

vorige lid, niet heeft uitgegeven, kan zij het saldo ervan toevoegen aan het terugvorderbare voorschot toegekend bij koninklijk besluit van 7 mei 2000 teneinde een fonds ter dekking van een sociaal passief op te richten. Het totale bedrag van het fonds mag echter niet hoger zijn dan het bedrag van het sociaal passief berekend op 31 december 2018.

Het FAGG kan om rechtmatige redenen de terugbetaling vorderen van de bedragen toegewezen aan dat fonds, met name in geval van stopzetting van de activiteiten van de vereniging, na uitbetaling van de eventuele ontslagvergoeding aan het personeel tewerkgesteld door de vereniging bedoeld in artikel 1.

Art. 6. Het fonds ter dekking van het sociaal passief dat werd opgebouwd door de vzw "Farmaka" voor de opdrachten bedoeld in artikel 1, b) en c), en die door deze vzw tot 31 december 2017 werden uitgevoerd, kan integraal worden gebruikt voor het dekken van alle kosten die voortvloeien uit de beëindiging van deze activiteiten.

Art. 7. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te L'Île d'Yeu, 30 juli 2018.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

à l'alinéa précédent, elle pourra en ajouter le solde à l'avance récupérable qui lui a été accordée par l'arrêté royal du 7 mai 2000, afin de constituer un fonds affecté à la couverture d'un passif social. Le montant total de ce fonds ne pourra toutefois excéder le montant du passif social calculé au 31 décembre 2018.

L'AFMPS pourra exiger pour des motifs justes le remboursement des sommes affectées à ce fonds, notamment en cas d'arrêt des activités de l'association, après paiement des indemnités éventuelles de licenciement du personnel employé par l'association visée à l'article 1^{er}.

Art. 6. Le fonds affecté à la couverture d'un passif social qui a été constitué par l'asbl « Farmaka » pour les missions visées à l'article 1^{er}, b) et c), qui ont été exécutées par cette asbl jusqu'au 31 décembre 2017, peut intégralement être utilisé + afin de couvrir tous les coûts qui découlent de la fin de ces activités.

Art. 7. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à L'Île d'Yeu, le 30 juillet 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :
La Ministre de la Santé publique,
M. DE BLOCK

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2018/13215]

18 MEI 2018. — Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming (1)

Het VLAAMS PARLEMENT heeft aangenomen en Wij, REGERING, bekrachtigen hetgeen volgt:

Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming

Deel 1. — Gemeenschappelijke basisbepalingen

TITEL 1. — Inleidende bepaling

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid, met uitzondering van artikel 157 en artikel 161, die een gewestaangelegenheid betreffen, en artikel 176, dat een gemeenschaps- en een gewestaangelegenheid betreft.

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

TITEL 2. — Definities

Art. 2. In dit decreet wordt verstaan onder:

1° administratief aansluiten: de aansluiting zonder premiebetaling bij een zorgkas, door personen op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is of die zich niet vrijwillig hebben aangesloten bij een zorgkas, maar die wel een beroep doen op zorg deel uitmakend van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, 4° tot en met 9°;

2° agentschap: het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 9;

3° algemene verordening gegevensbescherming: verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming);

4° basisondersteuningsbudget: een bedrag als vermeld in artikel 2, 2°, van het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering;

5° BeRAI: verzamelterm voor wetenschappelijk onderbouwde beoordelingsinstrumenten, gebaseerd op het internationale interRAI-instrumentarium. Het gaat om gevalideerde beoordelingsinstrumenten om de gezondheids- en welzijnssituatie van gebruikers op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren;

6° bijdrage voor woon- en leefkosten: de vergoeding voor diensten en goederen, verricht of geleverd door de zorgvoorziening, die niet worden vergoed door het zorgticket noch door de gebruikersbijdrage;

7° buitengewone zorg: de zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg, al dan niet verleend buiten het Nederlandse taalgebied of buiten de door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, waarvoor, in het concrete geval, in geen tegemoetkoming is voorzien krachtens

de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging, krachtens de bepalingen van dit decreet, met uitzondering van artikel 55 of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering;

8° decreet houdende de persoonsvolgende financiering: 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;

9° erkende zorgkas: een zorgkas, opgericht door een instantie als vermeld in artikel 18, die erkend is krachtens artikel 19;

10° Expertencommissie: de Expertencommissie gespecialiseerde zorg, vermeld in artikel 39;

11° gebruiker: iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of kan doen op de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4;

12° gebruikersbijdrage: een financiële bijdrage in de zorgkosten ten laste van de gebruiker die een beroep doet op zorg of een responsabiliseringsbijdrage voor een mobiliteitshulpmiddel;

