober 2015;
- 2° het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 14 december 2001 en 12 januari 2007;
- 3° het besluit van de Vlaamse Regering van 9 juni 2006 houdende regeling van het beheer en de werking van het Vlaams Zorgfonds, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 6 februari 2009, 24 september 2010 en 30 januari 2015;
- 4° 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 de besluiten van de Vlaamse Regering van 8 april 2011, 20 april 2012, 7 juni 2013, 23 januari 2015, 15 april 2016 en 13 mei 2016.

Deel 2. — Overgangsbepalingen

Art. 206. Voor de personen die vóór december 2016 een zorgverzekeringstegemoetkoming uitbetaald krijgen en die vóór of op 1 januari 2017 met een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning starten, worden de zorgverzekeringstegemoetkomingen verder uitgevoerd als ze aan de bepalingen, vermeld in of bepaald krachtens artikel 28 van het decreet van 24 juni 2016, en aan de toepassingsvoorwaarden, vermeld in of bepaald krachtens artikel 42 en 43 van het decreet van 24 juni 2016, voldoen. Die verdere uitvoering stopt als ze na 1 januari 2017 en na een herzieningsprocedure een hoger budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning ontvangen.

Het aantal maanden zorgverzekeringstegemoetkomingen voor 2016 conform artikel 73 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, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van dit besluit, wordt ook verder uitgevoerd als de personen aan de volgende voorwaarden voldoen :

- 1° ze krijgen in 2016 een zorgverzekeringstegemoetkoming uitbetaald conform het voormelde artikel 73;
- 2° ze starten vóór of op 1 januari 2017 met een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;
- 3° ze voldoen aan de bepalingen, vermeld in of bepaald krachtens artikel 28 van het decreet van 24 juni 2016 en aan de toepassingsvoorwaarden, vermeld in of bepaald krachtens artikel 42 en 43 van het decreet van 24 juni 2016.

Die verdere uitvoering, vermeld in het tweede lid, stopt als de betrokken personen na 1 januari 2017 en na een herzieningsprocedure, een hoger budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning ontvangen.

Art. 207. Voor de personen die op 31 december 2016 recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, en die op 1 januari 2017 niet bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten omdat ze niet onder het toepassingsgebied van het decreet van 24 juni 2016 vallen of die op 1 januari 2017 niet aan de voorwaarde voldoen, vermeld in artikel 28, § 1, 4° van het decreet van 24 juni 2016, worden de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden krachtens dit decreet van 24 juni 2016 ook na 31 december 2016 verder uitgevoerd, als ze een verminderde zelfredzaamheid blijven hebben.

De personen, vermeld in het eerste lid, worden geacht aangesloten te zijn voor de duur van de tegemoetkoming.

Art. 208. De termijn van ononderbroken aansluiting voorafgaand aan de opening van het recht op een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of op een basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 28, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016, is niet van toepassing op de personen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, als ze vóór de datum van 1 januari 2020 aansluiten bij een zorgkas van hun keuze.

Art. 209. De volgende beslissingen worden gelijkgesteld met een attest als vermeld in artikel 181, 1° :

- 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 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.

Art. 210. 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 211 tot en met 215 van dit besluit, aanvullend op de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van het decreet van 25 april 2014.

Art. 211. Vanaf 1 augustus 2016 wordt het recht op een basisondersteuningsbudget geopend voor meerderjarige personen die voldoen aan de volgende, aanvullende cumulatieve voorwaarden :

- 1° voldoen aan de voorwaarde, vermeld in artikel 181, 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) niet gebruikmaken 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) niet gebruikmaken 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. 212. Het recht op een basisondersteuningsbudget wordt geopend voor personen die gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning en die ondersteuning tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2019 vrijwillig stopzetten met het oog op het verkrijgen van een basisondersteuningsbudget, als zij voldoen aan de volgende aanvullende cumulatieve voorwaarden :

- 1° op of na 1 januari 2017 gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, met uitzondering van crisishulpverlening en alle zorg en ondersteuning met een maximum van acht personeelspunten per persoon per jaar;
- 2° het gebruik van de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, vermeld in punt 1°, na inwerkingtreding van dit artikel vrijwillig stopzetten door de stopzetting alsook de datum van de stopzetting te melden aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Het recht op een basisondersteuningsbudget, vermeld in het eerste lid, wordt geopend op de datum van het einde van de opzegtermijn.

Voor de berekening van het maximum aantal personeelspunten, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt voor mobiele begeleiding 0,22 personeelspunten per begeleiding, voor ambulante begeleiding 0,155 personeelspunten per ambulante begeleiding, voor individuele praktische hulp 0,070 punten per begeleiding, voor globale individuele ondersteuning 0,131 punten per begeleiding, voor dagopvang 0,087 personeelspunten per dag dagopvang en voor verblijf 0,13 personeelspunten per nacht verblijf gerekend.

In het derde lid wordt verstaan onder :

- 1° mobiele begeleiding : de algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de hulpverlener zich naar de persoon met een handicap of zijn netwerk verplaatst;
- 2° ambulante begeleiding : de algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de persoon met een handicap of zijn netwerk zich naar de hulpverlener verplaatst;
- 3° praktische hulp : ondersteuning bij algemene dagelijkse activiteiten van het leven in een een-op-eenrelatie. Individuele praktische hulp is hoofdzakelijk instrumenteel van aard;
- 4° globale individuele ondersteuning : de ondersteuning die eerder ruimer is en verschillende levensdomeinen kan omvatten. De aard van de ondersteuning kan verschillen en de verschillende vormen van ondersteuning als stimulatie, coaching, training, assistentie bij activiteiten, kunnen door elkaar lopen;
- 5° dagopvang : de ondersteuning overdag voor een aangepaste opvang of een aangepaste dagbesteding;
- 6° verblijf : het verblijf met overnachting, met inbegrip van de opvang en ondersteuning gedurende de ochtend en de avonden.

Art. 213. Vanaf 1 december 2016 wordt het recht op een basisondersteuningsbudget geopend voor minderjarige personen die voldoen aan de volgende aanvullende cumulatieve voorwaarden :

- 1° voldoen aan de voorwaarde, vermeld in artikel 181, 1° van dit besluit;
- 2° zich in een van de volgende gevallen bevinden op 30 juni 2015 :
 - a) ingeschreven zijn op de intersectorale registratielijst, vermeld in artikel 2, § 1, 25°, van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp;
 - b) beschikken over een indicatiestellingsverslag waaruit blijkt dat de minderjarige in aanmerking komt voor een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in artikel 16, 2°, van het decreet van 7 mei 2004;
- 3° op het moment van de toekenning van het basisondersteuningsbudget geen gebruik maken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, met uitzondering van de individuele materiële bijstand, vermeld in artikel 6, 2°, van het decreet van 7 mei 2004.

Art. 214. Vanaf 1 augustus 2017 wordt het recht op een basisondersteuningsbudget geopend voor :

- 1° personen met een attest verhoogde kinderbijslag van minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3, die geen gebruik maken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;
- 2° aan jongvolwassenen van 21 tot en met 25 jaar die beschikken over 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 integratietegemoetkoming en die geen gebruik maken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

Art. 215. De toekenningsbeslissing van de gebruikers, vermeld in artikel 214, 2°, kan zonder leeftijdsvoorwaarden worden verlengd conform artikel 184.

Art. 216. De personen die zich vanaf 1 januari 2011 conform artikel 4, § 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 niet konden aansluiten, en die zorgverzekeringstegemoetkomingen kregen op 31 december 2010, zullen de lopende zorgverzekeringstegemoetkomingen verder toegekend krijgen, als ze :

- 1° de bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming blijven betalen voor 31 december van elk jaar waarin zorgverzekeringstegemoetkomingen worden toegekend;
- 2° getroffen blijven door een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

Deel 3. — Inwerkingtreddingsbepalingen

Art. 217. Het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming treedt in werking op 1 januari 2017.

Artikel 10, § 2, eerste lid, van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering wordt opgeheven met ingang van 1 augustus 2016, wat betreft artikel 58, eerste lid, 3°, tweede en derde lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, wat betreft de toepassing op het eerste lid, 3°.

Artikel 31 en 87 hebben uitwerking met ingang van 1 september 2016.

Artikel 88 heeft uitwerking met ingang van 1 september 2016, voor wat betreft het basisondersteuningsbudget.

Art. 218. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2017, met uitzondering van artikel 27, tweede lid, dat in werking treedt op 1 januari 2018.

Artikel 55, artikel 186, eerste lid, 6°, en artikel 208 van dit besluit hebben uitwerking met ingang van 1 september 2016.

Art. 219. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 14 oktober 2016.

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

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

Enige bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016
houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016
houdende de Vlaamse sociale bescherming

Tabel betreffende de omzetting, vermeld in artikel 177, § 2, eerste lid, van het besluit

Volle leeftijd van de verkrijger op de datum van het feit dat aanleiding heeft gegeven tot de uitbetaling	Procent voor omzetting van kapitalen of afkoopwaarden in een lijfrente	Volle leeftijd van de verkrijger op de datum van het feit dat aanleiding heeft gegeven tot de uitbetaling	Procent voor omzetting van kapitalen of afkoopwaarden in een lijfrente
0	4,7535	56	7,3965
1	4,7622	57	7,5521
2	4,7713	58	7,7172
3	4,7809	59	7,8925
4	4,7909	60	8,0787
5	4,8014	61	8,2766
6	4,8125	62	8,4869
7	4,8241	63	8,7106
8	4,8362	64	8,9487
9	4,8490	65	9,2021
10	4,8623	66	9,4721
11	4,8764	67	9,7598
12	4,8911	68	10,0665
13	4,9066	69	10,3936
14	4,9229	70	10,7427
15	4,9399	71	11,1154
16	4,9578	72	11,5134
17	4,9766	73	11,9387
18	4,9964	74	12,3933
19	5,0171	75	12,8795
20	5,0389	76	13,3994
21	5,0618	77	13,9558
22	5,0858	78	14,5513
23	5,1111	79	15,1887
24	5,1377	80	15,8712
25	5,1656	81	16,6020
26	5,1949	82	17,3845
27	5,2258	83	18,2225
28	5,2582	84	19,1198
29	5,2923	85	20,0804
30	5,3282	86	21,1085
31	5,3660	87	22,2084
32	5,4057	88	23,3845
33	5,4476	89	24,6414
34	5,4916	90	25,9836
35	5,5380	91	27,4157
36	5,5868	92	28,9419
37	5,6383	93	30,5665
38	5,6925	94	32,2933
39	5,7497	95	34,1259
40	5,8099	96	36,0670
41	5,8735	97	38,1187
42	5,9405	98	40,2823
43	6,0112	99	42,5577
44	6,0859	100	44,9438

Volle leeftijd van de verkrijger op de datum van het feit dat aanleiding heeft gegeven tot de uitbetaling	Procent voor omzetting van kapitalen of afkoopwaarden in een lijfrente	Volle leeftijd van de verkrijger op de datum van het feit dat aanleiding heeft gegeven tot de uitbetaling	Procent voor omzetting van kapitalen of afkoopwaarden in een lijfrente
45	6,1647	101	47,4381
46	6,2480	102	50,0367
47	6,3359	103	52,7355
48	6,4289	104	55,5321
49	6,5272	105	58,4333
50	6,6311	106	61,4794
51	6,7411	107	64,8168
52	6,8575	108	68,9976
53	6,9808	109	76,2770
54	7,1114	110	100
55	7,2497		

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.
Brussel, 14 oktober 2016.

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

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

—————
TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2016/36593]

**14 OCTOBRE 2016. — Arrêté du Gouvernement flamand
portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande**

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret spécial du 7 juillet 2006 relatif aux institutions flamandes, article 21 ;

Vu le décret du 22 février 1995 fixant les règles relatives au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent, article 2, modifié par le décret du 16 juin 2006 ;

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, article 10, § 3, inséré par le décret du 19 décembre 2008 et modifié par le décret du 25 mars 2011, et article 23quater, § 4, inséré par le décret du 24 juin 2005 et modifié par les décrets des 19 décembre 2008, 30 avril 2009, 25 mars 2011 et 21 juin 2013 ;

Vu la loi du 20 juillet 2001 visant à favoriser le développement de services et d'emplois de proximité, article 2, § 1^{er}, 3^o, modifié par la loi du 22 décembre 2003 ;

Vu le décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine, article 8, modifié par les décrets des 19 juillet 2013, 11 décembre 2015 et 18 décembre 2015 ;

Vu le décret-cadre politique administrative du 18 juillet 2003, article 6, § 2, modifié par le décret du 3 juillet 2015 ;

Vu le décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées), article 14, alinéa deux, modifié par le décret du 21 juin 2013 ;

Vu le décret du 20 mars 2009 portant diverses dispositions relatives au domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille, article 7 ;

Vu le décret du 20 avril 2012 portant organisation de l'accueil de bébés et de bambins, article 8, § 3, article 9, alinéa deux, et article 12, § 1^{er}, alinéa deux ;

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, article 4, modifié par le décret du 24 juin 2016, et articles 5 et 6, modifiés par le décret du 24 juin 2016 ;

Vu le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, article 4, alinéa premier, article 5, article 6, alinéa deux, article 11, article 12, § 2, alinéa premier, et article 13, alinéa premier, article 14, alinéa cinq, article 15, alinéa deux, article 16, alinéa premier, 1^o, et alinéa deux, article 19, article 20, article 24, article 25, article 28, § 1^{er}, alinéa deux, et § 2, article 29, § 1^{er}, alinéa premier, et § 4, article 30, § 1^{er}, et § 2, alinéa premier, article 31, article 32, § 1^{er}, alinéa trois, § 2, et § 4, alinéa deux, article 33, article 35, article 36, alinéa premier, article 37, article 39, § 1^{er}, alinéa premier, § 4, et § 5, alinéa premier, article 42, article 43, alinéa deux, article 44, § 1^{er}, alinéas deux à quatre inclus, § 3 à § 5 inclus, article 46, article 48, § 1^{er}, alinéa deux, article 49, § 2, article 51, § 1^{er}, § 3, et § 5, article 52, § 1^{er}, alinéa premier, et § 2, article 54, article 56, § 1^{er}, alinéa trois, et § 3 à § 5 inclus, article 58, alinéa deux, article 86, article 87, article 89, et article 91 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs ;

Vu l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, à la gestion, au fonctionnement et à l'agrément de caisses d'assurance soins, et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins ;

Vu l'arrêté royal du 12 décembre 2001 concernant les titres-services ;

Vu l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé) ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 juin 2005 relatif à l'organisation de l'Administration flamande ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 juin 2006 réglant la gestion et le fonctionnement du « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand d'assurance soins) ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 juillet 2007 portant composition et fonctionnement des conseils consultatifs auprès des agences autonomisées internes du domaine politique de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille ;

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'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau ;

Vu l'arrêté de subvention du 22 novembre 2013 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 juillet 2014 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015 fixant les règles pour la détermination d'un montant des dépenses justifiables et d'un montant des dépenses non justifiables dans le cadre de l'application de l'interdiction de cumul et de la règle de la différence ;

Vu l'accord du Ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 15 juillet 2016 ;

Vu l'avis 59.843/1/V du Conseil d'État, donné le 20 septembre 2016, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa premier, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Après délibération,

Arrête :

LIVRE 1^{er}. — Dispositions de base communes

Partie 1. — Définitions

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

- 1^o agence : l'« Agentschap voor Sociale Bescherming » (Agence pour la protection sociale flamande), mentionnée à l'article 6 du décret du 24 juin 2016 ;
- 2^o échelle de profil BEL ou BelRAI screener : les échelles d'évaluation permettant de mesurer la durée et la gravité de l'autonomie réduite telles que mentionnées à l'article 46 du décret du 24 juin 2016 ainsi que dans la réglementation relative aux services d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile, plus précisément l'article 4, A., 1^o, de l'annexe I à l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité. Le BelRAI screener est un instrument d'évaluation étayé scientifiquement, basé sur le Resident Assessment Instrument au niveau international. C'est un instrument validé qui génère des informations standardisées sur le besoin en soins du patient ou de l'utilisateur en vue des meilleurs soins pour l'utilisateur ;
- 3^o cotisation payée : la cotisation dont le montant figure sur le compte de la caisse d'assurance soins ou de l'agence ;
- 4^o budget de soins et d'aide indirectement accessibles : un budget de soins et d'aide indirectement accessibles tels que visés au chapitre 5 du décret du 25 avril 2014 ;
- 5^o décret du 24 juin 2016 : le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;
- 6^o décret du 7 mai 2004 : le décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) ;
- 7^o 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 ;
- 8^o service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile : le service visé à l'article 5 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, et agréé en application du décret précité ;
- 9^o service d'aide logistique : le service visé à l'article 8 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, et agréé en application du décret précité ;
- 10^o indicateur mandaté : une organisation, une structure ou un prestataire de soins professionnel autorisé à déterminer la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'une personne, visée à l'article 46 du décret du 24 juin 2016 ;
- 11^o indication : la détermination de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite, visée à l'article 2, 12^o, du décret du 24 juin 2016 ; 1
- 12^o échelle de Katz dans les soins à domicile : échelle d'évaluation pour mesurer l'autonomie réduite, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations visées à l'article 34, alinéa premier, 1^o, b), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 13^o échelle de Katz dans un établissement de soins, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour : échelle d'évaluation pour mesurer l'autonomie réduite, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations, visées à l'article 34, alinéa premier, 11^o et 12^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

- 14° fonctionnaire dirigeant : le fonctionnaire dirigeant chargé par le Gouvernement flamand de la direction générale, du fonctionnement et de la représentation de l'agence ;
- 15° soins de proximité et soins à domicile : forme de soins relative à l'intervention de l'assurance soins, où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure de soins non résidentielle, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité ;
- 16° Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes ;
- 17° maison de soins psychiatriques : une maison de soins psychiatrique agréée en vertu de l'article 170 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et de l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé ;
- 18° soins résidentiels : forme de soins relative à l'intervention de l'assurance soins, où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure agréée en tant que centre de services de soins et de logement, maison de repos et de soins ou maison de soins psychiatriques ou par une structure y assimilée ;
- 19° centre de services de soins et de logement : un centre de services de soins et de logement agréé, tel que visé à l'article 37 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;
- 20° inspection des soins : L'inspection des soins telle que visée à l'article 3, § 2, alinéa trois, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 31 mars 2006 concernant le Département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille, relatif à l'entrée en vigueur de la réglementation créant des agences dans le domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille et modifiant la réglementation concernant ce domaine politique ;
- 21° forme de soins : l'aide et les services non médicaux fournis par une structure de soins résidentielle, une structure de soins non résidentielle, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité.

Partie 2. — Principes généraux

Art. 2. Les interventions sont octroyées automatiquement lorsqu'il est satisfait aux conditions suivantes :

- 1° l'usager a une attestation telle que visée à l'article 87 ou 181 ;
- 2° la caisse d'assurance soins obtient l'attestation via les données provenant de fichiers de l'agence.

S'il n'est pas satisfait aux conditions fixées à l'alinéa premier, l'intervention est octroyée sur demande.

Partie 3. — Organisation de la protection sociale flamande

TITRE 1^{er}. — L'agence pour la protection sociale flamande

Chapitre 1^{er}. — Transformation du « Vlaams Zorgfonds »

Art. 3. L'agence fait partie du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille, tel que visé à l'article 2, 7°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 juin 2005 relatif à l'organisation de l'Administration flamande.

Chapitre 2. — Gestion et fonctionnement de l'agence

Art. 4. § 1^{er}. Le fonctionnaire dirigeant a délégation de compétence de décision pour les matières visées dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 octobre 2015 réglant la délégation de compétences de décision aux chefs des départements et des agences autonomisées internes.

Outre les délégations, visées à l'alinéa premier, le fonctionnaire dirigeant a également la délégation complémentaire conférée pour l'imposition de l'amende administrative visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016.

§ 2. Outre les délégations, visées au paragraphe premier, le fonctionnaire dirigeant a également les délégations spécifiques suivantes :

- 1° donner toutes les approbations requises et prendre les éventuelles décisions nécessaires, le cas échéant, pour les matières visées à l'article 8, 4° et 5°, du décret du 24 juin 2016, et conformément aux règles fixées par le Gouvernement flamand ;
- 2° prendre les décisions dans le cadre de la surveillance et du contrôle des caisses d'assurance soins tels que visés à l'article 8, 2°, du décret du 24 juin 2016, conformément aux règles fixées par le Gouvernement flamand ;
- 3° ouvrir des comptes auprès d'établissements financiers et en disposer, en fonction de la gestion de la caisse et l'investissement à court terme d'actifs financiers disponibles, conformément aux règles fixées par le Gouvernement flamand.

§ 3. L'utilisation des délégations visées aux paragraphes 1^{er} et 2 est soumise aux réglementations, conditions et limitations générales visées à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 octobre 2015 réglant la délégation de compétences de décision aux chefs des départements et des agences autonomisées internes, en ce compris les dispositions relatives à la possibilité de sous-délégation, la réglementation en cas de remplacement et la justification.

Art. 5. § 1^{er}. Les membres du personnel de l'Inspection des soins exercent sur place et sur pièces le contrôle de la gestion, du fonctionnement et de la situation financière des caisses d'assurance soins.

Les membres du personnel visés à l'alinéa premier font rapport à l'agence du contrôle exercé par eux.

§ 2. L'agence met toutes les informations demandées à disposition de l'Inspection des soins.

Les membres du personnel de l'Inspection des soins effectuent les missions d'inspection aux conditions suivantes :

- 1° l'Inspection des soins effectue les missions d'inspection données chaque année par l'agence ;
- 2° l'Inspection des soins établit à cette fin un concept d'inspection, sur la base de l'analyse des risques qui est exécutée en collaboration avec l'agence ;
- 3° l'Inspection des soins effectue également des missions d'inspections ciblées, données par l'agence ;
- 4° l'Inspection des soins peut décider de façon autonome d'effectuer une inspection, après en avoir informé l'agence ;
- 5° l'Inspection des soins établit un rapport d'inspection.

Art. 6. Il est conclu entre l'agence et l'Inspection des soins un accord de coopération fixant les modalités ultérieures.

CHAPITRE 3. — *Dispositions relatives au financement, au fonds de réserve et à la comptabilité*

Art. 7. Les dotations pour l'agence, visées à l'article 12, § 1^{er}, alinéa premier, 1^o, du décret du 24 juin 2016, sont versées avant le 10 janvier de l'année budgétaire en question.

Art. 8. L'agence est autorisée à souscrire des emprunts, après accord du Ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions, pour autant qu'il ait été satisfait au moins aux conditions suivantes :

- 1^o il est pris contact avec au moins trois fournisseurs de prêts potentiels ;
- 2^o il est fait référence à un taux du marché généralement utilisé.

Art. 9. Tout prélèvement du fonds de réserve est tributaire de l'autorisation préalable du Ministre et du Ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions.

Art. 10. Au plus tard le 31 mars, l'agence remet au Ministre et au Ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions, un rapport comptable de toutes les opérations de l'année écoulée.

Le Ministre et le Ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions arrêtent les exigences de forme auxquelles le rapport doit répondre.

TITRE 2. — Les caisses d'assurance soins

CHAPITRE 1^{er}. — *Procédure de délivrance de l'agrément*

Art. 11. Pour être recevable, une demande d'agrément d'une caisse d'assurance soins doit émaner d'une instance telle que visée à l'article 15 du décret du 24 juin 2016. La demande doit être envoyée à l'agence par lettre recommandée et contenir les informations et documents suivants :

- 1^o les statuts de la caisse d'assurance soins ;
- 2^o les prénoms, nom de famille, domicile ou résidence, profession et nationalité des administrateurs de la caisse d'assurance soins et des personnes chargées de la direction effective de la caisse d'assurance soins et les mandats de ces dernières ;
- 3^o les statuts de l'instance ou des instances visées à l'article 15 du décret du 24 juin 2016, qui a ou ont créé la caisse d'assurance soins ;
- 4^o les nom, prénoms, domicile ou résidence des membres, personnes physiques ou morales qui possèdent une participation qualifiée au sein de l'assemblée générale de la caisse d'assurance soins, ainsi que le pourcentage de cette participation ;
- 5^o l'engagement de respecter les règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016 ;
- 6^o d'autres documents et pièces déterminés par l'agence.

Une participation qualifiée au sens de l'alinéa premier, 4^o suppose la possession directe ou indirecte d'au moins 10 % des droits de vote ou toute autre possibilité d'exercer une influence significative sur la gestion de la caisse d'assurance soins.

Art. 12. § 1^{er}. Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence communique à la caisse d'assurance soins si la demande est recevable.

Si la demande n'est pas recevable du fait qu'une ou plusieurs informations ou documents tels que visés à l'article 11 font défaut, l'agence réclame les informations ou pièces manquantes. L'agence fixe un délai pour la remise des informations ou documents. Dans les trente jours de la réception des informations ou pièces, l'agence communique à la caisse d'assurance soins si la demande est recevable. Lorsqu'aucune information ou aucun document n'a été transmis, la demande est déclarée non recevable.

L'agence examine la demande.

§ 2. Dans les quatre mois de la notification de recevabilité de la demande à la caisse d'assurance soins, la décision motivée du fonctionnaire dirigeant d'accorder l'agrément ou l'intention motivée du fonctionnaire dirigeant de refuser l'agrément lui est envoyée par lettre recommandée.

L'agrément ne peut être octroyé que s'il ressort de la demande que la caisse d'assurance soins satisfera aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016.

Art. 13. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins peut introduire une réclamation contre l'intention visée à l'article 12, § 2, alinéa premier.

Pour qu'elle soit recevable, la réclamation doit être motivée et adressée au Ministre par lettre recommandée au plus tard trente jours après réception de l'intention. La décision du Ministre est envoyée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée dans le mois qui suit la réception de la réclamation. Le Ministre ne peut prendre une décision qu'après que la caisse d'assurance soins a été entendue, sauf si elle n'a pas donné suite à une invitation.

Si la caisse d'assurance soins n'a pas introduit de réclamation recevable, la décision motivée du fonctionnaire dirigeant de refuser l'agrément est notifiée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée dans un délai d'un mois qui suit l'expiration du délai de réclamation.

§ 2. La décision d'octroi de l'agrément est publiée par extrait au *Moniteur belge*.

Art. 14. L'agrément d'une caisse d'assurance soins est valable pour une durée de cinq ans.

Art. 15. L'agrément visé à l'article 14 peut être prorogé si la caisse d'assurance soins agréée introduit une demande à cet effet au plus tard huit mois avant l'expiration de son agrément. Les articles 11, 12 et 13 s'appliquent par analogie, à l'exception de l'article 11, alinéa premier, 3^o.

CHAPITRE 2. — *Procédure de retrait et de suspension de l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée*

Art. 16. Lorsque l'agence constate qu'une caisse d'assurance soins ne fonctionne pas conformément aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016, que sa gestion ou sa situation financière n'offre pas de garantie suffisante de bonne exécution de ses engagements ou que son organisation administrative ou comptable ou son contrôle interne présentent de sérieuses lacunes, l'agence met la caisse d'assurance soins en demeure par lettre recommandée, afin d'y remédier dans un délai à fixer par l'agence.

Art. 17. Le fonctionnaire dirigeant ou le Ministre peut retirer l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée dans les cas suivants :

- 1° lorsque la caisse d'assurance soins ne fait pas usage de l'agrément dans les douze mois, ou lorsqu'elle a suspendu ses activités pendant plus de six mois ;
- 2° lorsqu'elle ne respecte pas les règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016, ou lorsque sa gestion ou sa situation financière n'offre pas de garantie suffisante de bonne exécution de ses engagements ou que son organisation administrative ou comptable ou son contrôle interne présentent de sérieuses lacunes, après l'expiration du délai visé à l'article 16.

Dans les cas énoncés à l'alinéa premier, le fonctionnaire dirigeant exprime une intention motivée de retirer l'agrément, qui est notifiée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins.

Art. 18. La caisse d'assurance soins peut introduire une réclamation contre l'intention visée à l'article 17, alinéa deux. Pour qu'elle soit recevable, la réclamation doit être motivée et adressée au Ministre par lettre recommandée au plus tard trente jours après réception de l'intention. La décision du Ministre est envoyée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée dans les deux mois qui suit la réception de la réclamation. Le Ministre ne peut prendre une décision qu'après que la caisse d'assurance soins a été entendue, sauf si elle n'a pas donné suite à une invitation dûment envoyée.

Si la caisse d'assurance soins agréée n'a pas introduit de réclamation recevable contre l'intention, la décision motivée du fonctionnaire dirigeant de retirer l'agrément est notifiée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée dans un délai d'un mois qui suit l'expiration du délai de réclamation.

Art. 19. Une caisse d'assurance soins agréée peut demander par lettre recommandée au fonctionnaire dirigeant de retirer son agrément. La décision est notifiée à cette caisse d'assurance soins par lettre recommandée, au plus tard deux mois après réception de la demande.

Art. 20. L'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée est retiré d'office par le fonctionnaire dirigeant en cas de dissolution de cette caisse d'assurance soins. Cette décision est notifiée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins concernée au plus tard quinze jours après avoir été prise.

Art. 21. La décision de retrait de l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée mentionne la date à laquelle le retrait prend cours. Cette décision est publiée par extrait au *Moniteur belge*.

Art. 22. Le retrait de l'agrément entraîne l'interdiction pour la caisse d'assurance soins de procéder à de nouvelles affiliations.

L'agence imposera au besoin toutes les mesures appropriées afin de sauvegarder les droits des affiliés et usagers.

Une caisse d'assurance soins dont l'agrément a été retiré reste assujettie aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016, jusqu'à la clôture de sa liquidation.

Art. 23. Dans les cas mentionnés à l'article 17, alinéa premier, 2°, le fonctionnaire dirigeant ou le Ministre peut suspendre l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée. L'article 17, alinéa deux, et les articles 18 et 21 s'appliquent par analogie.

La suspension de l'agrément entraîne l'interdiction pour la caisse d'assurance soins de procéder à de nouvelles affiliations.

CHAPITRE 3. — *Fonctionnement territorial*

Art. 24. Les instances visées à l'article 15 du décret du 24 juin 2016 sont actives sur tout le territoire de la région linguistique néerlandaise et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale lorsque soit elles possèdent un siège d'exploitation dans chaque province de la région linguistique néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, soit elles y sont représentées, soit elles y ont des affiliés ou des assurés, selon le cas.

CHAPITRE 4. — *Organisation, fonctionnement et gestion des caisses d'assurance soins, et surveillance et contrôle des caisses d'assurance soins*

Section 1^{re}. — Organisation, fonctionnement et gestion des caisses d'assurance soins

Art. 25. Une caisse d'assurance soins dispose d'une structure de gestion, d'une organisation administrative et comptable et d'un contrôle interne, qui sont adaptés à ses activités. Le Ministre peut en arrêter les modalités.

Le contrôle interne visé au premier alinéa porte au moins sur la validité, l'intégralité et l'exactitude avec lesquelles les opérations financières sont traitées dans les documents comptables et les comptes.

Art. 26. Les moyens techniques et financiers de la caisse d'assurance soins sont adaptés à ses activités et garantissent une bonne exécution de ses engagements.

Art. 27. La direction effective d'une caisse d'assurance soins est confiée à deux personnes au moins.

La caisse d'assurance soins agréée inscrit dans la liste de son personnel rémunéré les personnes qui consacrent 50 % ou davantage de leur temps de travail à la caisse d'assurance soins.

Art. 28. L'objet social de la caisse d'assurance soins, tel que prévu par ses statuts, se limite aux tâches définies à l'article 19 du décret du 24 juin 2016.

Les statuts de la caisse d'assurance soins contiennent les droits et obligations des affiliés et des usagers. Ils ne peuvent être contraires aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016.

Art. 29. L'article III.82, l'article III.83, alinéa premier, l'article III.84, alinéas un à cinq inclus, l'article III.86, alinéa premier et alinéa quatre, l'article III.87, § 1^{er} et § 2, alinéa premier, l'article III.88 et l'article III.89 du Code de droit économique s'appliquent par analogie à une caisse d'assurance soins.

Art. 30. Une caisse d'assurance soins fournit aux personnes désireuses de s'affilier et à ses affiliés au moins les informations déterminées par le Ministre.

Les documents utilisés ou diffusés par une caisse d'assurance soins sont conformes aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016.

Les documents ou formulaires que la caisse d'assurance soins porte à la connaissance du public contiennent les mentions déterminées par le Ministre.

Art. 31. Le Ministre peut déterminer lesquelles des données visées à l'article 19, alinéa premier, 4°, du décret du 24 juin 2016, sont les données minimales à enregistrer, de même que leur mode d'enregistrement et leur mode de transmission à l'agence.

Art. 32. Une caisse d'assurance soins s'abstient :

- 1° de consentir des prêts sous quelque forme que ce soit ;
- 2° de conclure des conventions avec une mutualité, une union nationale de mutualités, une société mutualiste, une compagnie d'assurances ou toute autre organisation avec laquelle elle a des liens financiers, commerciaux ou administratifs, ou de conclure des accords ou de définir des règlements susceptibles d'influencer la répartition des coûts et des recettes, et ainsi de fausser les comptes.

Section 2. — Surveillance et contrôle des caisses d'assurance soins

Art. 33. Une caisse d'assurance soins informe l'agence par lettre recommandée des modifications de ses statuts et de la liste de ses administrateurs, dans le délai d'un mois après leur approbation par l'assemblée générale. Au plus tard un mois après cette notification, l'agence peut s'opposer, par lettre recommandée et motivée, à toute modification contraire aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016.

Dans le cas énoncé à l'alinéa premier, la caisse d'assurance soins fait en sorte que la modification soit retirée ou adaptée, et ce dans les deux mois qui suivent l'envoi de la lettre de l'agence.

Art. 34. Une caisse d'assurance soins désigne un réviseur d'entreprises, qui est choisi par l'assemblée générale parmi les membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises. Si la caisse d'assurance soins prend la forme juridique d'une société mutualiste telle que visée à l'article 43bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, le réviseur d'entreprises doit être agréé par l'Office de contrôle des mutualités et unions nationales de mutualités. Dans les autres cas, le réviseur d'entreprises doit être agréé par la Banque nationale de Belgique.

Le réviseur d'entreprises est désigné pour une période renouvelable de trois ans. Il ne peut être révoqué que pour des motifs légitimes.

La caisse d'assurance soins agréée communique à l'agence le nom, les prénoms et l'adresse du réviseur d'entreprises dans le mois qui suit sa désignation.

Outre sa rémunération, la caisse d'assurance soins ne peut procurer au réviseur d'entreprise aucun avantage, sous quelque forme que ce soit. Des missions supplémentaires ne peuvent lui être confiées qu'avec l'approbation de l'assemblée générale.

Lorsque le mandat du réviseur d'entreprises prend fin, pour quelque raison que ce soit, la caisse d'assurance soins agréée désigne un successeur dans les trois mois.

Art. 35. Le réviseur d'entreprises désigné par une caisse d'assurance soins contrôle, en respectant les normes générales de contrôle de l'Institut des réviseurs d'entreprises :

- 1° le caractère fidèle et complet de la comptabilité et des comptes annuels ;
- 2° le caractère adéquat et le fonctionnement de l'organisation administrative et comptable, et du contrôle interne.

Le réviseur d'entreprises peut à tout moment prendre connaissance, au siège de la caisse d'assurance soins agréée, de tout document qu'il juge nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Il peut exiger des administrateurs et des personnes chargées de la direction effective, tous éclaircissements et informations, et opérer toutes les vérifications nécessaires.

Il porte sans tarder à la connaissance des administrateurs de la caisse d'assurance soins toute infraction aux règles fixées par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016, ainsi que tout ce qui pourrait, à son avis, compromettre la situation financière de la caisse d'assurance soins agréée.

Il vise le rapport comptable mentionné à l'article 25 du décret du 24 juin 2016, ainsi que le bilan social mentionné à l'article 39, § 2, du présent arrêté.

Art. 36. Le réviseur rédige annuellement un rapport sur les résultats de ses contrôles, en respectant les normes générales de contrôle de l'Institut des réviseurs d'entreprises. Ce rapport mentionne plus particulièrement :

- 1° la manière dont les missions de contrôle ont été effectuées et si tous les éclaircissements et documents demandés ont été obtenus ;
- 2° si la comptabilité est tenue et si les comptes annuels sont rédigés conformément aux prescriptions qui leur sont applicables ;
- 3° si, de l'avis du réviseur, les comptes annuels donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de la caisse d'assurance soins agréée.

Dans ce rapport, le réviseur mentionne et justifie d'une manière claire et précise les réserves et les objections qu'il estime devoir exprimer. Dans l'autre cas, il mentionne explicitement qu'il n'a ni objection ni réserve à formuler.

Le rapport est joint aux comptes annuels, qui sont soumis à l'approbation de l'assemblée générale. Le réviseur est invité à assister à l'assemblée générale lorsqu'elle est amenée à délibérer sur les comptes annuels et sur le rapport qu'il a rédigé. Il a le droit de prendre la parole à l'assemblée générale au sujet de l'accomplissement de sa mission.

Art. 37. § 1^{er}. Une caisse d'assurance soins conserve, à son siège ou dans un autre lieu autorisé préalablement par l'agence, pendant une période à déterminer par le Ministre, tous les documents relatifs aux affiliations et interventions effectuées par elle.

§ 2. Une caisse de soins fournit à l'agence ou à l'Inspection des soins, sur simple demande, tous les renseignements que l'agence et l'Inspection des soins jugent nécessaires à l'exécution de leurs missions. Elle autorise l'agence ou l'Inspection des soins à consulter tous les documents à son siège et à mener tout examen de sa situation financière et de ses activités.