13° gezondheidsbeleid: het beleid met betrekking tot het geheel van de aangelegenheden, vermeld in artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is;

14° ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health; het betreft een begrippenkader, ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie, waarmee het mogelijk is om het functioneren van mensen en eventuele problemen die mensen tijdens het functioneren ondervinden, te beschrijven;

15° ICT: de informatie- en communicatietechnologie;

16° indicatiesteller: een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener, die overeenkomstig de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures, erkend is om indicatiestellingen toe te passen;

17° indicatiestelling: de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker om de zorgdoelstellingen of financiering te bepalen of, wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, om de beperking van de mobiliteit van de gebruiker vast te stellen zodat passende mobiliteitshulpmiddelen en financiering bepaald kunnen worden;

18° kaderdecreet: het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid van 18 juli 2003;

19° mantelzorger: de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven;

20° mobiliteitshulpmiddelen: de hulpmiddelen die bedoeld zijn om de bewegingsfunctie te ondersteunen, namelijk rolstoelen, loophulpmiddelen, orthopedische driewiel fietsen, stasystemen, zitkussens ter preventie van doorzitwonden, modulair aanpasbare systemen ter ondersteuning van de zithouding en onderstellen en de aanpassingen ervan. Een rolstoel, loophulpmiddel of orthopedische driewiel fiets zijn speciaal ontworpen toestellen om personen te helpen zich binnenshuis en buitenshuis te verplaatsen;

21° niet-medische hulp- en dienstverlening: de hulp en bijstand die derden verlenen aan een persoon met een verminderde zelfredzaamheid in residentieel, semiresidentieel of ambulantly verband;

22° Patiëntenrichtlijn: richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg;

23° persoonsvolgend budget: het geheel van tegemoetkomingen, vermeld in artikel 58, dat bestaat uit een zorgbudget dat cash wordt uitbetaald, een zorgticket dat via een trekkingsrecht wordt toegekend of een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen;

24° pijler van de Vlaamse sociale bescherming: een van de verschillende onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4;

25° revalidatie: de behandeling, de diagnostiek of de ondersteuning die verleend wordt in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is conform artikel 128, § 1, van de Grondwet;

26° revalidatievoorziening: zorgvoorziening, andere dan een revalidatieziekenhuis, die revalidatie aanbiedt, vermeld in punt 25°;

27° revalidatieziekenhuis: een zorgvoorziening voor gezondheidszorg waarin passende zorg aangeboden wordt aan patiënten van wie de gezondheidstoestand de opname of het verblijf vereisen, met als doel de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren door de ziekte te bestrijden of de patiënt te revalideren als vermeld in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 3° en 4°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen;

28° rolstoel: een manuele rolstoel, een elektronische rolstoel, een elektronische scooter, een manuele kinderrolstoel of een elektronische kinderrolstoel;

29° stasysteem: een stasysteem is een toestel dat personen met een ernstige of volledige beperking van de stafunctie toelaat rechtop te staan;

30° tegemoetkoming: een zorgbudget als vermeld in deel 2, titel 2, een zorgticket als vermeld in deel 2, titel 3, of tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen als vermeld in deel 2, titel 4;

31° toezichthoudende autoriteit: de toezichthoudende autoriteit als vermeld in artikel 4, 21), van verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming);

32° trekkingsrecht: het recht op een persoonsvolgend budget dat verloopt via een rechtstreekse betaling door de zorgkas aan de erkende zorgvoorziening of verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die zorg verleent aan de gebruiker;

33° VAPH: het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, opgericht bij artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

34° verminderde zelfredzaamheid: een beperking van de mogelijkheden tot zelfzorg;

35° verordening (EG) nr. 883/2004: de verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels;

36° verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen: een persoon die gemachtigd is om mobiliteitshulpmiddelen te verkopen of te verhuren conform artikel 122, met behoud van de erkenningsplicht op grond van artikel 72 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

37° vertegenwoordiger van de gebruiker: de vertegenwoordiger, vermeld in artikel 23, § 2;

38° Vlaamse Zorgkas: de vzw Vlaamse Zorgkas opgericht door het Vlaams Zorgfonds;

39° welzijnsbeleid: het beleid inzake de bijstand aan personen met betrekking tot het geheel van aangelegenheden, vermeld in artikel 5, § 1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is, met uitzondering van het beleid inzake onthaal en integratie van inwijkelingen, vermeld in artikel 5, § 1, II, 3°, van de voormelde bijzondere wet;

40° wonen: ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister, of ingeschreven zijn in het wachtregister voor personen die jonger zijn dan achttien jaar;