Une caisse d'assurance soins veille à ce que tous ses collaborateurs fournissent à l'agence ou à l'Inspection des soins, sur simple demande, toutes les informations dont ils disposent au sujet des affiliations et interventions auxquelles ils ont collaboré.

Art. 38. Lorsqu'un document ne remplit pas les conditions énoncées à l'article 30, la caisse d'assurance soins assure son retrait ou adaptation dans un délai d'un mois après avoir été mise en demeure par l'agence de le faire.

Art. 39. § 1^{er}. Avant le 30 avril de chaque année, une caisse d'assurance soins transmet à l'agence ses comptes annuels et son rapport comptable, tels que visés à l'article 35, pour l'exercice précédent. L'agence détermine les exigences de forme auxquelles le rapport comptable doit satisfaire.

§ 2. Avec les comptes annuels et le rapport comptable, une caisse d'assurance soins agréée remet à l'agence le bilan social inclus dans le « Modèle complet de comptes annuels » ou le « Modèle abrégé de comptes annuels », établi par la Banque nationale de Belgique en application de l'article 174, § 2, de l'arrêté royal du 30 janvier 2001 portant exécution du Code des Sociétés.

Le bilan social mentionné à l'alinéa premier contient les informations suivantes :

- 1° le nombre de membres du personnel employés, le nombre d'heures prestées, la rotation du personnel et les formations suivies par les membres du personnel pendant l'exercice écoulé. La caisse d'assurance soins agréée communique également les frais de personnel associés à ces composants pour l'exercice en question, conformément aux sections I.A, II et IV du bilan social visé à l'alinéa premier ;
- 2° les frais facturés à la caisse d'assurance soins agréée pour les membres du personnel temporaire, les intérimaires et les personnes qui ont exécuté des tâches pour la caisse d'assurance soins, mais qui n'ont pas conclu de contrat de travail avec la caisse d'assurance soins. Ces frais sont associés au nombre de personnes employées et au nombre d'heures prestées pour la caisse d'assurance soins, conformément à la section I.B du bilan social visé à l'alinéa premier.

Partie 4. — Obligations de l'usager

TITRE 1^{er}. — Affiliation à la protection sociale flamande

CHAPITRE 1^{er}. — Affiliation

Section 1^{re}. — Affiliation obligatoire ou affiliation volontaire des personnes visées à l'article 29, § 2, alinéa deux ou alinéa quatre du décret du 24 juin 2016

Art. 40. Une personne telle que visée à l'article 29, § 2, alinéa deux ou alinéa quatre, du décret du 24 juin 2016, a exercé son droit à la libre circulation des travailleurs ou à la liberté d'établissement si elle remplit une des conditions suivantes :

- 1° immédiatement avant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle a travaillé dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse ;
- 2° immédiatement avant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle a habité dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse ;
- 3° pendant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle a déménagé d'un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse.

Section 2. — Délais d'affiliation

Sous-section 1^{re}. — Obligation d'affiliation

Art. 41. § 1^{er}. Toute personne, visée à l'article 29, § 1^{er}, alinéa premier, du décret du 24 juin 2016, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans. Lorsque cette personne ne s'affilie pas avant le 1^{er} juillet de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans, elle est affiliée d'office à la « Vlaamse Zorgkas » à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les première et deuxième cotisations des membres peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année dans laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que la personne n'encoure une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

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

Les personnes venant habiter en région linguistique néerlandaise pendant la première moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivant celle dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

Les personnes venant habiter en région linguistique néerlandaise pendant la deuxième moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première, deuxième et troisième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant celle dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première, deuxième et troisième cotisations des membres.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 29, § 2, alinéa premier et alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où l'agence a reçu de la Banque Carrefour de la sécurité sociale le fichier dans lequel ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016.

Le Ministre fixe les modalités relatives au délai d'affiliation, la notion d'emploi et la preuve relative à la qualité d'assuré social belge.

Sous-section 2. — Affiliation volontaire

Art. 42. § 1^{er}. Toute personne, visée à l'article 29, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans.

Les première et deuxième cotisations des membres peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année dans laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que cette personne n'encoure une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

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

Les personnes venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours de la première moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivant l'année dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

Les personnes venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours de la deuxième moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première, deuxième et troisième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant l'année dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première, deuxième et troisième cotisations des membres.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 29, § 2, alinéas trois et quatre, du décret du 24 juin 2016, et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où l'agence a reçu de la Banque Carrefour de la sécurité sociale le fichier dans lequel ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins.

Le Ministre fixe les modalités relatives au délai d'affiliation, la notion d'emploi et la preuve relative à la qualité d'assuré social belge.

§ 4. Le paragraphe 3 s'applique aux militaires belges, ou aux militaires belges retraités résidant dans un autre État membre de l'UE ou de l'EEE, ou en Suisse en raison d'une mission à l'étranger.

À l'alinéa premier, l'on entend par militaire belge : militaire rémunéré par le Ministère belge de la Défense, et ses personnes à charge.

§ 5. Toute personne, visée aux paragraphes 1^{er} à 4 inclus, s'affiliant en dehors des périodes, visées aux paragraphes 1^{er} à 4 inclus, est affiliée tardivement. L'affiliation tardive prend cours à partir du 1^{er} janvier de l'année dans laquelle la première cotisation des membres est payée. Dans ce cas, le délai d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, s'applique. La suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins est également imposée en cas d'affiliation tardive pour les années pour lesquelles la personne aurait pu s'affilier et ne l'a pas fait.

Sous-section 3. — Interdiction d'affiliation

Art. 43. Les personnes suivantes ne peuvent pas s'affilier à une caisse d'assurance soins :

- 1° toute personne pouvant invoquer une convention internationale ou un protocole l'exemptant de charges sociales dans les États contractants ;
- 2° les personnes visées à l'article 3, § 1^{er}, alinéa trois, du décret du 24 juin 2016. Cette disposition s'applique également aux étudiants provenant d'un État membre de l'UE ou de l'EEE autre que la Belgique, ou de la Suisse, lorsqu'ils n'ont pas la qualité d'assuré social belge.

Art. 44. Le Ministre fixe les modalités relatives à la présente interdiction d'affiliation et le remboursement des cotisations des membres.

Le Ministre détermine également la manière de fournir la preuve qu'une personne a la qualité d'assuré social dans un autre État membre.

Art. 45. Toute personne, visée à l'article 43, acquérant la qualité d'une personne visée à l'article 41 ou 42, peut payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année après la date du changement de sa qualité, sans que cette personne n'encoure une suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins, sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016, et sans que le délai d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, ne s'applique.

Section 3. — Mode d'affiliation

Art. 46. Une personne s'affilie à la caisse d'assurance soins à laquelle elle paie la première cotisation. L'affiliation est valable par année calendaire.

Art. 47. Lorsqu'une personne a été correctement signalée à l'agence comme membre par différentes caisses d'assurance soins, il devient membre de la première caisse d'assurance soins ayant notifié l'affiliation à l'agence dans les délais fixés à cet effet.

Les caisses d'assurance soins visées à l'alinéa premier peuvent, après concertation, renoncer à l'affiliation d'une personne au profit d'une autre caisse de soins.

Section 4. — Délai d'attente minimal dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale

Art. 48. En exécution de l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, le délai minimum de dix ans qui y est visé est modifié en un délai minimum de cinq ans.

Section 5. — Changement de caisse d'assurance soins

Art. 49. Un membre peut muter de caisse d'assurance soins à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'année dans laquelle il a communiqué l'intention de mutation. À cet effet, il remplit le formulaire de mutation mis à disposition par l'agence et le transmet à l'autre caisse d'assurance soins au plus tard le cinq décembre de l'année en cours.

Art. 50. Une personne affiliée à une caisse d'assurance soins, établie par une mutualité, une Union nationale ou une société d'assistance mutuelle, telle que visée à l'article 15, alinéa premier, 1^o, du décret du 24 juin 2016, et en même temps membre d'une mutualité n'appartenant pas à l'Union nationale ou à la société d'assistance mutuelle précitée, peut encore muter de caisse d'assurance soins, en dérogation à l'application de l'article 49 du présent arrêté.

Art. 51. Le Ministre fixe les modalités relatives à la mutation de caisse d'assurance soins.

*CHAPITRE 2. — Cotisations pour la protection sociale flamande**Section 1^{re}. — Montant et perception des cotisations pour la protection sociale flamande*

Art. 52. Dans le présent article, l'on entend par indice santé : l'indice des prix calculé pour l'application de l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays, confirmé par la loi du 30 mars 1994 portant dispositions sociales.

La cotisation annuelle des membres, visée à l'article 30, § 1^{er}, du décret du 24 juin 2016, s'élève à 50 euros.

Par dérogation à l'alinéa deux, la cotisation annuelle des membres s'élève à 25 euros pour les personnes ayant droit, au 1^{er} janvier de l'année calendaire précédant l'année calendaire à laquelle se rapporte la cotisation des membres, à l'intervention majorée de l'assurance, visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les montants visés aux alinéas deux et trois sont, à partir de l'année calendaire 2017 et chaque année le 1^{er} janvier, rattachés à l'évolution de l'indice de santé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice de santé des prix à la consommation du mois d'avril en 2014.

Après le calcul annuel, visé à l'alinéa quatre, les montants sont arrondis à l'unité inférieure, lorsque le dernier chiffre après la virgule est inférieur à cinq. Les montants sont arrondis à l'unité supérieure si le premier chiffre après la virgule est cinq ou plus.

Art. 53. Outre que la cotisation annuelle des membres, la caisse d'assurance soins réclame de ses membres annuellement les cotisations dues pour les années précédentes, sauf les cotisations des membres étant réclamées par l'agence en même temps que l'amende administrative visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016.

La caisse d'assurance soins peut, si le membre y consent, réclamer les cotisations dues par le biais d'un message électronique.

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

Art. 54. Le montant des cotisations perçu est attribué à l'année la plus récente pour laquelle la cotisation des membres n'a pas ou n'a pas entièrement été payée.

Art. 55. La caisse d'assurance soins déduit les cotisations non payées par l'utilisateur des interventions versées à l'utilisateur, sauf pour ce qui concerne les cotisations réclamées par l'agence en même temps que l'amende administrative visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016.

Art. 56. Le Ministre fixe les modalités relatives à la perception des cotisations des membres.

Section 2. — Rappel

Art. 57. Lorsqu'un membre ne paie pas la cotisation annuelle des membres après la première lettre d'invitation, la caisse d'assurance soins envoie un rappel au plus tard le 30 novembre de la même année calendaire, sauf si la cotisation annuelle des membres avait été réclamée par lettre recommandée.

Section 3. — Courrier recommandé

Art. 58. Des membres n'ayant pas ou n'ayant pas entièrement payé au moins deux cotisations, pas nécessairement consécutives, la caisse d'assurance soins réclame les cotisations dues par lettre recommandée au plus tard le 31 mars de l'année dans laquelle la cotisation suivante est due.

Des membres, visés à l'alinéa premier, à qui il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée, visée à l'alinéa premier, au plus tard le 31 mars, la caisse d'assurance soins réclame encore les cotisations des membres dues par lettre recommandée, au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

Le Ministre peut déterminer les situations dans lesquelles il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée visée au paragraphe deux.

En vue de l'imposition de l'amende administrative visée à l'article 32 du décret du 24 juin 2016, chaque caisse d'assurance soins transmet par voie électronique à l'agence et suivant les conditions imposées par l'agence, les données des personnes auxquelles une lettre recommandée telle que visée aux alinéas premier et deux, a été envoyée. Cela se fait au plus tard le 15 mai de l'année d'envoi des lettres recommandées.

CHAPITRE 3. — Cessation de l'affiliation

Art. 59. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année dans laquelle les membres s'étant affiliés obligatoirement ne relèvent plus du champ d'application du décret du 24 juin 2016, visé à l'article 3 du décret précité. La cotisation annuelle des membres reste due pour l'année en cours.

Art. 60. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année dans laquelle les membres s'étant affiliés volontairement ne relèvent plus du champ d'application du décret du 24 juin 2016, visé à l'article 3 du décret précité. La cotisation annuelle des membres reste due pour l'année en cours.

Art. 61. L'affiliation prend fin rétroactivement le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la cotisation des membres a été entièrement payée lorsque les membres s'étant affiliés volontairement en font la demande.

Art. 62. L'affiliation prend fin rétroactivement et d'office pour les personnes s'étant affiliées volontairement et n'ayant pas payé ou n'ayant payé que partiellement la cotisation annuelle des membres à trois reprises. L'affiliation prend fin rétroactivement le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la cotisation des membres a été entièrement payée.

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

Art. 63. Lorsque la personne, visée à l'article 61 ou 62, s'affilie de nouveau à une caisse d'assurance soins après la cessation rétroactive de son affiliation, l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, et la suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins restent d'application.

Art. 64. Les cotisations des membres d'une personne pouvant s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins sont uniquement remboursées par la caisse d'assurance soins lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 1° la personne démontre ne pas être informée au moment du paiement des cotisations des membres du fait que l'affiliation est volontaire ;
- 2° la personne introduit une demande écrite.

Partie 5. — Dispositions de sanction : l'amende administrative

TITRE 1^{er}. — Cas dans lesquels l'amende administrative est imposée

Art. 65. Sans préjudice de l'application éventuelle de la suspension avec perte de droits des interventions de l'assurance soins, une amende administrative est imposée à chaque membre visé à l'article 41 du présent arrêté, qui, conformément à l'article 30, § 1^{er}, du décret du 24 juin 2016, n'a pas payé ou n'a que partiellement payé la cotisation visée à l'article 30 à trois reprises, pas forcément successives, au plus tard le 30 avril de l'année de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 58 du présent arrêté.

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

Art. 66. Le non-paiement de la cotisation des membres ou le paiement partiel de la cotisation des membres n'est pas pris en compte pour l'imposition d'une amende administrative dans les cas cités ci-après :

- 1° le membre réside, au moment de l'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 58, dans un établissement pénitentiaire ou est 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. Une attestation de l'établissement en question en constitue la preuve ;
- 2° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office au moment de l'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 58. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve ;
- 3° le membre fait l'objet d'accompagnement budgétaire ou de gestion budgétaire par un centre public d'aide sociale ou par une institution de médiation de dettes agréée par la Communauté flamande au moment de l'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 58. Une attestation du centre public d'aide sociale ou de l'institution agréée en constitue la preuve ;
- 4° le non-paiement ou le paiement partiel de la cotisation des membres résulte d'une faute de l'agence, du registre national ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale ;
- 5° la non-réception ou la réception tardive de la lettre recommandée, visée à l'article 58, résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins. Une attestation de la caisse d'assurance soins en constitue la preuve ;
- 6° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la région linguistique néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale et faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire auprès de l'agence ;
- 7° la cotisation des membres est payée sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai de l'année d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 58 ;
- 8° la caisse d'assurance soins a indûment remboursé une cotisation des membres entièrement payée.

Il n'est pas imposé d'amende administrative aux personnes connues auprès de l'agence comme :

- 1° étant exclues d'office ;
- 2° disparues.

TITRE 3. — Procédure

Art. 67. Les caisses d'assurance soins communiquent à l'agence les données des personnes prises en considération pour une amende administrative. Le Ministre fixe les modalités relatives à ce sujet.

Art. 68. Le fonctionnaire dirigeant impose l'amende administrative.

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

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

TITRE 4. — Réclamation à la suite de l'imposition de l'amende administrative

Art. 69. Les personnes auxquelles une amende administrative est imposée peuvent introduire une réclamation auprès de l'agence dans un délai de deux mois après l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 68, alinéa deux. La réclamation n'est recevable que lorsqu'elle est motivée et que toutes les pièces pertinentes y sont jointes. La réclamation est suspensive.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision après l'avis de l'agence. Le Ministre fixe les modalités relatives à la procédure de réclamation.

TITRE 5. — Recouvrement

Art. 70. Lorsqu'une personne ne paie pas dans le délai, visé à l'article 68, alinéa deux, l'amende administrative sera, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, dans le cadre de l'amende administrative, recouvrée sous contrainte.

Les données des personnes chez qui l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, doit être recouvrée sous contrainte sont transmises au service flamand des contributions.

Partie 6. — Interventions**TITRE 1^{er}. — Généralités**

Art. 71. L'intervention est versée au plus tard à la fin du mois auquel elle se rapporte.

Par dérogation à l'alinéa premier, l'intervention pour soins résidentiels de la caisse d'assurance soins est versée après le dernier jour du mois auquel elle se rapporte.

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

Le Ministre fixe les modalités de paiement.

Art. 72. Afin de pouvoir continuer de prétendre à une intervention, l'utilisateur est tenu de communiquer immédiatement à la caisse d'assurance soins tout changement dans sa situation ou les soins susceptible d'avoir un impact sur l'intervention.

L'utilisateur n'est cependant pas obligé de communiquer à la caisse d'assurance soins le changement visé à l'alinéa premier lorsque :

- 1° il s'agit de modifications aux informations visées à l'article 3, alinéa premier, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, pour autant qu'il ait signalé ces modifications à la caisse d'assurance soins ;
- 2° il s'agit d'un élément qui a déjà été communiqué à une autre autorité dans le cadre de la réglementation en vigueur et pour autant que le Ministre ait repris cet élément dans une liste rédigée à cet effet.

Le Ministre peut déterminer les règles relatives à la communication des informations à la caisse d'assurance soins.

Art. 73. § 1^{er}. L'utilisateur ne pouvant pas payer de cotisation des membres uniquement en raison de la condition d'âge peut prétendre à une intervention lorsqu'il remplit les conditions visées à l'article 28 du décret du 24 juin 2016.

Pour la durée de la décision d'intervention, l'utilisateur visé à l'alinéa premier est censé être affilié à une caisse d'assurance soins de son choix, telle que visée à l'article 28, § 1^{er}, alinéa premier, 1°, du décret du 24 juin 2016. Tant qu'il ne remplit pas la condition d'âge pour payer une cotisation des membres, il ne doit pas la payer.

La condition, visée à l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, ne s'applique pas à l'utilisateur, tel que visé à l'alinéa premier.

§ 2. Pour qu'un usager de moins de 18 ans puisse prétendre aux droits mentionnés dans le décret du 24 juin 2016, au moins un de ses parents ou son représentant légal doit être affilié à une caisse d'assurance soins. Cette condition s'applique dès qu'un des parents ou le représentant légal est âgé d'au moins 27 ans.

La condition visée à l'alinéa premier ne s'applique pas lorsque et tant qu'un des parents ou le représentant légal est autorisé à s'affilier à la protection sociale flamande.

Il peut être dérogé à la condition visée à l'alinéa premier par une décision de l'agence, prise sur la base d'un intérêt prouvé, après avis de la commission de réclamation visée à l'article 130.

Art. 74. Le Ministre peut déterminer les règles relatives à l'exécution du versement.

TITRE 2. — Cumul d'interventions pour plusieurs piliers de la protection sociale flamande

Art. 75. L'intervention de la caisse d'assurance soins, le budget d'assistance de base et l'intervention pour aide aux personnes âgées sont cumulables.

TITRE 3. — Recouvrement d'interventions indûment payées

Art. 76. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins communique sa décision de recouvrer ou de déduire les interventions indûment payées par une lettre recommandée adressée à l'utilisateur ou à son représentant. La décision mentionne au moins :

- 1° que les interventions indûment payées peuvent être déduites des futures interventions de la protection sociale flamande ;
- 2° la possibilité pour l'utilisateur ou son représentant d'introduire auprès de l'agence une réclamation à la suite du recouvrement ou de la déduction des interventions indûment payées.

Le Ministre détermine les autres mentions que doit contenir la décision visée à l'alinéa premier.

§ 2. La caisse d'assurance soins peut, pour l'envoi de la lettre recommandée visée au paragraphe un, alinéa premier, adresser à l'utilisateur ou à son représentant une lettre contenant les mentions visées au paragraphe un, alinéa premier. Si l'utilisateur ne réagit pas à la lettre dans un délai d'un mois, la caisse d'assurance soins lui envoie une lettre recommandée telle que visée au paragraphe un, alinéa premier.

Art. 77. L'utilisateur ou son représentant peut demander un plan d'amortissement à la caisse d'assurance soins en vue du remboursement des interventions indûment payées. La caisse d'assurance soins décide d'accorder ou de refuser ce plan d'amortissement. La caisse d'assurance remet à l'utilisateur un plan d'amortissement éventuellement adapté ou informe l'utilisateur que le plan d'amortissement ne peut être accepté.

Si l'utilisateur vient à décéder pendant l'exécution du plan d'amortissement, le recouvrement prend fin, sauf en cas de fraude ou de dol.

Art. 78. Les interventions indûment payées sont recouvrées par voie de contrainte lorsque :

- 1° à défaut de plan d'amortissement de la caisse d'assurance soins, l'utilisateur n'a pas remboursé le montant des interventions indûment payées dans les trois mois qui suivent l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 76, § 1^{er} ;
- 2° l'utilisateur ne respecte pas scrupuleusement le plan d'amortissement de la caisse d'assurance soins ;

- 3° la caisse d'assurance soins ne peut déduire les interventions indûment payées des futures interventions de la protection sociale flamande.

La caisse d'assurance soins communique au service flamand des contributions les données des personnes auprès desquelles les interventions indûment payées doivent être recouvrées par voie de contrainte via l'agence. L'agence renonce d'office au recouvrement lorsque le montant est inférieur à 200 euros.

Art. 79. La caisse d'assurance soins renonce d'office au recouvrement des interventions indûment payées en cas de décès de l'utilisateur.

Lorsque l'utilisateur a indûment touché des allocations pour aide aux personnes âgées et qu'il séjourne dans un centre de services et de soins ou dans une maison de soins psychiatriques, la caisse d'assurance soins déduit les interventions indûment payées des interventions de l'assurance soins. En même temps, la caisse d'assurance soins renonce au recouvrement des interventions indûment payées qui ne sont pas déduites des interventions de l'assurance soins.

Par dérogation à l'article 78, alinéa deux, ainsi qu'aux alinéas premier et deux, cette renonciation n'a pas lieu :

- 1° en cas de fraude ou de dol ;
- 2° lorsqu'il existe des interventions indûment payées et non encore payées au moment du décès de l'intéressé. Dans ce cas, le recouvrement des interventions indûment payées a lieu par voie de déduction des interventions non encore payées.

Art. 80. § 1^{er}. L'utilisateur ou son représentant peut notifier à l'agence une réclamation contre la décision de recouvrement ou de déduction, conformément à l'article 134, § 2, selon les modalités précisées à l'article 39, § 5, du décret du 24 juin 2016.

La réclamation visée à l'alinéa premier peut également être introduite par un centre public d'aide sociale, un service d'assistance sociale de la mutualité, visé à l'article 14 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, ou d'autres instances intervenant dans l'intérêt de l'utilisateur.

Lorsque l'utilisateur ou son représentant a introduit, avant l'expiration du délai de trois mois, une réclamation telle que visée à l'alinéa premier, le recouvrement est suspendu jusqu'à ce que le fonctionnaire dirigeant ait pris une décision quant à la réclamation. Lorsque la réclamation est introduite après le délai de trois mois, la réclamation est déclarée irrecevable. Le délai de trois mois commence à courir à partir du jour de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 76, § 1^{er}.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant se prononce sur la réclamation après avoir obtenu l'avis de la commission de réclamation visée à l'article 130, et en application des dispositions des articles 135 et 136. Le fonctionnaire dirigeant a la possibilité de renoncer au paiement ou de le restreindre lorsque l'utilisateur, soit se trouve, en raison de l'application du recouvrement, sous le seuil de pauvreté tel que défini dans les European Union – Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), soit est exposé à des frais exceptionnels à la suite de son autonomie réduite.

Le ministre détermine ce qu'il y a lieu de considérer comme frais exceptionnels tels que visés à l'alinéa premier.

§ 3. Lorsque l'utilisateur ou son représentant a formé, auprès du tribunal du travail, un recours de la décision de réclamation avant l'expiration du délai de trois mois visé à l'article 39, § 5, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, le recouvrement est une nouvelle fois suspendu jusqu'au prononcé définitif du tribunal.

Art. 81. La caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'utilisateur est affilié au moment de la décision de recouvrement recouvre les interventions indûment payées. Lorsque l'utilisateur change ensuite de caisse d'assurance soins, la caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'utilisateur était affilié au moment de la décision de recouvrement reste chargée du recouvrement des indemnités non encore encaissées.

En cas de paiement multiple auprès de différentes caisses d'assurance soins, les caisses d'assurance soins dont l'intéressé n'est pas membre procèdent au recouvrement.

Art. 82. La caisse d'assurance soins est financièrement responsable des interventions indûment payées qui sont la conséquence d'une erreur de la caisse d'assurance soins dont l'utilisateur ne pouvait se rendre compte et que la caisse d'assurance soins n'a pas notifiée à l'utilisateur dans un délai de deux mois. En cas de contestation, l'agence tranche.

L'agence est financièrement responsable d'interventions indûment payées autres que les interventions indûment payées visées à l'alinéa premier, lorsque ces interventions ne peuvent être recouvrées auprès de l'utilisateur ou déduites d'une intervention de l'utilisateur.

LIVRE 2. — L'intervention de l'assurance soins

Partie 1. — Disposition générale

Art. 83. Le Livre 2 s'applique à l'intervention de l'assurance soins visée à l'article 4, alinéa premier, 1°, du décret du 24 juin 2016.

Partie 2. — Conditions

TITRE 1^{er}. — Conditions de résidence

CHAPITRE 1^{er}. — Soins résidentiels

Art. 84. Afin de pouvoir prétendre à une intervention pour les soins résidentiels, visés à l'article 85, l'utilisateur doit séjourner dans l'une des structures suivantes :

- 1° une structure résidentielle agréée par le Gouvernement flamand ou y assimilée, telle que visée à l'article 43, alinéa premier, 2°, du décret du 24 juin 2016 ;
- 2° une structure ayant introduit une demande d'agrément en tant que structure résidentielle auprès de la Communauté flamande.

La caisse d'assurance soins effectue les interventions pour les personnes résidant dans une structure telle que visée à l'alinéa premier, 2°, à titre rétroactif à partir du moment où la structure est une structure résidentielle agréée.

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

- 1° elle a une convention de résidence avec la structure lorsqu'elle réside dans un centre de services de soins et de logement ;
- 2° elle est admise à une maison de soins psychiatriques et n'est pas absente pendant plus d'un mois calendaire complet.

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

Le Ministre fixe les modalités relatives aux conditions d'intervention pour les soins résidentiels, visés aux alinéas premier à quatre.

Art. 85. Les institutions suivantes sont considérées comme des structures résidentielles agréées ou y assimilées :

- 1° les centres de services de logement et de soins ;
- 2° les maisons de soins psychiatriques ;
- 3° les structures établies en Belgique, mais non pas en région linguistique néerlandaise, offrant une aide et des prestations de services similaires aux structures visées aux points 1° et 2°, et exerçant leurs activités de manière légitime ;
- 4° les structures et les prestataires de soins professionnels non établis en Belgique, mais dans un État membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen autre que la Belgique ou en Suisse, offrant une aide et des prestations de services similaires aux structures, visées aux points 1° et 2°, et exerçant leurs activités de manière légitime au sein de l'État membre d'établissement.

CHAPITRE 2. — Aide aux personnes dépendantes et soins à domicile

Art. 86. § 1^{er}. Les interventions sont suspendues pour la période durant laquelle l'usager est incarcéré dans une prison ou admis dans un établissement, une section ou un centre tel que visé à l'article 37 du décret du 24 juin 2016.

Les interventions ne sont pas exécutées à partir du premier jour du mois qui suit le début de l'incarcération ou de l'admission jusqu'à la fin du mois dans lequel l'incarcération ou l'admission a pris fin.

§ 2. Afin de pouvoir prétendre et de pouvoir continuer à prétendre à une intervention pour soins de proximité et soins à domicile, l'usager ne peut séjourner à l'hôpital à la date de la demande, à moins que l'indication ait lieu à un moment où l'usager réside dans son environnement familial. Cette condition expire en cas de révision ou de prolongation.

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

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

CHAPITRE 1^{er}. — Attestation

Art. 87. § 1^{er}. Au moyen d'une attestation, l'usager peut être pris en compte pour une intervention pour soins de proximité et soins à domicile lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1° au moins un score de 13 sur le screener de BelRAI ou au moins 6 points sur la somme des modules IADL et ADL du screener de BelRAI, constaté dans le cadre des activités de soins aux personnes, d'aide ménagère ou d'aide sanitaire, effectuées par un service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile dans le cadre du décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, ou de l'activité d'aide sanitaire, effectuée par un service d'aide logistique dans le cadre du décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009 ;
- 2° au moins un score de 35 sur l'échelle de profil BEL, constaté par les activités d'aide personnelle, ménagère ou une aide au nettoyage exécutées par un service d'aide aux familles et d'aide à domicile complémentaire dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ou une activité d'aide au nettoyage, exécutée par un service d'aide logistique dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;
- 3° au moins un score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile ;
- 4° au moins un score de 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit aux allocations d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ;
- 5° des allocations familiales supplémentaires résultant d'au moins 18 points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3 ;
- 6° au moins un score C sur l'échelle de Katz dans un centre de services de logement et de soins, un établissement de soins de jour ou un centre de court séjour ;
- 7° une attestation « Kiné E » lors d'une prolongation au moment que l'usager dispose au moins de manière ininterrompue et depuis trois ans d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile sur la base d'une indication à l'aide de l'échelle de profil BEL. Une telle décision positive de prolongation peut également être prolongée au moyen d'une attestation « Kiné E ».

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

§ 2. Afin d'obtenir une intervention pour soins résidentiels, l'usager doit démontrer, au moyen d'une attestation de résidence, qu'il est atteint d'une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

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

- 1° une attestation de la structure, qui mentionne au moins la date d'admission ;
- 2° une attestation sur la base du score sur l'échelle de Katz dans un centre de services de logement et de soins.

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

CHAPITRE 2. — *Indication*

Art. 88. À défaut de l'attestation visée au chapitre premier, une indication indique le degré d'autonomie réduite afin d'obtenir une intervention pour soins de proximité et soins à domicile pour les usagers qui ont plus de cinq ans.

Art. 89. Lors de l'indication, l'usager peut être pris en compte pour une intervention pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'un des critères suivants est rempli :

- 1° au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL, lorsque l'usager a dix-huit ans ou davantage ;
- 2° au moins 10 points sur le bloc ADL physique de l'échelle de profil BEL lorsque l'usager a entre cinq et dix-huit ans ;
- 3° au moins 13 points sur le screener de BelRAI ou au moins 6 points sur la somme des modules IADL et ADL du screener de BelRAI si l'usager a dix-huit ans ou davantage.

Le BelRAI screener visé à l'alinéa premier, 3°, ne peut être pris en compte pour une intervention que lorsque la personne qui effectue l'indication a suivi une des formations suivantes :

- 1° une formation sur l'exécution d'évaluations avec le BelRAI-screener, auprès d'une instance qui possède cette expérience et qui peut en apporter la preuve ;
- 2° une formation sur l'exécution d'évaluations avec le BelRAI-screener, auprès d'une personne ayant suivi une formation telle que visée au point 1°.

Le Ministre détermine les modalités selon lesquelles une instance telle que visée à l'alinéa deux, 1°, peut apporter la preuve de son expérience.

Le Ministre peut déterminer les modalités relatives à l'organisation et au contenu de la formation visée à l'alinéa deux.

Art. 90. Les structures suivantes sont habilitées de plein droit et à durée indéterminée en tant qu'indicateur mandaté :

- 1° les centres publics d'aide sociale ;
- 2° les services d'aide familiale et de soins à domicile complémentaires, visés à l'article 5 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;
- 3° les services d'assistance sociale de la mutualité, visés à l'article 14 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement.

Art. 91. Une indication effectuée dans les six mois après une indication antérieure ne remplissant pas les critères, visés à l'article 89, alinéa premier, 1°, 2° ou 3°, ne tient pas lieu de preuve démontrant la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

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

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

Art. 92. Un usager ou son représentant choisit un indicateur mandaté. Les indications sont effectuées à l'aide de l'échelle de profil BEL ou du screener de BelRAI par les personnes travaillant dans les structures, intervenant en tant qu'indicateurs mandatés. La personne effectuant l'indication est titulaire d'un des diplômes suivants :

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

L'indication est signée par la personne qui l'a effectuée.

Art. 93. Pour un usager qui n'habite pas en région linguistique néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui ne dispose pas d'une attestation, l'indication est effectuée conformément à l'article 92.

Art. 94. L'agence met le formulaire « rapport descriptif » à la disposition de l'usager, visé à l'article 93. Ce rapport descriptif est complété par un médecin agréé au pays de résidence. L'indication a lieu sur la base du rapport descriptif complété.

Art. 95. Le Ministre détermine les modalités relatives à l'exécution de l'indication.

Partie 3. — Attribution automatique et demande

Art. 96. À défaut d'octroi automatique tel que visé à l'article 2, alinéa premier, l'usager introduit une demande d'intervention auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. À cet effet, il complète le formulaire de demande mis à disposition par l'agence. Un usager signe le formulaire et la caisse d'assurance soins date le formulaire de demande.

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

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

Art. 97. Les personnes visées à l'article 3, § 2, alinéas premier, deux, quatre et cinq, du décret du 24 juin 2016, peuvent introduire une demande d'intervention à effet rétroactif au plus tôt jusqu'au jour où elles auraient dû ou pu s'affilier. La condition à ce sujet est qu'un usager ou son représentant introduise la demande auprès de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit la date à laquelle l'agence a reçu de la Banque Carrefour de la sécurité sociale le fichier dans lequel la personne est reprise pour la première fois.

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

Partie 4. — Décision quant à l'intervention

TITRE 1^{er}. — Prise de la décision

Art. 98. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès de l'agence, conformément aux dispositions de l'article 134, et ce dans les trois mois qui suivent l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

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

Art. 99. Lorsque la caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les soixante jours à défaut de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit.

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

Art. 100. Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre la décision visée à l'article 44, § 1^{er}, alinéa premier, du décret du 24 juin 2016, et à l'article 99, alinéa deux, du présent arrêté, ne s'appliquent pas aux usagers ne résidant pas en zone linguistique néerlandaise ou dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale.

Art. 101. Le Ministre fixe les modalités relatives à la décision d'intervention visée aux articles 98 et 99.

TITRE 2. — Suspension avec perte de droits

Art. 102. Sans préjudice de l'application des articles 41 et 42, la caisse d'assurance soins suspend l'exécution de l'intervention de la caisse d'assurance soins avec perte de droits pour quatre mois, conformément à l'article 10, § 3, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, pour chaque année pour laquelle la cotisation des membres n'est pas ou n'est pas entièrement payée au plus tard le 31 décembre de cette année-là.

Art. 103. Le non-paiement, le paiement partiel ou le paiement tardif de la cotisation des membres n'est pas pris en compte pour la suspension avec perte de droits dans les situations suivantes :

- 1° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus de l'année pour laquelle la cotisation est due et pour laquelle la cotisation des membres n'est pas payée ou est payée partiellement ou tardivement. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve ;
- 2° le non-paiement, le paiement partiel ou tardif de la cotisation des membres résulte d'une faute de l'agence, du registre national ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale ;
- 3° la non-réception ou la réception tardive de l'invitation à payer la cotisation des membres résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins ;
- 4° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la région linguistique néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire à l'agence ;
- 5° la caisse d'assurance soins a indûment remboursé une cotisation des membres entièrement payée.

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

- 1° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1^{er} novembre 2005 au 30 avril 2006 inclus. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve ;
- 2° les cotisations de régularisation sont sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai 2006 ;
- 3° en cas de changement de caisse d'assurance soins le 1^{er} janvier 2006, les cotisations de régularisation sont sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre 2006.

La suspension avec perte de droits ne vaut pas pour les années pour lesquelles la cotisation des membres n'était pas due, en application de l'article 30, § 3, du décret du 24 juin 2016.

Art. 104. La suspension avec perte de droits échoit lorsque l'usager se trouve dans une situation à considérer. L'agence en décide après avoir obtenu l'avis de la commission de réclamation, visée à l'article 130. L'usager ou son représentant introduit une réclamation à cet effet dans les trois mois qui suivent l'envoi de la notification par la caisse d'assurance soins de la suspension avec perte de droits. L'agence offre la possibilité d'encore payer les cotisations des membres non payées ou d'exempter l'usager entièrement ou partiellement du paiement.

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

TITRE 3. — Durée de validité

Art. 105. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins décide de la durée de validité d'une décision positive.

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

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

- 1° dans le cas d'au moins un score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile, la durée de validité de la décision pour un usager ayant moins de 75 ans au moment de la prise de cours de la décision court jusqu'à la fin du mois de l'expiration de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois et d'un an au maximum ;
- 2° dans le cas d'une attestation sur la base de l'échelle médico-sociale utilisée pour le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à l'allocation d'intégration et l'aide aux personnes âgées, la décision court jusqu'à la fin du mois de l'expiration de l'attestation. La durée de validité est d'au moins six mois. Lorsque l'attestation est de durée indéterminée, la décision positive est également valable pour une durée indéterminée ;
- 3° dans le cas d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires, la durée de validité de la décision court jusqu'à la fin du mois de l'expiration de l'attestation. La durée de validité est d'au moins six mois et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'usager atteint l'âge de 21 ans au maximum. Les interventions continuent d'être effectuées après la fin du mois durant lequel l'usager a atteint l'âge de 21 ans, lorsqu'il est démontré qu'une demande d'allocation d'intégration a été introduite pour l'usager. Une copie de la demande d'allocation d'intégration en constitue la preuve. Lorsque la demande d'allocation d'intégration ne donne pas lieu à une attestation démontrant la gravité et la durée de l'autonomie réduite en vue d'une intervention pour les soins de proximité et les soins à domicile, la caisse d'assurance soins procède au recouvrement des interventions indûment payées, lorsque celles-ci ont été effectuées après la fin du mois durant lequel l'usager a atteint l'âge de 21 ans ;
- 4° Lors d'une indication telle que visée à l'article 88, avec un degré d'autonomie réduite sérieuse et de longue durée d'au moins 36 mois, la décision est valable à durée indéterminée lorsque la personne a au moins 80 ans au moment de l'indication.