41° Woonzorgdecreet: Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, gewijzigd bij de decreten van 18 november 2011, 21 juni 2013, 15 juli 2016, 22 december 2016 en 20 januari 2017;

42° zelfzorg: de beslissingen en de acties die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten. Die activiteiten kunnen onder meer betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte;

43° Ziekteverzekeringswet: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

44° zorg: alle vormen van zorg en ondersteuning gefinancierd in uitvoering van dit decreet, inclusief revalidatie;

45° zorgbehoefte: de behoefte van een gebruiker aan zorg, objectief vastgesteld aan de hand van een indicatiestelling;

46° zorgbudget: een vrij besteedbare tegemoetkoming, die door de zorgkas cash wordt uitbetaald aan de cliënt, voor kosten die gepaard gaan met zorgbehoefendheid, toegekend met toepassing van deel 2, titel 2, van dit decreet;

47° zorgkas: een erkende zorgkas of de Vlaamse Zorgkas;

48° Zorgkassencommissie: de Zorgkassencommissie, vermeld in artikel 33;

49° zorgticket: de tussenkomst in de kost van zorg, waarvan de omvang wordt bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker, onder meer vastgesteld aan de hand van BelRAI en uitbetaald door de zorgkas onder de vorm van een trekkingsrecht;

50° zorgverlener: elke natuurlijke persoon die op een beroepsmatige wijze zorg verleent in het kader van dit decreet;

51° Zorgverzekeringsdecreet: het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

52° zorgvoorziening: een verzorgingsinstelling of elke andere organisatie, erkend door de Vlaamse Gemeenschap, die in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid instaat voor de organisatie of uitvoering van zorg;

53° zorgvorm: de wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt; door of een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorger.

De Vlaamse Regering kan de definitie van mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in het eerste lid, 20°, uitbreiden met andere hulpmiddelen die als finaliteit hebben de bewegingsfunctie te ondersteunen.

TITEL 3. — Toepassingsgebied

Art. 3. § 1. De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die in het Nederlandse taalgebied woont.

De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont.

De Vlaamse sociale bescherming is niet van toepassing op een persoon als vermeld in het eerste en tweede lid, voor wie, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/04, het socialezekerheidsstelsel van een andere lidstaat van de Europese Unie, van een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland van toepassing is, tenzij die persoon zich vrijwillig aansluit bij een zorgkas als vermeld in artikel 42, § 1, derde lid, van dit decreet.

De Vlaamse sociale bescherming is niet van toepassing op een persoon als vermeld in het eerste of tweede lid, die enkel een pensioen ontvangt van een of meer andere lidstaten van de Europese Unie dan België, van een andere staat dan België die partij is bij de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland, tenzij die persoon zich vrijwillig aansluit bij een zorgkas als vermeld in artikel 42, § 1, derde lid, van dit decreet.

De Vlaamse sociale bescherming is niet van toepassing op een persoon, vermeld in het eerste en tweede lid, die op grond van het Europees Unierecht of van een internationale overeenkomst of protocol, niet onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid, tenzij deze persoon zich vrijwillig aansluit bij een zorgkas als vermeld in artikel 42, § 1, derde lid, van dit decreet.

§ 2. De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die niet in België woont, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/04, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is.

De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging, zoals gewaarborgd door het Unierecht, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/04, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is.

De bepalingen van dit decreet over de personen, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing op de personen bedoeld in het eerste en het tweede lid van deze paragraaf.

De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die niet in België woont, en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/04, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is.

De Vlaamse sociale bescherming is van toepassing op elke persoon die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging, zoals gewaarborgd door het Unierecht, en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/04, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is.

De bepalingen van dit decreet over de personen, vermeld in paragraaf 1, tweede lid, zijn van overeenkomstige toepassing op de personen, vermeld in het vierde en het vijfde lid van deze paragraaf.

§ 3. In afwijking van paragraaf 1 is de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing op de volgende personen:

1° de tijdelijk tot verblijf gemachtigde buitenlandse studenten, vermeld in artikel 58 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen;

2° de familieleden van tijdelijk tot verblijf gemachtigde buitenlandse studenten, vermeld in artikel 10*bis* van voormelde wet, aan wie ook een tijdelijke machtiging tot verblijf is toegekend;

3° de tijdelijk tot verblijf gemachtigde onderzoekers, vermeld in artikel 61/10 van voormelde wet;

4° de familieleden van tijdelijk tot verblijf gemachtigde onderzoekers, vermeld in artikel 61/13 van voormelde wet, aan wie ook een tijdelijke machtiging tot verblijf is toegekend.