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

TITRE 4. — Révision, prolongation et cessation**CHAPITRE 1^{er}. — Révision**

Art. 106. L'usager ou son représentant a le droit de demander à tout moment à la caisse d'assurance soins une révision de la décision positive relative à l'intervention. La procédure relative à une demande d'intervention s'applique par analogie.

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

Le Ministre fixe les modalités relatives à la révision.

CHAPITRE 2. — Prolongation

Art. 107. Avant la fin de la durée de validité de la décision d'intervention, visée à l'article 105, § 2, la caisse d'assurance soins avertit par écrit l'usager ou son représentant du fait que l'usager doit demander la prolongation de la décision ou la caisse d'assurance soins fait part à l'usager de la décision de prolongation avant la fin de la durée de validité de la décision.

Art. 108. La prolongation est automatiquement octroyée lorsque les conditions visées à l'article 87 sont remplies.

Art. 109. § 1^{er}. À défaut d'octroi automatique de la prolongation tel que visé à l'article 108, la demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication est introduite auprès de la caisse d'assurance soins accompagnée d'une attestation, d'une indication ou d'un formulaire de demande.

§ 2. Lorsque l'octroi automatique de la prolongation tel que visé à l'article 108 ou la demande de prolongation visée au paragraphe 1^{er} a lieu après l'expiration de la durée de validité de la décision précédente, la décision ne peut être prolongée.

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

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

§ 4. Les procédures d'octroi automatique et de demande d'intervention s'appliquent par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication.

Art. 110. § 1^{er}. La demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation est introduite auprès de la caisse d'assurance soins accompagnée d'une attestation ou d'une indication.

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

Lorsque la caisse d'assurance soins n'a pas reçu d'attestation ou d'indication soixante jours après l'expiration de la durée de validité de la décision précédente, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit.

§ 3. La procédure de demande d'allocation s'applique par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation.

Art. 111. La décision positive de prolongation visée aux articles 108, 109 et 110 prend effet le premier jour du mois qui suit le mois dans lequel la durée de validité de la décision précédente a expiré. Après expiration de la décision précédente, aucune allocation ne peut être payée tant que la caisse d'assurance soins n'a pas pris de décision positive de prolongation.

Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre une décision sur la prolongation, visée aux articles 109 et 110, ne s'appliquent pas aux usagers ne résidant pas en zone linguistique néerlandaise ou dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les délais visés aux articles 109 et 110 ne s'appliquent pas à la prolongation de la décision sur la base d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires.

Art. 112. Le Ministre fixe les modalités relatives à la prolongation.

CHAPITRE 3. — *Cessation*

Art. 113. La caisse d'assurance soins met fin à une décision lorsque l'usager ne remplit plus les conditions.

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

- 1° l'usager bénéficiant d'une allocation pour soins résidentiels ne remplit plus les conditions de résidence visées à l'article 87, paragraphe 2, du présent arrêté ;
- 2° l'usager ne remplit plus les conditions de nature administrative visées à l'article 28 du décret du 24 juin 2016 ;
- 3° la caisse d'assurance soins prend la décision de cessation lorsqu'un usager faisant l'objet d'une décision positive relative aux soins de proximité et aux soins à domicile ne remplit plus la condition de capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, visée à l'article 42 du décret du 24 juin 2016.

La caisse d'assurance soins fait part de sa décision à l'usager ou à son représentant par écrit. L'usager ou son représentant peut introduire auprès de l'agence une réclamation contre la décision, conformément aux dispositions des articles 130 à 136 inclus, et ce dans les trois mois qui suivent l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

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

TITRE 5. — *Changement de forme des soins*

Art. 114. L'usager bénéficiant d'une allocation et souhaitant changer de forme de soins en informe par écrit la caisse d'assurance soins, soit lui-même soit via son représentant. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant. La caisse d'assurance soins décide de la durée et de la validité de la décision, conformément à l'article 105.

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

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

Art. 115. Lorsqu'une demande de remplacement de la forme des soins en soins résidentiels est introduite avant qu'une décision soit prise relative à une demande antérieure de soins de proximité et de soins à domicile, les deux demandes peuvent être acceptées. La condition à cet effet est que la personne concernée soit admise dans une structure résidentielle ayant au moins un forfait B sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins avant le premier jour du quatrième mois qui suit la demande de soins de proximité et de soins à domicile.

Art. 116. Lorsque, lors du changement des soins à domicile en soins résidentiels, un usager vient à décéder au cours du premier mois complet de résidence dans la structure résidentielle, l'allocation pour les soins résidentiels pour le mois du décès est encore payée.

Lorsque, lors du changement des soins de proximité et des soins à domicile en soins résidentiels, l'usager réside dans une structure non agréée en tant que structure résidentielle ou qui n'y est pas assimilée, le changement de forme de soins est refusé. Dans ce cas, l'allocation pour les soins de proximité et les soins à domicile court jusqu'au premier mois complet de résidence dans la structure résidentielle.

Art. 117. Le Ministre fixe les modalités relatives au changement de forme de soins.

TITRE 6. — *Exécution des allocations*

CHAPITRE 1. — *Disposition relative au cumul des formes de soins*

Art. 118. Les allocations pour les soins de proximité et soins à domicile et pour les soins résidentiels ne sont pas cumulables.

CHAPITRE 2. — *Interventions rétroactives*

Art. 119. Les allocations rétroactives telles que visées à l'article 33 du décret du 24 juin 2016 sont effectuées aux conditions suivantes :

- 1° les allocations rétroactives sont limitées à six mois au maximum ;
- 2° le premier mois de l'allocation rétroactive n'est pas exécuté. Ce délai du premier mois est compris dans la suspension avec perte de droits.

Une allocation est considérée comme rétroactive lorsque la date de la demande tombe dans un mois qui suit la date du droit de l'ouverture d'une allocation, visée à l'article 47, alinéa premier, 1° et 2°, du décret du 24 juin 2016.

Le Ministre fixe les formalités administratives qui doivent être remplies pour effectuer le droit d'allocation rétroactivement.

TITRE 7. — *Cumul de l'allocation avec d'autres dispositions légales ou décrétales*

Art. 120. L'allocation est suspendue lorsque l'usager remplit une des conditions suivantes :

- 1° il dispose d'un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles, tel que visé dans le décret du 25 avril 2014 ;
- 2° il recourt à un budget d'assistance personnelle ;
- 3° il séjourne, conformément à un protocole de séjour, à temps plein dans un centre multifonctionnel pour personnes handicapées agréé par l'Agence flamande pour les personnes handicapées ;
- 4° il est inscrit dans un internat ou dans un centre d'accueil d'un institut médico-pédagogique de l'enseignement communautaire ;

- 5° il séjourne à temps plein dans une structure résidentielle pour personnes handicapées agréée en Belgique par une autorité autre que l'Autorité flamande ;
- 6° il séjourne dans une structure résidentielle pour personnes handicapées qui n'est pas établie en Belgique et qui propose des services d'aide et d'assistance comparables à la structure visée au point 5°.

Art. 121. Les allocations visées à l'article 120 sont suspendues du premier jour du mois qui suit le début du budget, de l'inscription ou du séjour, tel que visé à l'alinéa premier, à la fin du mois du budget, de l'inscription ou du séjour, lorsque la mention à la caisse d'assurance soins est faite avant ou à la date du début du budget.

Art. 122. Lorsque la mention du début du budget, de l'inscription ou du séjour, tel que visé à l'article 120, est faite à la caisse d'assurance soins après la date du début, la caisse d'assurance soins suspend les allocations à partir du premier jour du mois de la mention.

Art. 123. Par dérogation à l'article 120, 3° et 4°, et tant qu'elle ne dispose pas d'un budget pour des soins et une aide non directement accessibles tel que visé à l'article 120, 1°, l'exécution de l'intervention pour soins de proximité et soins à domicile peut avoir lieu pendant un mois lorsque la personne concernée remplit toutes les conditions suivantes :

- 1° elle est absente de la structure pendant plus de trente jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août inclus ;
- 2° elle avait droit à l'allocation pour les soins de proximité et les soins à domicile le 31 août.

Par dérogation à l'article 120, 3° et 4°, et tant qu'elle ne dispose pas d'un budget pour des soins et une aide non directement accessibles tel que visé à l'article 120, 1°, l'exécution de l'intervention pour soins de proximité et soins à domicile peut avoir lieu pendant deux mois lorsque la personne concernée remplit toutes les conditions suivantes :

- 1° elle est absente de la structure pendant plus de cent jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août inclus ;
- 2° elle avait droit à l'allocation pour les soins de proximité et les soins à domicile le 31 août.

Art. 124. Le Ministre détermine les modalités relatives au cumul des allocations.

Partie 5. — Contrôle de l'indication

Art. 125. Un organisme de contrôle peut contrôler le degré de nécessité de l'utilisateur disposant d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile.

L'organisme de contrôle procède à des contrôles d'initiative et à la demande de l'agence.

Le Ministre désigne l'organisme de contrôle.

Art. 126. Aux personnes effectuant les contrôles s'appliquent les mêmes exigences de diplôme qu'aux personnes effectuant les indications.

Art. 127. L'organisme de contrôle transmet le résultat de l'indication immédiatement à la caisse d'assurance soins et à l'utilisateur ou à son représentant.

Art. 128. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins prend une décision sur la base de l'indication, visée à l'article 127.

Les dispositions relatives à la prise d'une décision par la caisse d'assurance soins, visée aux articles 98 et 105, s'appliquent par analogie.

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

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

L'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation auprès de l'agence, conformément aux dispositions des articles 130 à 136 inclus, et ce dans les trois mois qui suivent l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

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

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

Par dérogation au paragraphe premier, alinéa cinq, la cessation de la décision pour indisponibilité ou refus de collaboration au contrôle prend effet le premier jour du mois suivant la date du premier contrôle.

Art. 129. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution du contrôle, visé à l'article 125.

Partie 6. — Réclamation

Art. 130. § 1^{er}. Les réclamations sont présentées à l'avis d'une commission de réclamation à constituer par le Ministre. Le Ministre peut établir des chambres au sein de la commission de réclamation.

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

- 1° docteur en médecine ;
- 2° bachelier en nursing ;
- 3° assistant social.

Le président et les membres de la commission de réclamation sont nommés par le Ministre pour un délai renouvelable de cinq ans.

Le secrétariat d'une chambre de la commission de réclamation est assuré par un membre du personnel de l'agence. Il ne dispose pas du droit de vote.

Art. 131. Une chambre de la commission de réclamation est autorisée à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite de l'utilisateur.

Art. 132. La commission de réclamation règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le Ministre. Lorsque différentes chambres ont été établies au sein de la commission de réclamation, le règlement d'ordre intérieur ou sa modification est examiné au sein des chambres réunies.

Art. 133. Une chambre de la commission de réclamation ne peut émettre un avis valable que lorsqu'au moins deux membres, ou leurs suppléants sont présents. La commission de réclamation prend ses décisions à la majorité simple. En cas de partage des voix, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Art. 134. § 1^{er}. Un usager ou son représentant peut introduire auprès de l'agence une réclamation contre toute décision de la caisse d'assurance soins relative à une allocation.

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

- 1° elle est motivée ;
- 2° toutes les pièces pertinentes y sont jointes ;
- 3° la réclamation a été transmise à l'agence dans le délai fixé.

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

Lorsque des pièces pertinentes, visées à l'alinéa premier, 2°, font défaut lors de l'introduction de la réclamation, l'agence demande ces pièces par lettre recommandée auprès de l'usager ou de son représentant. La lettre précitée 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 à l'agence dans le mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, la réclamation est irrecevable. À la demande de l'usager ou de son représentant endéans ce délai, ce délai est prolongé d'un mois.

Le Ministre détermine les modalités relatives à la transmission de la réclamation à l'agence.

Art. 135. Lorsque la réclamation est recevable, l'agence transmet la réclamation à la commission de réclamation dans les quinze jours qui suivent la réception de la réclamation. Dans le même délai, l'agence fait part à la caisse d'assurance soins de l'introduction d'une réclamation recevable. La caisse d'assurance soins peut demander à être entendue.

Art. 136. Une chambre de la commission de réclamation rend son avis motivé à l'agence dans les trois mois de la réception de la réclamation.

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

L'agence adresse la décision du fonctionnaire dirigeant par lettre recommandée à l'usager ou à son représentant et à la caisse d'assurance soins en question.

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

LIVRE 3. — Allocation d'aide aux personnes âgées

Partie 1. — Disposition générale

Art. 137. Le livre 3 du présent arrêté s'applique à l'allocation d'aide aux personnes âgées, visée à l'article 4, alinéa premier, 2°, du décret du 24 juin 2016.

Partie 2. — Conditions

TITRE 1^{er}. — Autonomie réduite

Art. 138. § 1^{er}. L'autonomie réduite est mesurée à l'aide de l'échelle médico-sociale et du guide qui l'accompagne, joint par l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration, et selon laquelle il est tenu compte des facteurs suivants :

- 1° capacités de déplacement ;
- 2° capacités de s'alimenter ou de préparer des repas ;
- 3° capacités d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller ;
- 4° capacités d'entretenir son logis et d'accomplir des tâches ménagères ;
- 5° capacités de vivre sans surveillance, d'évaluer le danger et de l'éviter ;
- 6° capacités de communication et de contact social.

Le Ministre peut modifier le guide utilisé pour l'évaluation du degré d'autonomie, visé à l'alinéa premier.

§ 2. Pour chacun des facteurs visés au paragraphe 1, alinéa premier, il est attribué comme précisé ci-après un nombre de points, en fonction du degré d'autonomie de la personne à autonomie réduite :

- 1° aucune difficulté, pas d'effort particulier et pas d'accessoires spécifiques : 0 point ;
- 2° difficultés limitées ou effort supplémentaire limité ou recours limité à des accessoires spécifiques : 1 point ;
- 3° grosses difficultés ou gros effort supplémentaire ou recours important à des accessoires spécifiques : 2 points ;
- 4° impossible sans l'aide d'une tierce personne, sans accueil dans une structure adaptée ou sans un environnement entièrement adapté : 3 points.

Les points attribués sont totalisés et, en fonction de ce total, la personne à autonomie réduite est considérée comme faisant partie d'une des catégories visées à l'article 50 du décret du 24 juin 2016.

TITRE 2. — Revenus et composition de ménage

Art. 139. § 1^{er}. Pour la personne à autonomie réduite de catégorie A, un montant de 13.395,42 euros du revenu n'est pas pris en compte. Pour la personne à autonomie réduite de catégorie B, un montant de 16.738,72 euros du revenu du ménage n'est pas pris en compte.

Les montants mentionnés à l'alinéa premier sont associés aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants. L'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2015 portant indexation de subventions, de forfaits et d'allocations, s'applique à cette association.

En vue de l'application de l'alinéa premier, les montants en vigueur sont pris en compte à la date du début de l'exécution de l'intervention en cas de demande ou de demande de révision telle que visée à l'article 156 ou 168, ou le premier jour du mois calendaire qui suit le fait ayant donné lieu à une révision d'office, telle que visée aux articles 170 et 171.

§ 2. Les personnes ci-après font partie des catégories suivantes :

- 1° la catégorie A : les personnes à autonomie réduite qui ne font pas partie de la catégorie B ;
- 2° la catégorie B : les personnes à autonomie réduite qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :
 - a) Elles constituent un ménage, à l'exception des personnes qui vivent au sein d'une communauté religieuse ;
 - b) Elles ont un ou plusieurs enfants à charge.

La preuve contraire en rapport avec la catégorie visée à l'alinéa premier peut être fournie par tous les moyens possibles par l'usager à sa caisse d'assurance soins ou par la caisse d'assurance soins.

§ 3. L'on entend par ménage tel que visé au paragraphe 2, alinéa premier, 2°, a), toute forme de cohabitation de deux personnes qui ne sont pas parents ou alliés au premier, deuxième ou troisième degré. Ces personnes ont leur résidence principale à la même adresse. La preuve contraire peut être fournie par tous les moyens possibles par l'usager à sa caisse d'assurance soins ou par la caisse d'assurance soins.

La personne placée dans une famille d'accueil et les parents d'accueil sont considérés comme parents au premier degré.

Lorsqu'un des membres du ménage est incarcéré dans une prison ou admis dans une institution, une division ou un centre tel que visé à l'article 37 du décret du 24 juin 2016, le ménage cesse d'exister.

§ 4. L'on entend par enfant à charge, tel que visé au paragraphe 2, alinéa premier, 2°, b), une personne âgée de moins de 25 ans :

- 1° pour laquelle l'usager ou la personne avec laquelle elle forme un ménage perçoit des allocations familiales ;
- 2° pour laquelle l'usager ou la personne avec laquelle elle forme un ménage perçoit une pension alimentaire, telle que déterminée par un jugement ou dans un contrat dans le cadre d'une procédure de divorce avec consentement mutuel ;
- 3° pour laquelle l'usager ou la personne avec laquelle elle forme un ménage paie une pension alimentaire, telle que déterminée par un jugement ou dans un contrat dans le cadre d'une procédure de divorce avec consentement mutuel ;
- 4° prise en charge par l'usager ou la personne avec laquelle elle forme un ménage, comme déterminé par un jugement ou dans un contrat dans le cadre d'une procédure de divorce avec consentement mutuel, tandis que l'ex-conjoint perçoit les allocations familiales ;

La personne qui est placée dans une famille d'accueil est assimilée à un enfant à charge tel que visé au paragraphe 3.

§ 5. Par ménage, seule une personne peut bénéficier d'une exemption correspondant à la catégorie B. Lorsque deux personnes à autonomie réduite d'un ménage font partie de la catégorie B, chacune d'entre elles bénéficie d'une exemption égale à la moitié de l'exemption correspondant à la catégorie B.

TITRE 3. — Détermination des revenus

CHAPITRE 1^{er}. — Dispositions générales

Art. 140. § 1^{er}. L'allocation est octroyée sur la base du résultat d'une enquête sur les revenus. Sans préjudice de l'application du paragraphe 2, tous les revenus, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, dont disposent la personne à autonomie réduite et éventuellement la personne avec laquelle elle forme un ménage, sont pris en considération.

Lorsque deux personnes à autonomie réduite d'un ménage font partie de la catégorie B, il est tenu compte pour chacune de ces deux personnes de la moitié du revenu du ménage.

§ 2. Pour le calcul du revenu, il n'est pas tenu compte :

- 1° des prestations familiales ;
- 2° des rentes alimentaires entre ascendants et descendants ;
- 3° des rentes de chevrons de front et de captivité ainsi que des rentes attachées à un ordre national pour fait de guerre ;
- 4° des allocations suivantes aux personnes handicapées, octroyées à la personne avec laquelle la personne à autonomie réduite forme un ménage :
 - a) une allocation d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus telle que visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
 - b) une allocation ordinaire ou une allocation spéciale en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
 - c) une allocation pour aide de tiers, conformément à l'article 2 de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
 - d) une allocation complémentaire ou une allocation complémentaire du revenu garanti pour personnes âgées ;
- 5° le pécule de vacances et le pécule complémentaire payés à charge du régime de pension des travailleurs salariés, l'allocation spéciale payée à charge du régime de pension des travailleurs indépendants ainsi que le pécule de vacances à charge du régime de pension du secteur public ;
- 6° les indemnités qui sont accordées dans le cadre des agences locales pour l'emploi à la personne avec laquelle la personne à autonomie réduite forme un ménage ;
- 7° la partie de la pension qui correspond au montant de la rente alimentaire payée au conjoint ou l'ex-conjoint par la personne à autonomie réduite séparée de corps, séparée de fait ou divorcée qui jouit d'une pension lorsque l'obligation de payer la rente alimentaire est fixée par décision judiciaire ;
- 8° des indemnités payées par les autorités allemandes en dédommagement de la détention durant la Deuxième Guerre mondiale ;

- 9° les allocations octroyées en application des articles 10 et 11 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, pour autant que ces allocations satisfassent aux conditions visées à l'article 10, alinéa premier et trois, et à l'article 11, de la loi précitée ;
- 10° les allocations dans le cadre de la protection sociale flamande.

§ 3. Pour l'application du présent article, les revenus à prendre en considération sont les revenus auxquels l'usager a droit à la date du début de l'exécution de l'intervention lors d'une demande ou d'une demande de révision telle que visée à l'article 156 ou 168, ou le premier jour du mois calendaire qui suit le fait ayant donné lieu à une révision d'office, telle que visée aux articles 170 et 171. Pour déduire de ces revenus le montant de l'allocation, les montants des revenus visés au présent article sont calculés sur une base annuelle.

CHAPITRE 2. — *Revenus professionnels*

Art. 141. § 1^{er}. Dans le présent article, l'on entend par année de référence l'année -2, autrement dit la deuxième année calendaire qui précède :

- 1° la date du début de l'exécution de l'intervention en cas de demande ou de demande de révision telle que visée à l'article 156 ou 168 ;
- 2° le mois calendaire qui suit le fait ayant donné lieu à la révision d'office, visée aux articles 170 et 171.

§ 2. Lorsque l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage exerce une activité professionnelle en tant que travailleur salarié, il est tenu compte lors du calcul du revenu du salaire imposable de l'année de référence.

§ 3. Dans le cas d'un travailleur indépendant, le revenu professionnel à prendre en considération est le montant du revenu visé à l'article 11 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, qui porte sur l'année de référence.

En cas de début ou de reprise d'une activité professionnelle en qualité de travailleur indépendant, aussi longtemps qu'il ne peut être fait application de l'alinéa premier, et dans tous les cas où il ne peut être fait référence à des revenus professionnels déterminés par l'Administration des Contributions directes, il est tenu compte des revenus professionnels déclarés par l'usager ou, le cas échéant, par la personne avec laquelle il forme un ménage. Ces revenus peuvent être vérifiés et, le cas échéant, rectifiés sur la base d'éléments recueillis auprès de l'Administration des Contributions directes.

Lorsque l'usager continue l'activité professionnelle de travailleur indépendant de la personne décédée avec laquelle il formait un ménage, les revenus acquis par cette dernière au cours de l'année de référence qui doit être retenue pour l'établissement des revenus sont revenus acquis par l'usager.

§ 4. Lorsque, à la date visée au paragraphe 1^{er}, 1° ou 2°, l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage a cessé l'activité professionnelle en vue d'obtenir une pension ou une garantie de revenus pour personnes âgées, il n'est plus tenu compte d'aucun revenu professionnel.

§ 5. Lorsque le revenu professionnel de l'année de référence provient d'une activité exercée alors que l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage n'étaient pas encore pensionnés, alors que, à la date visée au paragraphe 1^{er}, 1° ou 2°, cette personne ou ces personnes bénéficiai(en)t d'une pension tout en exerçant une activité professionnelle autorisée, le montant du revenu professionnel à prendre en considération est le montant de l'activité professionnelle autorisée, calculé sur une base annuelle.

§ 6. Lorsque, à la date visée au paragraphe 1^{er}, 1° ou 2°, l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage touche un revenu de remplacement, à l'exception des pensions visées à l'article 142, il est tenu compte lors du calcul du revenu du montant de l'année de référence. Le montant imposable est pris en compte.

§ 7. Le revenu résultant d'une cession d'entreprise est imputé en application des articles 150 à 155 inclus.

CHAPITRE 3. — *Pensions*

Art. 142. § 1^{er}. Pour le calcul du revenu, il est tenu compte d'un montant égal à 90 % des pensions octroyées à l'usager ou à la personne avec laquelle il forme un ménage. Le précompte professionnel, la cotisation pour l'assurance maladie et invalidité et la cotisation de solidarité ne sont pas pris en compte dans la pension.

Les avantages suivants sont considérés comme une pension : les avantages accordés soit en application d'un régime de pension obligatoire belge, soit par ou en vertu d'une loi, d'un règlement provincial ou par la Société nationale des Chemins de fer belges, soit en application d'un régime de pension obligatoire étranger, soit en application d'un régime de pension obligatoire pour le personnel d'une institution de droit international, soit par voie de rémunérations, de compléments ou de pensions accordées en réparation ou à titre de dommages-intérêts aux victimes de guerre ou à leurs ayants droit.

Le montant visé à l'alinéa premier est le montant réellement versé, le cas échéant majoré du montant correspondant à la diminution dans l'un des cas suivants :

- 1° recouvrement d'un montant indûment payé ;
- 2° suspension à titre de sanction.

CHAPITRE 4. — *Biens immobiliers*

Art. 143. Pour le calcul du revenu, il est déduit un montant de 1500 euros du revenu cadastral total des biens immobiliers bâtis que l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage possède en pleine propriété ou en usufruit. Ce montant est majoré de 250 euros pour chaque enfant à charge.

Art. 144. Lorsque l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage ne possède la pleine propriété ou l'usufruit que de biens immobiliers non bâtis, il est tenu compte, pour le calcul du revenu, du montant du revenu cadastral de ces biens, diminué de 60 euros.

Art. 145. Lors du calcul du revenu, il est tenu compte des éléments suivants :

- 1° pour les biens immobiliers bâtis : le montant du revenu cadastral non immunisé, multiplié par 3 ;
- 2° pour les biens immobiliers non bâtis : le montant du revenu cadastral non immunisé, multiplié par 9.

Art. 146. Les biens immobiliers situés à l'étranger sont pris en considération conformément aux dispositions applicables aux biens immobiliers situés en Belgique.

À l'alinéa premier, l'on entend par revenu cadastral toute base d'imposition similaire prévue par la législation fiscale du lieu où se situent les biens.

Art. 147. Le revenu cadastral d'une partie d'un bien immeuble est égal au revenu cadastral du bien en question, multiplié par la fraction représentant la partie du bien en question.

Lorsque l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage possède la qualité de propriétaire ou d'usufruitier en indivision, le revenu cadastral est, avant qu'il ne soit fait application des articles 143 à 147 inclus, multiplié par la fraction exprimant l'importance des droits au bien, en pleine propriété ou en usufruit, de l'usager ou de la personne avec laquelle il forme un ménage.

Art. 148. Lorsque le bien immeuble est grevé d'hypothèque, le montant pris en compte pour la détermination du revenu peut être diminué du montant annuel des intérêts hypothécaires, à condition que :

- 1° la dette ait été contractée par l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage pour des besoins propres, et que la destination donnée au capital emprunté soit prouvée ;
- 2° que la preuve soit fournie que les intérêts hypothécaires étaient exigibles et ont été réellement acquittés pour l'année précédant l'année de la date du début de l'exécution de l'intervention.

Le montant de la diminution ne peut toutefois pas être supérieur à la moitié du montant à prendre en considération.

Lorsque l'immeuble a été acquis moyennant le paiement d'une rente viagère, le montant pris en considération pour l'établissement du revenu est diminué du montant de la rente viagère payée effectivement par l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage. L'alinéa deux est applicable à cette réduction.

CHAPITRE 5. — *Capitaux mobiliers*

Art. 149. Pour les capitaux mobiliers, placés ou non, il est porté en compte une somme égale à 6 % des capitaux.

CHAPITRE 6. — *Dispositions particulières*

Art. 150. Il est tenu compte de 6 % de la valeur vénale des biens au moment de la cession lorsque l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage a cédé à titre gratuit ou à titre onéreux des biens immobiliers ou mobiliers au cours des dix années qui précèdent :

- 1° la date du début de l'exécution de l'intervention en cas de demande ou de demande de révision telle que visée à l'article 156 ou 168 ;
- 2° le premier jour du mois calendaire qui suit le fait donnant lieu à la révision d'office, visée aux articles 170 et 171.

Art. 151. Pour l'application de l'article 150, la valeur vénale des biens meubles ou immeubles cédés, dont l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage, était propriétaire ou usufruitier en indivision, est multipliée par la fraction qui exprime l'importance des droits de l'usager ou de la personne avec laquelle il forme un ménage.

Pour l'application de ces dispositions, la valeur respective de l'usufruit et de la nue-propriété sera évaluée comme en matière de droits de succession.

Art. 152. En cas de cession à titre onéreux de biens meubles ou immeubles, les dettes personnelles de l'usager ou de la personne avec laquelle il forme un ménage sont déduites de la valeur vénale des biens cédés au moment de la cession. Les dettes personnelles doivent être antérieures à la cession et éteintes à l'aide du produit de la cession.

Art. 153. En cas de cession à titre onéreux de biens meubles ou immeubles, et sans préjudice des dispositions de l'article 152, il est déduit de la valeur vénale des biens, en vue de l'application de l'article 150, un abattement annuel de 1500 euros.

L'abattement déductible est calculé proportionnellement au nombre de mois compris entre le premier du mois qui suit la date de la cession et la date du début de l'exécution de l'intervention.

Lorsque l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage a procédé à plusieurs cessions, l'abattement ne peut être appliqué qu'une seule fois pour une même période.

Art. 154. Les dispositions des articles 150 à 153 ne s'appliquent pas au produit de la cession, dans la mesure où ce produit se retrouve encore entièrement ou en partie dans le patrimoine pris en considération. À ce produit sont applicables, selon le cas, les dispositions des articles 143 à 149 inclus.

Art. 155. Lorsqu'un bien mobilier ou immobilier est mis en rente viagère, il est porté en compte un montant qui, pendant les dix premières années qui suivent la cession, est calculé conformément aux dispositions des articles 150 à 154 inclus. Ce montant ne peut toutefois pas être inférieur à celui de la rente viagère. Après la période de dix ans susvisée, ce montant est égal au montant de la rente viagère.

Partie 3. — Examen et décision

TITRE 1^{er}. — **Demande**

Art. 156. L'usager introduit une demande d'allocation auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. Les demandes doivent impérativement être introduites par voie électronique.

Un service d'assistance sociale de la mutualité, la commune ou le centre public d'aide sociale peut introduire une demande pour l'usager sans procuration spéciale.

TITRE 2. — **Détermination de l'autonomie réduite**

Art. 157. La réduction de l'autonomie est constatée par un médecin désigné à cet effet ou par une équipe multidisciplinaire, sous la surveillance d'un service avec lequel le Ministre signe une convention. Si nécessaire, il est demandé à l'usager ou à la personne avec laquelle il forme un ménage de fournir des informations complémentaires.

Si les informations complémentaires visées à l'alinéa premier ne sont pas fournies dans un délai d'un mois, l'usager en est informé.

Si nécessaire, l'usager est convoqué pour passer un examen.

Si l'usager se trouve dans l'impossibilité de se déplacer, l'examen est effectué sur place.

L'examen est soumis aux dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ce qui implique notamment que l'usager a le droit de se faire assister par une personne de confiance.

Si l'utilisateur manque de se présenter à l'examen, il reçoit une deuxième convocation. Lorsque l'utilisateur manque de se présenter à l'examen, malgré une deuxième convocation, ou lorsque les informations complémentaires n'ont toujours pas été communiquées à l'expiration du mois qui suit la notification vidée à l'alinéa deux, le service mandaté par le Ministre, visé à l'alinéa premier, se prononce sur l'autonomie réduite sur la base des éléments disponibles.

Art. 158. Le service visé à l'article 157, alinéa premier, reçoit une indemnité pour avoir constaté l'autonomie réduite. Le montant de l'indemnité et les modalités de paiement de cette indemnité sont déterminés dans la convention signée entre le Ministre et le service.

TITRE 3. — Examen de la demande

Art. 159. La caisse d'assurance soins est obligée de s'adresser au Registre national des personnes physiques pour obtenir les informations visées à l'article 3, alinéas premier et deux, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, ou lorsqu'elle vérifie l'exactitude de ces informations. Elle ne peut recourir à une autre source que si les informations en question ne peuvent être obtenues via le Registre national.

Les informations obtenues auprès du Registre national des personnes physiques, visé à l'alinéa premier, ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

Art. 160. La caisse de soins examine la demande sur la base des informations fournies par l'utilisateur et des informations qu'elle recueille directement auprès de l'instance ou la personne qui dispose de ces informations. Les informations, documents et pièces justificatives fournis par l'utilisateur sont considérés comme véridiques, sans préjudice de la compétence de contrôle de la caisse d'assurance soins.

En vue de l'examen administratif, la caisse d'assurance soins recueille notamment les informations suivantes auprès de l'instance qui en dispose :

- 1° les données d'identification légales, reprises dans le Registre national des personnes physiques ;
- 2° le revenu professionnel et le revenu de remplacement de l'année - 2, visée à l'article 141 ;
- 3° le revenu de pension, visé à l'article 142 ;
- 4° les informations relatives aux biens immobiliers visés aux articles 143 à 148 inclus.

Lorsque la caisse d'assurance soins est contrainte de recueillir des informations complémentaires auprès de l'utilisateur, ce dernier est tenu de fournir ces informations complémentaires dans un délai d'un mois. Si les renseignements complémentaires ne sont pas fournis dans le mois, l'utilisateur reçoit de la caisse d'assurance soins un rappel par lequel il est à nouveau invité à fournir les renseignements complémentaires.

Si, malgré le rappel visé à l'alinéa trois, l'utilisateur omet de fournir les renseignements demandés pendant plus d'un mois, la caisse d'assurance soins prend une décision sur la base des éléments dont elle dispose. Si ces éléments ne lui permettent pas de prendre une décision, le droit à l'allocation expire.

Art. 161. Les allocations peuvent être refusées sans examen complémentaire s'il apparaît, sur la base d'éléments suffisants, que l'utilisateur ne remplit pas les conditions pour obtenir les allocations.

Art. 162. § 1^{er}. Le délai entre, d'une part, la date de réception de la demande ou de la demande de révision ou la date de prise de connaissance du fait donnant lieu à une révision par la caisse de soins, et, d'autre part, la date de la décision de la caisse d'assurance soins, ne peut être supérieur à six mois.

Si l'intervention d'une institution de la sécurité sociale est requise pour qu'une décision puisse être prise, cette institution est interrogée par la caisse d'assurance soins.

§ 2. Le délai visé au paragraphe 1^{er} est suspendu tant que l'utilisateur ou une institution étrangère n'a pas fourni l'ensemble des informations demandées par la caisse d'assurance soins et nécessaires pour permettre à cette dernière de prendre une décision. La demande d'informations complémentaires visée à l'article 160, alinéa trois, auprès de l'utilisateur, ne suspend toutefois pas le délai, à la condition que l'utilisateur fournisse les informations demandées à la caisse d'assurance soins dans le mois qui suit l'envoi de la demande par la caisse d'assurance soins.

§ 3. Les allocations produisent de plein droit des intérêts moratoires à partir de leur exigibilité, mais au plus tôt à partir de l'expiration du délai visé au paragraphe 1^{er}.

Les intérêts visés à l'alinéa premier sont calculés selon le taux légal. Ils portent sur les mensualités ainsi que sur les éventuels arriérés.

À l'alinéa deux, l'on entend par arriérés les montants qui auraient dû être payés chaque mois à la personne à autonomie réduite après l'expiration du délai visé au paragraphe 1^{er}.

Le nombre de jours sur lequel des intérêts doivent être payés est déterminé comme suit :

- 1° pour les mensualités : le nombre de jours entre la date de fin du délai visé au paragraphe 1^{er} et le premier jour du mois qui suit la date de décision de la caisse d'assurance soins ;
- 2° pour les arriérés : le nombre de jours entre le quinzième jour du mois sur lequel porte l'allocation et le premier jour du mois qui suit la date de décision de la caisse d'assurance soins.

§ 4. Aucun intérêt de retard tel que visé au paragraphe trois n'est dû pour la période durant laquelle des intérêts judiciaires sont dus.

TITRE 4. — La décision

Art. 163. La caisse d'assurance soins prend une décision en rapport avec l'allocation sur la base de l'enquête sur les revenus, sur l'autonomie réduite et sur les autres conditions déterminées dans le ou en vertu du décret du 24 juin 2016. La caisse d'assurance soins fait part de sa décision à l'utilisateur ou à son représentant par écrit.

Lorsque la personne est venue habiter dans la région linguistique néerlandaise et qu'elle disposait d'une allocation pour aide aux personnes âgées ou un équivalent au moment du déménagement, l'utilisateur introduit une nouvelle demande, conformément aux dispositions du présent arrêté, à partir du moment où il habite la région linguistique néerlandaise. En cas de décision positive, l'exécution de l'intervention prend cours à compter du premier jour du mois qui suit le déménagement, à la condition que la demande ait été introduite dans les trois mois qui suivent le déménagement.

La caisse d'assurance soins vérifie quelle est l'allocation la plus avantageuse pour l'utilisateur, lorsque la personne dispose encore, au moment de la demande d'allocation, d'une des allocations suivantes :

- 1° une allocation d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus, telle que visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- 2° une allocation ordinaire ou une allocation spéciale en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
- 3° une allocation pour aide de tiers, conformément à l'article 2 de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
- 4° une allocation complémentaire ou une allocation complémentaire du revenu garanti pour personnes âgées.

Lorsque l'allocation pour l'aide aux personnes âgées est plus avantageuse pour l'utilisateur que l'autre allocation visée à l'alinéa trois, la caisse d'assurance soins prend une décision positive quant à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. Jusqu'au mois de sa décision inclus, la caisse d'assurance soins ne paie que le montant supplémentaire en sus du montant de l'autre allocation. Lorsque l'allocation pour l'aide aux personnes âgées n'est pas plus avantageuse, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées n'est pas octroyée.

Art. 164. Lorsque la caisse d'assurance soins notifie une décision après la date du début de l'exécution de l'intervention, elle tient compte de plein droit des faits qui se sont produits et des éléments qui ont été soumis entre la date du début de l'exécution de l'intervention et la date à laquelle elle a été informée, lorsque la caisse d'assurance soins a été informée des ces faits et éléments avant la date de notification de la décision.