TITEL 4. — *Voorwerp en algemene principes*

Art. 4. De Vlaamse sociale bescherming heeft onder meer betrekking op de volgende pijlers:

1° het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;

2° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;

3° het basisondersteuningsbudget;

4° de residentiële ouderenzorg;

5° de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten;

6° de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies;

7° de thuiszorg;

8° de transmurale zorg;

9° de mobiliteitshulpmiddelen.

De Vlaamse Regering legt de nadere invulling vast van de pijlers, vermeld in het eerste lid.

Art. 5. De Vlaamse sociale bescherming is een volksverzekering, waarbij de rechten gekoppeld zijn aan de betaling van een jaarlijkse premie als vermeld in artikel 45.

Art. 6. § 1. De Vlaamse sociale bescherming draagt bij tot een integrale zorg en ondersteuning en het verhogen van de zelfredzaamheid en neemt de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving en het nastreven van kwaliteit van leven als uitgangspunt.

De Vlaamse sociale bescherming heeft de volgende doelstellingen:

1° een versterking van de persoon met een zorgbehoefte door hem zoveel mogelijk zijn autonomie en de regie te laten behouden of herwinnen over de eigen zorg en de integratie of de re-integratie in de samenleving te bevorderen;

2° de ondersteuning van de mantelzorg en het verdere netwerk van de persoon met een zorgbehoefte;

3° vraaggestuurde zorg op maat realiseren door maximaal in te zetten op persoonsvolgende financiering;

4° het realiseren van financiële toegang tot kwaliteitsvolle zorg;

5° het realiseren van efficiëntiewinsten en transparantie voor de burger door de vereenvoudiging, digitalisering en integratie van verschillende tegemoetkomingen met het oog op een meer gestroomlijnde toegang tot rechten op tegemoetkomingen en zorg;

6° een objectieve, uniforme en laagdrempelige beoordeling van de zorgbehoefte;

7° het realiseren van een uniek inschalingsinstrument voor personen met een zorgbehoefte;

8° een toegang tot één loket voor alle vragen over dossiers en rechten bij de zorgkas voor wat de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming betreft;

9° het realiseren van zorgcontinuïteit en waar nodig aanklampende zorg, onder andere door middel van een organisatiegebonden financiering die complementair is aan de persoonsvolgende financiering van de zorg.

Voor de toepassing van het tweede lid wordt verstaan onder aanklampende zorg: ongevraagde zorg vanuit betrokkenheid, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het functioneren of op het vermijden van overlast, bij personen die zelf of, in het geval van kinderen en jongeren, bij wie de omgeving zorg op een zorgwekkende manier mijden.

§ 2. Bij de start van elke legislatuur stelt de Vlaamse Regering, op basis van een analyse van de evolutie van de zorgnoden en rekening houdend met de budgettaire marges, een indicatieve meerjarenraming op met betrekking tot de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming waarvoor het beschikbaar aanbod geprogrammeerd is. De Vlaamse Regering legt deze indicatieve meerjarenraming ter bespreking voor aan het Vlaams Parlement.

De Vlaamse Regering legt jaarlijks een voortgangsrapport ter bespreking voor aan het Vlaams Parlement. Dit voortgangsrapport licht de wijze toe waarop de Vlaamse Regering binnen de beschikbare budgetten en op basis van een analyse van de geobjectiverde behoeften uitvoering geeft aan de indicatieve meerjarenraming.

De indicatieve meerjarenraming wordt voor advies besproken in de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, vermeld in artikel 3 van het decreet van 29 juni 2018 tot oprichting van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Art. 7. De financiering in het kader van de Vlaamse sociale bescherming omvat twee categorieën:

1° de zorggebonden financiering, die persoonsvolgend is;

2° de organisatiegebonden financiering.

Art. 8. De tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming worden automatisch toegekend, tenzij dat onmogelijk is. In dat laatste geval kan de Vlaamse Regering bepalen dat de tegemoetkoming op aanvraag wordt toegekend.

TITEL 5. — *Organisatie van de Vlaamse sociale bescherming*

HOOFDSTUK 1. — *Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming*

Afdeling 1. — Oprichting van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming

Art. 9. Er wordt een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming opgericht, dat de rechtsopvolger is van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 6, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zoals van kracht voor de inwerkingtreding van artikel 176 van dit decreet, met overname van alle rechten en plichten.

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

De bepalingen van het kaderdecreet zijn van toepassing op het agentschap, met uitzondering van artikel 4, § 2, eerste lid, 1°, artikel 6, § 3, en met uitzondering van artikel 24 en 25 wat betreft het reservefonds als vermeld in artikel 16 van dit decreet.

Afdeling 2. — Missie en taken

Art. 10. Het agentschap heeft als missie een actief beleid te voeren dat gericht is op het bevorderen van de zelfredzaamheid, rekening houdend met de noden en de eigen regie van de gebruiker en van zijn kansen om volwaardig deel te nemen aan de samenleving.

Het agentschap beoogt de financiële toegankelijkheid van zorg te waarborgen en streeft naar de beheersing van de overheidsuitgaven op lange termijn.

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

Art. 11. De kerntaak van het agentschap omvat:

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

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

3° de diagnose van de zorgbehoefte en de vaststelling van de verminderde zelfredzaamheid organiseren op een uniforme, objectieve en kwaliteitsvolle manier en de controle erop organiseren;

4° subsidies verstrekken aan de zorgkassen op een objectieve en transparante wijze en met aandacht voor een efficiënt en zorgvuldig beheer van de publieke middelen;

5° het uitbouwen van een digitaal platform in samenwerking met de zorgkassen en het beheren van de data;

6° financiële reserves aanleggen en beheren om toekomstige uitgavenverplichtingen te dekken.

Art. 12. Binnen het kader van de missie en de taken van het agentschap, kan de Vlaamse Regering specifieke taken aan het agentschap toewijzen.

Art. 13. Het agentschap voert de taken, vermeld in artikel 11 en 12, uit, in samenhang met het door de Vlaamse Gemeenschap gevoerde welzijns- en gezondheidsbeleid.

Afdeling 3. — Bestuur en werking

Art. 14. De Vlaamse Regering regelt de werking en het beheer van het agentschap. In afwijking van artikel 6, § 3, van het kaderdecreet kan ze het hoofd van een intern verzelfstandigd agentschap van het beleidsdomein met de algemene leiding, de werking en de vertegenwoordiging van het agentschap belasten. In voorkomend geval zal het ondernemingsplan, vermeld in artikel 5/1 van het kaderdecreet, deel uitmaken van het ondernemingsplan van het intern verzelfstandigd agentschap dat het agentschap beheert.

Afdeling 4. — Financiering en reservefonds

Art. 15. § 1. De middelen waarover het agentschap beschikt zijn:

1° dotaties;

2° solidaire premies van de personen aangesloten bij de zorgkassen;

3° inkomsten uit beleggingen van het reservefonds, vermeld in artikel 16;

4° schenkingen en legaten;

5° alle andere middelen die nuttig zijn in het kader van de doelstelling van het agentschap en die ingevolge wettelijke, decretale of reglementaire bepalingen aan het agentschap toekomen.

Het agentschap kan schenkingen of legaten aanvaarden.

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

De dotaties, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 1°, worden voor elk begrotingsjaar berekend op basis van een aantal parameters, waaronder:

1° het aantal en de som van de uitgaven die tijdens het voorgaande jaar zijn toegekend, en de verwachte evolutie van de uitgaven;

2° de omvang van de premies, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°;

3° de middelen en de inkomsten uit beleggingen van het reservefonds, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 3°;

4° de beschikbare budgettaire marges voor het begrotingsjaar.

§ 3. De omvang van de uitgaven, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, 1°, wordt berekend op basis van een aantal parameters waaronder:

1° het aantal gebruikers;

2° het zorgprofiel van de gebruikers;

3° het gezinssinkomen van de gebruikers, als het gaat om het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood als vermeld in deel 2, titel 2, hoofdstuk 3;

4° de gezinssamenstelling van de gebruiker, als het gaat om het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood als vermeld in deel 2, titel 2, hoofdstuk 3;

5° de werkingskosten;

6° de organisatiegebonden kosten van de zorgvoorzieningen.

De omvang van de premies, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, wordt berekend op basis van een aantal parameters waaronder:

1° het aantal leden;

2° het aantal leden met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering, vermeld in artikel 37, § 19, van de Ziekteverzekeringwet.

§ 4. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor het beheer van de inkomsten uit beleggingen, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 3°.

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

Art. 16. De Vlaamse Regering wordt gemachtigd om voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, vermeld in artikel 4, eerste lid, 1°, een reservefonds aan te leggen op het niveau van het agentschap.

De middelen in een reservefonds mogen worden aangewend om de dekking van de zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevenden te vrijwaren.

De aanvulling van het reservefonds is afhankelijk van een machtiging bij decreet in de jaarlijkse begroting. Die machtiging tot aanvulling kan alleen betrekking hebben op het deel van de uitgavenkredieten dat in de begroting aan het agentschap wordt toegekend voor de Vlaamse sociale bescherming en dat in het begrotingsjaar zelf niet wordt aangewend.