Art. 165. La caisse d'assurance soins peut retirer sa décision et prendre une nouvelle décision dans le délai d'introduction d'un recours auprès du tribunal du travail compétent ou, si le recours a déjà été intenté, jusqu'à la clôture des débats, lorsque :

- 1° à la date à laquelle l'exécution de l'intervention a pris cours, le droit a été modifié par une disposition légale ou réglementaire ;
- 2° il est invoqué, en cours d'instance, un nouveau fait ou de nouvelles preuves ayant une répercussion sur les droits du requérant ;
- 3° il est constaté que la décision administrative est entachée d'une irrégularité ou d'une erreur matérielle.

Art. 166. Sans préjudice de l'application des articles 168 à 171 inclus, la décision de la caisse d'assurance soins est valable pour une durée indéterminée, sauf dans les cas suivants :

- 1° la caisse d'assurance soins prend une décision pour douze mois lorsque la décision est prise sur la base d'éléments à caractère provisoire ou évolutif ;
- 2° la caisse d'assurance soins prend une décision valable jusqu'à la date de la fin de l'autonomie réduite, visée à l'article 157.

Art. 167. Le ministre définit les modalités relatives à la décision d'intervention, visée aux articles 163 à 166 inclus.

TITRE 5. — Demande de révision et déclaration

CHAPITRE 1^{er}. — Demande de révision

Art. 168. Une demande de révision peut être introduite lorsqu'il se produit, d'après le demandeur, des modifications qui justifient la majoration des allocations.

Les demandes de révision sont introduites auprès de la caisse d'assurance soins conformément à l'article 156.

La demande de révision est examinée conformément aux articles 159 à 162. Il n'est procédé à un nouvel examen médical que lorsque la demande de révision porte sur l'évaluation du degré d'autonomie.

L'exécution de l'intervention prend cours à partir du premier jour du mois qui suit la date d'introduction de la demande de révision.

Par dérogation à l'alinéa quatre, lorsque la demande de révision est introduite dans les trois mois qui suivent la date à laquelle il s'est produit un fait qui justifie la majoration de l'allocation, ou à la date à laquelle le demandeur en a pris connaissance, l'exécution de l'intervention en conséquence de la nouvelle décision peut prendre cours à compter du premier jour du mois qui suit la première date évoquée, et au plus tôt à la même date que la décision à modifier.

CHAPITRE 2. — La déclaration

Art. 169. La communication visée à l'article 52 du décret du 24 juin 2016 est adressée à la caisse d'assurance soins. Dans cette communication, l'utilisateur mentionne les nouvelles informations susceptibles de donner lieu à une diminution du montant de l'allocation. Cette déclaration est faite dans les trois mois qui suivent la date du fait ou de la notification du fait à l'utilisateur.

TITRE 6. — La révision d'office de la décision par la caisse d'assurance soins

Art. 170. Lorsque la caisse d'assurance soins constate que la décision est entachée d'une erreur juridique ou matérielle, elle prend d'office une nouvelle décision, qui produit ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet. Lorsque l'erreur est imputable à la caisse d'assurance soins et que le droit à l'intervention est moins important que le droit initialement octroyé, la nouvelle décision prend ses effets le premier jour du mois qui suit sa notification à l'utilisateur.

Art. 171. § 1^{er}. Sans préjudice de l'application de l'article 170, la caisse d'assurance soins procède à une révision du droit à l'allocation :

- 1° lorsque l'utilisateur ne remplit plus les conditions visées à l'article 28 du décret du 24 juin 2016 ;
- 2° lorsque l'utilisateur vient habiter dans la région linguistique française ou allemande et qu'il n'entre donc plus dans le champ d'application de la protection sociale flamande, telle que visée à l'article 3 du décret du 24 juin 2016 ;
- 3° lorsque l'utilisateur vient habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, dans la région linguistique française ou dans la région linguistique allemande, de sorte qu'il reste dans le champ d'application de la protection sociale flamande, visée à l'article 3 du décret du 24 juin 2016, mais il peut prétendre dans cette région linguistique à une forme d'allocation pour l'aide aux personnes âgées ;

- 4° lorsque l'utilisateur est incarcéré en prison ou admis dans une institution, une division ou un centre tel que visé à l'article 37 du décret du 24 juin 2016. Dans ce cas, l'allocation est suspendue ;
- 5° lorsqu'il se produit dans le nombre d'enfants à charge de l'utilisateur un changement ayant une répercussion sur l'allocation de l'utilisateur ;
- 6° lorsqu'il a été communiqué à la caisse d'assurance soins que les revenus ont baissé par rapport à la décision précédente ;
- 7° lorsque la caisse d'assurance soins constate que les revenus ont augmenté d'au moins 10 % par rapport à la décision précédente ;
- 8° lorsqu'il se produit dans la composition de ménage un changement ayant une répercussion sur le droit aux allocations de l'utilisateur ;
- 9° lorsqu'il se produit un changement dans le degré d'autonomie de l'utilisateur ;
- 10° à la date fixée par une décision précédente, lorsque celle-ci a été prise sur la base d'éléments à caractère provisoire ou évolutif.

§ 2. La nouvelle décision prise à la suite d'un des cas visés au paragraphe 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4°, produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit le mois durant lequel l'utilisateur se trouve dans le cas en question.

§ 3. La nouvelle décision donnant lieu à une diminution de l'allocation ou à une cessation de l'intervention :

- 1° à la suite d'un des cas visés au paragraphe 1^{er}, 5° et 7° :
 - a) prend cours le premier jour du mois qui suit la date de notification de la décision par la caisse d'assurance soins, à condition que la déclaration ait été faite à temps ;
 - b) produits ses effets à compter du premier jour du mois qui suit le mois durant lequel l'utilisateur se trouve dans un de ces cas, lorsque l'utilisateur ou son représentant n'ont pas déclaré le fait dans les délais fixés.
- 2° par un des cas visés au paragraphe 1^{er}, 8°, 9° et 10°, prend cours le premier jour du mois qui suit la date de notification de la décision. Lorsque l'utilisateur se trouve dans un des cas visés au paragraphe 1^{er}, 10°, la nouvelle décision prend cours au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'expiration de la décision précédente.

§ 4. La nouvelle décision qui donne lieu à une majoration de l'allocation :

- 1° à la suite d'un des cas visés au paragraphe 1^{er}, à l'exception du cas visé au paragraphe 1^{er}, 10°, produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit la notification à la caisse d'assurance soins de la situation dans laquelle l'utilisateur se trouve ;
- 2° à la suite d'un des cas visés au paragraphe 1^{er}, 10°, prend cours le premier jour du mois qui suit l'expiration de la décision précédente.

Par dérogation à l'alinéa premier, 1°, la nouvelle décision produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit le mois durant lequel l'utilisateur se trouve dans le cas visé au paragraphe 1^{er}, et au plus tôt à la même date que la décision à modifier, lorsque :

- 1° l'utilisateur ou son représentant a notifié la situation à la caisse d'assurance soins dans les trois mois qui suivent la date à laquelle s'est produit le cas visé au paragraphe 1^{er}, ou la date à laquelle le demandeur en a été informé ;
- 2° l'utilisateur n'est pas obligé de notifier le changement à la caisse d'assurance soins conformément à l'article 72, alinéa deux.

§ 5. La nouvelle décision ne peut produire ses effets avant la date de prise de cours de la décision octroyant une allocation pour la première fois.

§ 6. Les articles 163 à 167 inclus s'appliquent par analogie à la décision en cas de révision par la caisse d'assurance soins.

Partie 4. — Exécution des interventions

TITRE 1^{er}. — Modalités de paiement

Art. 172. Les arriérés sont versés en même temps que la première mensualité.

La personne à qui l'allocation est versée accepte que les montants indûment payés en cas de décès ou de départ à l'étranger puissent être recouvrés via l'organisme qui gère le compte financier.

Art. 173. Le montant de l'allocation à payer est arrondi vers le bas lorsque le premier chiffre après la virgule est inférieur à cinq. Le montant de l'allocation à payer est arrondi vers le haut lorsque le premier chiffre après la virgule est de cinq ou davantage.

TITRE 2. — Paiement d'acomptes

Art. 174. Lorsqu'il est fait application de l'article 54, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, le demandeur de l'acompte doit :

- 1° indiquer pour quelles allocations ou indemnités il souhaite obtenir un acompte, qui il estime être redevable de ces allocations ou indemnités et pour quelle période ;
- 2° faire savoir à la caisse d'assurance soins si les instances redevables des allocations ou indemnités ont octroyé des acomptes ;
- 3° avertir la caisse d'assurance soins dès qu'il reçoit ces allocations ou indemnités.

L'acompte n'est pas octroyé pour des périodes qui précèdent la demande. Il est octroyé pour les montants de l'allocation auxquels l'utilisateur peut prétendre.

TITRE 3. — Conditions de paiementCHAPITRE 1^{er}. — Généralités

Art. 175. Les allocations ne sont pas payées pendant la période durant laquelle l'utilisateur est incarcéré en prison ou dans une institution, une division ou un centre tel que visé à l'article 37 du décret du 24 juin 2016.

CHAPITRE 2. — Paiement des allocations non versées au moment du décès de l'utilisateur

Art. 176. En cas de décès de l'utilisateur, les allocations non encore payées, en ce compris l'allocation pour le mois du décès, sont payées dans l'ordre suivant :

- 1° à l'époux ou à l'épouse, inscrite à la même adresse que l'utilisateur ;
- 2° à la personne avec laquelle l'utilisateur formait un ménage, tel que visé à l'article 139, § 3 ;
- 3° aux enfants avec lesquels l'utilisateur vivait au moment de son décès ;
- 4° au père et à la mère, avec lesquels l'utilisateur vivait au moment de son décès ;
- 5° à toute personne avec laquelle l'utilisateur vivait au moment de son décès ;
- 6° à la personne physique qui est intervenue dans les frais d'hospitalisation ;
- 7° à la personne physique qui a pris en charge les frais funéraires ;
- 8° à l'époux qui vivait séparé de fait au moment du décès de l'utilisateur.

Les ayants droit visés à l'alinéa premier, 5° à 8° inclus, introduisent une demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue d'obtenir le paiement visé à l'alinéa premier.

La demande datée et signée est introduite par le biais d'un formulaire dont le modèle est défini par l'agence.

Sous peine de forclusion, les demandes de paiement d'arrérages doivent être introduites dans un délai de six mois. Ce délai prend cours le jour du décès de l'utilisateur ou le jour de l'envoi de la notification de la décision, si celle-ci a été envoyée après le décès.

TITRE 4. — Refus ou diminution des allocations en cas d'indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien

Art. 177. § 1^{er}. En application de l'article 36 du décret du 24 juin 2016, les allocations pour l'aide aux personnes âgées sont refusées ou diminuées en cas d'indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien.

§ 2. Une indemnisation telle que visée à l'article 36 du décret du 24 juin 2016 ne peut être liquidée que sous la forme de capitaux ou de valeurs de rachat. Dans ce cas, leur contre-valeur en prestation périodique est prise en compte pour l'utilisateur à concurrence d'un montant de la rente viagère. Cette rente viagère précitée est le résultat d'une conversion. Il s'agit d'une conversion effectuée suivant le pourcentage indiqué au tableau joint en annexe au présent arrêté, en regard de l'âge révolu du bénéficiaire à la date du fait qui a donné lieu à la liquidation.

Dans les cas où le jugement ou l'accord amiable ne précise pas la partie du capital affectée à l'indemnisation de la réduction d'autonomie, la conversion en rente viagère hypothétique se fait sur la base de 30 % du capital-indemnité alloué à l'utilisateur en indemnisation de la réduction d'autonomie.

L'application du refus ou de la diminution, visé au paragraphe 1^{er} :

- 1° prend cours le premier jour du mois qui suit la date de notification de la décision par la caisse d'assurance soins, lorsque la communication visée à l'article 52 du décret du 24 juin 2016 a été faite à temps ;
- 2° produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit le mois durant lequel l'utilisateur se trouve dans le cas en question, lorsque l'utilisateur ou son représentant n'a pas déclaré ce fait à temps.

Conformément à l'article 139, § 1^{er}, aucune exemption n'est appliquée sur la compensation.

§ 3. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées est, quoi qu'il en soit, refusée :

- 1° à la personne qui vient habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui peut prétendre à une forme comparable d'allocation pour l'aide aux personnes âgées, organisée par la Commission communautaire commune dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- 2° à la personne qui n'habite pas en Belgique et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le système de sécurité sociale belge, et qui peut prétendre à une forme comparable d'allocation pour l'aide aux personnes âgées, organisée par la Commission communautaire commune dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- 3° à la personne qui habite dans la région linguistique française ou allemande, qui a recouru au système européen de libre circulation des personnes, et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi dans la région linguistique néerlandaise, le système de sécurité sociale belge, et qui peut prétendre à une forme comparable d'allocation pour l'aide aux personnes âgées, organisée par la Communauté française ou la Communauté germanophone ;
- 4° à la personne qui habite dans la région linguistique française ou allemande, qui a recouru au système européen de libre circulation des personnes, et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le système de sécurité sociale belge, et qui peut prétendre à une forme comparable d'allocation pour l'aide aux personnes âgées, organisée par la Communauté française ou la Communauté germanophone.

§ 4. Le Ministre peut définir les modalités de refus ou de diminution des allocations en cas d'indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien.

LIVRE 4. — Budget d'assistance de base

Partie 1. — Disposition générale

Art. 178. Le livre 4 du présent arrêté s'applique au budget d'assistance de base visé à l'article 4, alinéa premier, 3°, du décret du 24 juin 2016.

Partie 2. — Conditions

TITRE 1^{er}. — Conditions de résidence

Art. 179. L'exécution de l'intervention est suspendue pour la période durant laquelle l'utilisateur est incarcéré dans une prison ou admis dans un établissement ou une section de défense sociale, organisée par l'autorité fédérale, ou dans un centre de psychiatrie légale organisé par l'autorité fédérale.

Art. 180. L'exécution de l'intervention visée à l'article 179 n'a pas lieu 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.

TITRE 2. — Conditions relatives à l'autonomie réduite grave

Art. 181. En exécution de l'article 5, § 2, du décret du 25 avril 2014, l'Agence flamande pour les personnes handicapées ou la porte d'entrée reconnaît automatiquement, pour l'application du présent livre, un usager comme personne handicapée avec un besoin de soins et de soutien clairement constaté, tel que visé à l'article 4, alinéa premier, 2°, du décret du 25 avril 2014, lorsque cette personne dispose d'une attestation qui démontre qu'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- 1° l'utilisateur entre en ligne de compte pour l'obtention d'un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles ;
- 2° l'utilisateur a droit à des allocations familiales supplémentaires 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° l'utilisateur a un score d'au moins douze points sur l'échelle médico-sociale qui est utilisée pour l'évaluation du degré d'autosuffisance en vue de l'enquête du droit à l'allocation d'intégration.

Partie 3. — Décision quant à l'intervention

TITRE 1^{er}. — Prise de la décision

Art. 182. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins prend une décision sur l'intervention fondée sur les données provenant de fichiers dont il ressort que l'utilisateur remplit les conditions visées à l'article 181 ou aux articles 209 à 215 inclus du présent arrêté, et après examen des autres conditions, définies par le ou en vertu du décret du 24 juin 2016. Cette décision est prise dans les soixante jours suivant la réception de ce fichier.

Le délai visé à l'alinéa premier ne s'applique pas aux usagers qui ne résident pas en région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

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

Le Ministre définit les modalités relatives aux décisions d'intervention visées au paragraphe 1^{er}.

TITRE 2. — Durée de validité

Art. 183. La caisse d'assurance soins prend une décision pour une durée indéterminée.

Par dérogation à l'alinéa premier, la durée de validité de la décision d'attribution pour les attestations de durée limitée, visées aux articles 181, 209 et 211 à 215 inclus, est limitée jusqu'à la fin du mois durant lequel l'attestation expire.

Par dérogation à l'alinéa deux, 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 181, 1°, ou à l'article 213, qui est valable jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

TITRE 3. — Prolongation et cessation

Art. 184. 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.

Art. 185. La caisse d'assurance soins met fin à sa décision lorsque l'utilisateur ne remplit plus les conditions.

La décision de cessation visée à l'alinéa premier prend effet le premier jour du mois qui suit le jour où :

- 1° l'utilisateur ne remplit plus les conditions de nature administrative ;
- 2° 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° un budget de soins et de soutien non directement accessibles est mis à la disposition de l'utilisateur, ou un budget d'assistance personnelle est mis à disposition, ou l'utilisateur est inscrit ou réside dans une structure telle que visée à l'article 186, lorsque la mention à la caisse d'assurance soins se fait avant ou à la date de début du budget, de l'inscription ou du séjour.

Lorsque la mention à la caisse d'assurance soins, visée à l'alinéa deux, 3°, est faite après la date de début du budget, de l'inscription ou du séjour, la caisse d'assurance soins met fin à la décision le premier jour du mois de la mention.

La caisse d'assurance soins fait part de sa décision à l'utilisateur ou à son représentant par écrit.

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

Partie 4. — Cumul de l'allocation avec d'autres dispositions légales ou décrétales

Art. 186. L'exécution de l'intervention n'a pas lieu lorsque l'usager remplit une des conditions suivantes :

- 1° l'usager est inscrit dans un internat ou dans un centre d'accueil d'un institut médico-pédagogique de l'enseignement communautaire ;
- 2° l'usager recourt à un budget d'assistance personnelle ;
- 3° l'usager réside, selon le protocole de résidence, dans un centre multifonctionnel pour personnes handicapées mineures, agréé par l'Agence flamande pour les personnes handicapées ;
- 4° l'usager réside dans une structure résidentielle pour personnes handicapées, agréée en Belgique par une autorité autre que l'Autorité flamande ;
- 5° l'usager réside dans une structure résidentielle pour personnes handicapées non établie en Belgique et qui propose une assistance et des services comparables à ceux proposés par la structure visée au point 4° ;
- 6° l'usager réside dans un établissement de soins psychiatriques.

Le Ministre peut définir les modalités relatives au cumul des allocations.

Partie 5. — Réclamation

Art. 187. Un usager ou son représentant peut introduire auprès de l'agence une réclamation contre toute décision de la caisse d'assurance soins en rapport avec une intervention, conformément aux dispositions des articles 130 à 136 inclus, dans les trois mois qui suivent l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

Par dérogation à l'alinéa premier, aucune réclamation ne peut être introduite contre le refus de l'agrément du handicap ou de la décision selon laquelle il n'existe pas de besoin de soins et de soutien clairement constaté, en cas d'octroi automatique d'un budget d'assistance de base sur la base d'attestations.

LIVRE 5. — Dispositions modificatives

Partie 1. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs

Art. 188. Au point 4 de l'annexe à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs, modifié pour la dernière fois par l'arrêté du Gouvernement flamand du 22 avril 2016, la disposition « - la commission de réclamation, visée à l'article 42 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins. » est remplacée par la disposition « - la commission de réclamation, visée à l'article 130 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande. ».