Afdeling 5. — Raadgevend comité

Art. 17. Bij het agentschap wordt een raadgevend comité opgericht dat advies verstrekt op verzoek van het hoofd van het agentschap. Het raadgevend comité verstrekt ook op eigen initiatief advies over alle aangelegenheden die van belang zijn voor de taken van het agentschap.

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

1° 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 zorgvoorzieningen en de zorgverleners;

5° zes onafhankelijke deskundigen met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van sociale bescherming.

De voorzitter wordt benoemd uit een van de onafhankelijke deskundigen met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van sociale bescherming.

De voorzitter, de vertegenwoordigers en de onafhankelijke deskundigen worden benoemd door de Vlaamse Regering.

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

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

HOOFDSTUK 2. — De zorgkassen

Afdeling 1. — Erkende zorgkassen

Art. 18. Om erkend te worden moet een zorgkas door de volgende instanties zijn opgericht:

1° landsbonden van ziekenfondsen of alle ziekenfondsen met administratieve zetel in het Vlaamse Gewest of in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest of minstens vier ziekenfondsen met administratieve zetel in het Vlaamse Gewest of in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, via een maatschappij van onderlinge bijstand, onderworpen aan de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

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

3° verzekeringsondernemingen die vallen onder de toepassing van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen, en die actief zijn in het hele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

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

Art. 19. Om erkend te kunnen worden, moet een zorgkas aan de volgende voorwaarden voldoen:

1° opgericht worden als een privaatrechtelijke rechtspersoon die zijn opdrachten zonder winstoogmerk uitvoert en die ten aanzien van de instanties, vermeld in artikel 18, en ten aanzien van het agentschap volledig gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen. De zorgkas verantwoordt de wijze waarop de middelen, waaronder ook personeelsmiddelen, worden ingezet en biedt volledige transparantie over het personeelsbestand en de personeelsinzet. De Vlaamse Regering kan hiertoe nadere regels bepalen;

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

3° elk verzoek tot aansluiting als vermeld in artikel 42, aanvaarden, tenzij een wettelijke of decretale bepaling dat verhindert;

4° elke aanvraag die geldig ingediend wordt, behandelen op de wijze die vastgesteld is in dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan, en een totaalverbod op risicoselectie in acht nemen;

5° geen andere activiteiten ontplooiën dan de activiteiten, vermeld in artikel 22, tenzij die nauw samenhangen met de activiteiten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming;

6° noch rechtstreeks, noch zijdelings andere verzekeringen, tegemoetkomingen of voordelen aanbieden of toekennen die gekoppeld zijn aan de aansluiting, vermeld in artikel 42, of aan de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming;

7° instaan voor de uitvoering van de tegemoetkomingen in alle pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4;

8° een ombudsfunctie installeren conform de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures, onder meer voor de behandeling van klachten van de personen die aangesloten zijn bij de zorgkas.

De Vlaamse Regering bepaalt de regels voor de toekenning, weigering, eventuele verlenging, schorsing en intrekking van de erkenning. De Vlaamse Regering regelt de duur van de erkenning.

Art. 20. De Vlaamse Regering erkent de zorgkas.

De zorgkassen die erkend zijn ter uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, worden van rechtswege omgevormd tot en erkend als zorgkassen in het kader van dit decreet.

Afdeling 2. — De Vlaamse Zorgkas

Art. 21. § 1. De vzw Vlaamse Zorgkas wordt van rechtswege ingesteld als zorgkas in de zin van dit decreet. Ze fungeert als hulpkas voor wie zich verplicht moet aansluiten en dit niet binnen de termijn, vermeld in artikel 42, heeft gedaan.

§ 2. De algemene vergadering van de Vlaamse Zorgkas telt ten minste vijf effectieve leden. De statuten van de Vlaamse Zorgkas regelen de aanwijzing van de effectieve leden. De effectieve leden zijn vertegenwoordiger van de Vlaamse administratie, van een Vlaamse minister of van de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten.

De statuten van de Vlaamse Zorgkas regelen de werking van de algemene vergadering.

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

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

§ 4. De statuten van de Vlaamse Zorgkas regelen het dagelijks bestuur.

§ 5. Een bedrijfsrevisor wordt benoemd als commissaris. Die oefent het toezicht uit op de Vlaamse Zorgkas. De statuten van de Vlaamse Zorgkas regelen de benoeming, het ontslag en de taken van de bedrijfsrevisor.

§ 6. De Vlaamse Regering wordt gemachtigd om personeel ter beschikking te stellen voor de Vlaamse Zorgkas.

Afdeling 3. — Opdrachten

Art. 22. Een zorgkas heeft de volgende opdrachten:

1° de zorgkas treedt op als uniek loket voor alle vragen over dossiers en rechten met betrekking tot de Vlaamse sociale bescherming;

2° ze onderzoekt de aanvragen en beslist over de tegemoetkomingen conform de bepalingen van dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan;

3° ze staat in voor de uitvoering van de tegemoetkomingen conform dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan;

4° ze registreert de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen en de tegemoetkomingen en rapporteert aan het agentschap;

5° ze int de premies van de aangeslotenen conform artikel 45;

6° ze beheert in voorkomend geval, haar financiële reserves als vermeld in artikel 27.

De zorgkassen beschikken over de gegevens van aangesloten gebruikers die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van hun taken.

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

Art. 23. § 1. De zorgkas kan uit eigen beweging alle ontbrekende inlichtingen verzamelen om de rechten van de gebruiker te kunnen beoordelen. De zorgkas kan daarbij bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten, en bepaalde ontbrekende inlichtingen opvragen bij de gebruiker zelf of zijn vertegenwoordiger.

De zorgkas kan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger alleen inschakelen als ze de ontbrekende inlichtingen niet op een andere manier kan verkrijgen, met respect voor de regelgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de regelgeving over de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens.

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

§ 2. De vertegenwoordiger van de gebruiker is een natuurlijke persoon die in de plaats van de gebruiker optreedt bij alle handelingen die de gebruiker moet stellen om tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming te verkrijgen.

De Vlaamse Regering bepaalt welke personen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker kunnen optreden.

Art. 24. De beslissingen van de zorgkas over het dossier van de gebruiker worden ter kennis gebracht van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met vermelding van de beroepsmogelijkheden en de voorwaarden van het beroep.

De termijn voor de indiening van het beroep start pas als de beroepsmogelijkheden en de voorwaarden van het beroep zijn vermeld.

De beslissingen van de zorgkas over het dossier van de gebruiker worden, wat de zorgtickets en de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen betreft, eveneens ter kennis gebracht van de betrokken zorgvoorziening of van de betrokken verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 25. In het kader van hun opdrachten, vermeld in artikel 22, eerste lid, 1°, kunnen de zorgkassen in rechte optreden ter verdediging van de individuele rechten van de gebruikers die bij de zorgkas zijn aangesloten na het uitdrukkelijke akkoord van de betrokken gebruiker of zijn vertegenwoordiger of ter verdediging van de collectieve belangen van de gebruikers die bij de zorgkas zijn aangesloten.

Het optreden van de zorgkassen doet geen afbreuk aan de rechten van de gebruikers of hun vertegenwoordigers om zelf de zaak aanhangig te maken of in het geding tussen te komen.

Afdeling 4. — Subsidie

Art. 26. Een zorgkas ontvangt jaarlijks en per pijler van de Vlaamse sociale bescherming een subsidie die door het agentschap wordt vastgesteld op basis van:

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

2° een forfaitair bedrag ter dekking van de administratieve kosten, de kosten voor gerechtelijke procedures en de ICT-kosten, aan de hand van criteria die door de Vlaamse Regering worden bepaald.

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

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor de vaststelling en uitbetaling van de subsidies en van het financiële evenwicht. Deze hebben betrekking op transparantie, financiële responsabilisering en kwaliteitsvolle dienstverlening.

De Vlaamse Regering kan voorwaarden bepalen voor de terugvordering van de subsidies die afwijken van of aanvullend zijn op hetgeen bepaald wordt ter uitvoering van artikel 57 van het decreet van 8 juli 2011 houdende regeling van de begroting, de boekhouding, de toekenning van subsidies en de controle op de aanwending ervan, en de controle door het Rekenhof.

Art. 27. De Vlaamse Regering kan de zorgkassen belasten met het financiële beheer van reserves volgens regels die door haar worden bepaald.

Afdeling 5. — Digitaal platform

Art. 28. Het agentschap is verantwoordelijk voor de uitbouw van een digitaal platform Vlaamse sociale bescherming evenals de verschillende applicaties Vlaamse sociale bescherming die gemeenschappelijk worden gebruikt. De zorgkassen worden door het agentschap betrokken bij de ontwikkeling van de gemeenschappelijke centrale applicatie.

Daartoe wordt bij het agentschap een Strategische Begeleidingscommissie VSB – ICT opgericht, waarin experts van de zorgkassen en van het agentschap vertegenwoordigd zijn. De aansturing van de Strategische Begeleidingscommissie gebeurt door het agentschap.