Partie 2. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent

Art. 189. À l'article 1^{er}, alinéa deux, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 janvier 2007, les mots « l'assurance soins » est remplacé par le segment de phrase « la protection sociale flamande, visée dans le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 3. — Modification de l'arrêté royal du 12 décembre 2001 relatif aux titres-services

Art. 190. À l'article 1, alinéa premier, 7°, de l'arrêté royal du 12 décembre 2001 relatif aux titres-services, abrogé par l'arrêté royal du 9 janvier 2004 et rétabli par l'arrêté royal du 28 septembre 2008, le point b) est remplacé par ce qui suit :

« b) la personne qui reçoit une allocation de remplacement de revenus ou une allocation d'intégration, sur la base de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, ou qui reçoit une allocation pour l'aide aux personnes âgées, sur la base du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ; ».

Partie 4. — Modification de l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées

Art. 191. À l'article 23 de l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées, remplacé par l'arrêté royal du 13 septembre 2004 et modifié par l'arrêté royal du 19 mai 2006, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° le paragraphe 1^{er} est abrogé ;
- 2° au paragraphe 2, alinéa premier, le segment de phrase « et § 1^{er}, 1° et 2° » est abrogé ;
- 3° au paragraphe 2, alinéa deux, le segment de phrase « et § 1^{er} » est abrogé.

Partie 5. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé)

Art. 192. À l'article 3, alinéa premier, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé), modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand du 3 juin 2005 et du 31 mars 2006, et par le décret du 29 juin 2012, les points 4° et 5° sont remplacés par ce qui suit :

- « 4° la gestion de l'Agence pour la protection sociale flamande ;
- 5° la mise à disposition de personnel à l'asbl Vlaamse Zorgkas (Caisse flamande d'assurance soins), visée à l'article 18, § 1^{er}, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande. ».

Art. 193. À l'article 5 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 31 mars 2006, les mots « Vlaams Zorgfonds » sont remplacés par les mots « Agence pour la protection sociale flamande ».

Art. 194. À l'article 12 du même arrêté, les mots « Vlaams Zorgfonds » sont remplacés par les mots « Agence pour la protection sociale flamande ».

Art. 195. À l'article 14, point 5°, du même arrêté, les mots « Vlaams Zorgfonds » sont remplacés par les mots « Agence pour la protection sociale flamande ».

Partie 6. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 juin 2005
relatif à l'organisation de l'Administration flamande

Art. 196. À l'article 23, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 juin 2005 relatif à l'organisation de l'Administration flamande, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 avril 2009, le point 5° est remplacé par ce qui suit :

« 5° L'Agence pour la protection sociale flamande ; ».

Partie 7. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 juillet 2007 portant composition et fonctionnement des conseils consultatifs auprès des agences autonomisées internes du domaine politique de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille

Art. 197. À l'article 1^{er} de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 juillet 2007 portant composition et fonctionnement des conseils consultatifs auprès des agences autonomisées internes du domaine politique de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

« 4° Agence pour la protection sociale flamande : l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique Agence pour la protection sociale flamande, créée par le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ; ».

Art. 198. À l'article 2 du même arrêté, le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

« § 4. Conformément à l'article 14 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, le comité consultatif de l'Agence pour la protection sociale flamande se compose de 32 membres, dont :

- 1° huit représentants des clients, des patients et des aidants de proximité ;
- 2° six représentants des caisses d'assurance soins ;
- 3° six représentants des partenaires sociaux flamands ;
- 4° six représentants des structures et des prestataires de soins ;
- 5° six experts indépendants possédant des compétences particulières en matière de protection sociale. ».

Art. 199. À l'article 3 du même arrêté, le segment de phrase « , à l'exception des membres du comité consultatif de l'Agence pour la protection sociale flamande » est ajouté.

Art. 200. À l'article 5 du même arrêté, la phrase suivante est ajoutée :

« Au sein du comité consultatif de l'Agence pour la protection sociale flamande, le président est nommé parmi les experts indépendants possédant une compétence de premier plan en matière de protection sociale, conformément à l'article 14 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande. ».

Partie 8. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau

Art. 201. À l'article 1^{er}, alinéa premier, 23°, d), de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 6 décembre 2013, le segment de phrase « ou de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, visée à l'article 4, alinéa premier, 2°, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est ajouté.

Partie 9. — Modification de l'Arrêté de Subvention du 22 novembre 2013

Art. 202. À l'article 1^{er}, 10°, d), de l'Arrêté de Subvention du 22 novembre 2013, le point 2) est remplacé par ce qui suit :

« 2) avoir un membre du ménage qui recourt à la protection sociale flamande, visée à l'article 4, alinéa premier, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ; ».

Partie 10. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 juillet 2014
fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand

Art. 203. À l'article 3, point 7°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 juillet 2014 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand, le point h) est remplacé par ce qui suit :

« h) l'Agence pour la protection sociale flamande ; ».

Partie 11. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015 fixant les règles pour la détermination d'un montant des dépenses justifiables et d'un montant des dépenses non justifiables dans le cadre de l'application de l'interdiction de cumul et de la règle de la différence

Art. 204. À l'article 1^{er}, 3°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015 fixant les règles pour la détermination d'un montant des dépenses justifiables et d'un montant des dépenses non justifiables dans le cadre de l'application de l'interdiction de cumul et de la règle de la différence, le segment de phrase « à l'exception du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins » est remplacé par le segment de phrase « à l'exception de l'article 4, alinéa premier, 1°, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ».

LIVRE 6. — Dispositions finales

Partie 1. — Dispositions abrogatoires

Art. 205. Les règlements suivants sont abrogés :

- 1° l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, modifié pour la dernière fois par l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 octobre 2015 ;
- 2° l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, à la gestion, au fonctionnement et à l'agrément de caisses d'assurance soins, et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand du 14 décembre 2001 et du 12 janvier 2007 ;

- 3° l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 juin 2006 réglant la gestion et le fonctionnement du « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand d'assurance soins), modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand du 6 février 2009, du 24 septembre 2010 et du 30 janvier 2015 ;
- 4° 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 les arrêtés du Gouvernement flamand du 8 avril 2011, du 20 avril 2012, du 7 juin 2013, du 23 janvier 2015, du 15 avril 2016 et du 13 mai 2016.

Partie 2. — Dispositions transitoires

Art. 206. Dans le cas des personnes qui reçoivent une allocation de l'assurance soins avant décembre 2016 et qui commencent à recourir à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles avant le ou au 1^{er} janvier 2017, l'exécution des interventions de l'assurance soins se poursuit lorsqu'elles satisfont aux dispositions visées à ou déterminées en vertu de l'article 28 du décret du 24 juin 2016, ainsi qu'aux conditions d'application visées à ou déterminées en vertu des articles 42 et 43 du décret du 24 juin 2016. L'exécution des interventions prend fin lorsque ces personnes reçoivent, après le 1^{er} janvier 2017 et après une procédure de révision, un budget plus élevé pour des soins et du soutien non directement accessibles.

Le nombre de mois des interventions de l'assurance soins pour 2016, conformément à l'article 73 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, tel qu'en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, est également maintenu lorsque les personnes remplissent les conditions suivantes :

- 1° elles reçoivent en 2016 une allocation de l'assurance soins, conformément à l'article 73 précité ;
- 2° elles commencent à recourir à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles avant le ou au 1^{er} janvier 2017 ;
- 3° elles satisfont aux dispositions visées à ou déterminées en vertu de l'article 28 du décret du 24 juin 2016, ainsi qu'aux conditions d'application visées aux ou déterminées en vertu des articles 42 et 43 du décret du 24 juin 2016.

Cette exécution, visée à l'alinéa deux, prend fin lorsque les personnes concernées reçoivent un budget plus élevé pour des soins et du soutien non directement accessibles après le 1^{er} janvier 2017 et après une procédure de révision.

Art. 207. Dans le cas des personnes qui ont droit, au 31 décembre 2016, à une allocation pour l'aide aux personnes âgées, en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, et qui ne peuvent s'affilier à la protection sociale flamande au 1^{er} janvier 2017 parce qu'elles n'entrent pas dans le champ d'application du décret du 24 juin 2016, ou qui, au 1^{er} janvier 2017, ne remplissent pas la condition visée à l'article 28, § 1^{er}, 4^o du décret du 24 juin 2016, l'exécution des interventions pour l'aide aux personnes âgées se poursuit également après le 31 décembre 2016 en vertu de ce décret du 24 juin 2016, même si l'autonomie réduite de ces personnes subsiste.

Les personnes visées à l'alinéa premier sont supposées être affiliées pour la durée de l'intervention.

Art. 208. Le délai d'affiliation ininterrompue préalable à l'ouverture du droit à une allocation pour l'aide aux personnes âgées ou à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles, visé à l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016, ne s'applique pas aux personnes de la région bilingue de Bruxelles-Capitale lorsqu'elles s'affilient avant le 1^{er} janvier 2020 à une caisse d'assurance soins de leur choix.

Art. 209. Les décisions suivantes doivent être assimilées à une attestation telle que visée à l'article 181, 1^o :

- 1° la décision dont il ressort que la commission d'experts a déterminé l'appréciation 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 qu'applicable au 31 mars 2016 ;
- 2° la décision dont il ressort qu'il a été octroyé à un usager un budget personnalisé, en application de l'article 1^{er} 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'il a été octroyé à un usager un champ d'assistance plus élevé que Z7, tel que visé dans l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2012 portant fixation des champs d'assistance ;
- 4° le rapport d'indication, visé à l'article 1^{er}, 17^o, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, dont il ressort qu'un usager entre en ligne de compte pour une aide à la jeunesse non directement accessible, proposée en application du décret du 7 mai 2004.

Art. 210. Le budget d'assistance de base est mis en place progressivement. Afin de permettre cette mise en place progressive, un usager doit, pour la période allant jusqu'à l'année budgétaire 2020 incluse, remplir les conditions cumulatives complémentaires telles que visées aux articles 211 à 215 inclus du présent arrêté, en plus des conditions visées à l'article 4 du décret du 25 avril 2014.

Art. 211. À partir du 1^{er} août 2016, le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour les personnes majeures qui remplissent les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

- 1° remplir la condition visée à l'article 181, 1^o du présent arrêté ;
- 2° être enregistré, au 31 décembre 2014 ainsi qu'au 1^{er} janvier 2016, dans la banque de données centralisée visée à l'article 1^{er}, 11^o, 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 proposé par un centre de jour ;
 - b) un budget d'assistance personnelle ;
 - c) une unité d'observation pour adultes ;
 - d) logement encadré ;

- e) logement protégé/SAI/logement intégré ;
 - f) maison pour travailleurs ;
 - g) centre de jour ;
 - h) vie autonome ;
 - i) maison pour non-travailleurs occupation ;
 - j) maison pour non-travailleurs nursing ;
- 3° au moment de l'octroi du budget d'assistance de base :
- a) ne pas recourir à un budget d'assistance de base tel que visé à l'article 1^{er}, 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 pas recourir à un budget personnalisé en application de l'article 1^{er} 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 bénéficier d'une aide proposée par un centre d'offre de services flexibles pour personnes handicapées 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 bénéficier d'une aide proposée par un centre multifonctionnel 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. 212. Le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour les personnes qui recourent à des soins et du soutien non directement accessibles et qui mettent volontairement fin à l'assistance entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2019 en vue de l'obtention d'un budget d'assistance de base, lorsqu'elles remplissent les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

- 1° à la date du ou après le 1^{er} janvier 2017, recourir à des soins et du soutien non directement accessibles, à l'exception de l'aide de crise et de tous les soins et le soutien avec un maximum de huit points de personnel par personne par an ;
- 2° mettre volontairement fin aux soins et au soutien non directement accessibles visés au point 1°, après l'entrée en vigueur du présent article, en notifiant la cessation ainsi que la date de cessation à l'Agence flamande pour les personnes handicapées.

Le droit au budget d'assistance de base visé à l'alinéa premier est ouvert à la date de la fin du délai de préavis.

Pour le calcul du nombre maximum de points de personnel, visé à l'alinéa premier, 1°, il est calculé 0,22 point de personnel par accompagnement dans le cas de l'accompagnement mobile, 0,155 point de personnel par accompagnement ambulatoire dans le cas de l'accompagnement ambulatoire, 0,070 point par accompagnement dans le cas de l'aide pratique individuelle, 0,131 point par accompagnement dans le cas du soutien individuel global, 0,087 point de personnel par jour d'accueil dans le cas de l'accueil de jour, et 0,13 point de personnel par nuit de séjour dans le cas du séjour.

À l'alinéa trois, l'on entend par :

- 1° accompagnement mobile : le soutien psychologique général d'une heure au minimum et de deux heures au maximum, dans le cadre duquel l'intervenant se rend chez la personne handicapée ou son réseau ;
- 2° accompagnement ambulatoire : le soutien psychologique général d'une heure au minimum et de deux heures au maximum, dans le cadre duquel la personne handicapée ou son réseau se rend chez l'intervenant ;
- 3° aide pratique : soutien dans le cadre des activités quotidiennes générales de la vie dans une relation directe. L'aide pratique individuelle est principalement de nature instrumentale ;
- 4° soutien individuel global : un soutien plus vaste et pouvant couvrir différents domaines de la vie. La nature du soutien peut varier, et les différentes formes de soutien, telles que la stimulation, le coaching, la formation et l'assistance aux activités peuvent coexister ;
- 5° accueil de jour : l'accompagnement pendant la journée visant un accueil adapté ou des activités quotidiennes adaptées ;
- 6° séjour : le séjour avec logement, y compris l'accueil et le support pendant la matinée et les heures du soir.

Art. 213. À partir du 1^{er} décembre 2016, le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour les personnes mineures qui remplissent les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

- 1° remplir la condition visée à l'article 181, 1° du présent arrêté ;
- 2° se trouver dans l'un des cas suivants à la date du 30 juin 2015 :
 - a) être inscrites sur la liste d'enregistrement intersectorielle visée à l'article 2, § 1^{er}, 25°, du décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse ;
 - b) disposer d'un rapport d'indication dont il ressort que le mineur entre en ligne de compte pour l'obtention d'un budget d'assistance personnelle tel que visé à l'article 16, 2°, du décret du 7 mai 2004 ;
- 3° au moment de l'octroi du budget d'assistance de base, ne pas recourir à des soins et à du soutien non directement accessibles, à l'exception du soutien matériel individuel, visé à l'article 6, 2°, du décret du 7 mai 2004.

Art. 214. À partir du 1^{er} août 2017, le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour :

- 1° les personnes avec une attestation d'allocations familiales majorées d'au moins douze points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3, qui ne recourent pas à des soins et un soutien non directement accessibles ;
- 2° les jeunes adultes de 21 à 25 ans inclus, qui disposent d'un score d'au moins douze points sur l'échelle médico-sociale utilisée pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intervention, et qui ne recourent pas à des soins et du soutien non directement accessibles.

Art. 215. La décision d'octroi des usagers, visée à l'article 214, 2°, peut être prolongée sans conditions d'âge, conformément à l'article 184.

Art. 216. Les personnes qui n'ont pas pu s'affilier à partir du 1^{er} janvier 2011 conformément à l'article 4, § 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, et qui ont reçu des allocations de l'assurance soins au 31 décembre 2010, continueront de recevoir les allocations de l'assurance soins en cours, lorsqu'elles :

- 1° continuent de payer la cotisation pour la protection sociale flamande pour le 31 décembre de chaque année au cours de laquelle les allocations de l'assurance soins sont octroyées ;
- 2° restent atteintes d'une autonomie gravement réduite de longue durée.

Partie 3. — Dispositions d'entrée en vigueur

Art. 217. Le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

L'article 10, § 2, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, est abrogé à partir du 1^{er} août 2016, en ce qui concerne l'article 58, alinéa premier, 3°, alinéas deux et trois, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, en ce qui concerne l'application à l'alinéa premier, 3°.

Les articles 31 et 87 produisent leurs effets à partir du 1^{er} septembre 2016.

L'article 88 produit ses effets à partir du 1^{er} septembre 2016, s'agissant du budget d'assistance de base.

Art. 218. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception de l'article 27, alinéa deux, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

L'article 55, l'article 186, alinéa premier, 6°, et l'article 208 du présent arrêté produisent leurs effets à partir du 1^{er} septembre 2016.

Art. 219. Le Ministre flamand ayant l'aide aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, 14 octobre 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

Annexe unique à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 portant la protection sociale flamande
Tableau relatif à la conversion visée à l'article 177, § 2, alinéa premier, de l'arrêté

Age accompli du bénéficiaire à la date du fait ayant donné lieu au paiement	Pourcentage de conversion de capitaux ou de valeurs de rachat en rente viagère	Age accompli du bénéficiaire à la date du fait ayant donné lieu au paiement	Pourcentage de conversion de capitaux ou de valeurs de rachat en rente viagère
0	4,7535	56	7,3965
1	4,7622	57	7,5521
2	4,7713	58	7,7172
3	4,7809	59	7,8925
4	4,7909	60	8,0787
5	4,8014	61	8,2766
6	4,8125	62	8,4869
7	4,8241	63	8,7106
8	4,8362	64	8,9487
9	4,8490	65	9,2021
10	4,8623	66	9,4721
11	4,8764	67	9,7598
12	4,8911	68	10,0665
13	4,9066	69	10,3936
14	4,9229	70	10,7427
15	4,9399	71	11,1154
16	4,9578	72	11,5134

Age accompli du bénéficiaire à la date du fait ayant donné lieu au paiement	Pourcentage de conversion de capitaux ou de valeurs de rachat en rente viagère	Age accompli du bénéficiaire à la date du fait ayant donné lieu au paiement	Pourcentage de conversion de capitaux ou de valeurs de rachat en rente viagère
17	4,9766	73	11,9387
18	4,9964	74	12,3933
19	5,0171	75	12,8795
20	5,0389	76	13,3994
21	5,0618	77	13,9558
22	5,0858	78	14,5513
23	5,1111	79	15,1887
24	5,1377	80	15,8712
25	5,1656	81	16,6020
26	5,1949	82	17,3845
27	5,2258	83	18,2225
28	5,2582	84	19,1198
29	5,2923	85	20,0804
30	5,3282	86	21,1085
31	5,3660	87	22,2084
32	5,4057	88	23,3845
33	5,4476	89	24,6414
34	5,4916	90	25,9836
35	5,5380	91	27,4157
36	5,5868	92	28,9419
37	5,6383	93	30,5665
38	5,6925	94	32,2933
39	5,7497	95	34,1259
40	5,8099	96	36,0670
41	5,8735	97	38,1187
42	5,9405	98	40,2823
43	6,0112	99	42,5577
44	6,0859	100	44,9438
45	6,1647	101	47,4381
46	6,2480	102	50,0367
47	6,3359	103	52,7355
48	6,4289	104	55,5321
49	6,5272	105	58,4333
50	6,6311	106	61,4794
51	6,7411	107	64,8168
52	6,8575	108	68,9976
53	6,9808	109	76,2770
54	7,1114	110	100
55	7,2497		

Vu pour être joint à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 portant la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 14 octobre 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