De Strategische Begeleidingscommissie, vermeld in het tweede lid, heeft de volgende opdrachten:

1° het adviseren van de bevoegde minister over de architectuur van het digitaal platform VSB, de architectuur van de gemeenschappelijke VSB – ICT-applicaties en over de daartoe te realiseren gemeenschappelijke ICT-projecten;

2° het valideren van de businessvereisten;

3° het valideren van de functionele en technische analyses van de gemeenschappelijke VSB – ICT-applicaties;

4° het toezicht houden op de consistentie tussen de verschillende VSB – ICT-projecten;

5° het opvolgen van de gemeenschappelijke VSB – ICT-projecten.

De Vlaamse Regering kan bijkomende opdrachten aan de Strategische Begeleidingscommissie toevertrouwen.

HOOFDSTUK 3. — Toezicht

Art. 29. Het toezicht op de tegemoetkomingen in het kader van dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan en op de uitvoering ervan door de zorgkassen wordt georganiseerd door de Vlaamse Regering.

Art. 30. De zorgkassen leggen jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan het agentschap volgens de vormvereisten die de Vlaamse Regering bepaalt.

Art. 31. De Vlaamse Regering legt jaarlijks de begroting van het agentschap voor het volgende jaar aan het Vlaams Parlement voor.

Art. 32. De Vlaamse Regering brengt jaarlijks vóór 30 september aan het Vlaams Parlement omstandig verslag uit over de inkomsten en uitgaven en de werking van het agentschap tijdens het afgelopen begrotingsjaar.

HOOFDSTUK 4. — *De Zorgkassencommissie*

Art. 33. Bij het agentschap wordt een interdisciplinaire Zorgkassencommissie opgericht.

Art. 34. De Zorgkassencommissie wordt belast met de volgende taken:

1° de controle op de indicatiestellingen, vermeld in artikel 66 en artikel 109, met uitzondering van de gevallen waarin een beroep wordt gedaan op een externe dienstverlener;

2° de controle op de beoordeling van het vereiste hulpmiddel door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de aflevering ervan;

3° de a posteriori controle van de revalidatievoorzieningen en de revalidatieziekenhuizen volgens de parameters bepaald door de Vlaamse Regering.

De Vlaamse Regering kan de Zorgkassencommissie belasten met bijkomende taken.

Art. 35. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling van de Zorgkassencommissie.

Leden van de Zorgkassencommissie zijn:

1° beoefenaars van gezondheidszorgberoepen als vermeld in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

2° houders van een diploma van bachelor of master in het sociaal werk of gelijkwaardig door ervaring.

Voor de samenstelling van de Zorgkassencommissie kan een beroep worden gedaan op adviserend artsen en andere experts werkzaam bij de ziekenfondsen, voor zover zij deskundig zijn in de gezondheids- en welzijnssector.

Er kan ook een beroep gedaan worden op andere personen werkzaam binnen de gezondheids- en welzijnssector.

§ 2. De samenstelling van de Zorgkassencommissie kan variëren conform de voorwaarden en de procedures vastgelegd door de Vlaamse Regering. De samenstelling kan onder meer afhankelijk zijn van de betreffende taak van de Zorgkassencommissie en van de complexiteit van het dossier.

De Zorgkassencommissie is regionaal georganiseerd in verschillende teams. De dossiers worden at random toegewezen.

Jaarlijks wordt bij het agentschap een lijst opgesteld met de namen van de leden van de Zorgkassencommissie. Personen die gedurende het lopende jaar lid worden van de Zorgkassencommissie, worden onmiddellijk toegevoegd aan de lijst. Personen die gedurende het lopende jaar niet langer lid zijn van de Zorgkassencommissie worden onmiddellijk geschrapt van de lijst.

Art. 36. De Vlaamse Regering bepaalt de organisatie en de werkingsregels van de Zorgkassencommissie. Het agentschap is belast met de administratieve ondersteuning en aansturing van de Zorgkassencommissie.

De Vlaamse Regering bepaalt het statuut en de vergoeding van de leden van de Zorgkassencommissie en legt de onverenigbaarheden vast, waaronder het verbod voor de leden van de Zorgkassencommissie, om in dienst te zijn van een zorgvoorziening, om op te treden in de hoedanigheid van verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, of om mandaten te vervullen binnen een zorgvoorziening of binnen een rechtspersoon die mobiliteitshulpmiddelen vervaardigt of levert.

De Vlaamse Regering kan nadere kwaliteitsvoorwaarden bepalen ten aanzien van de leden van de Zorgkassencommissie, onder andere inzake opleiding of bijscholing.

Art. 37. § 1. De Zorgkassencommissie beschikt over de gegevens van de gebruikers die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van haar taken. Die gegevens hebben onder meer betrekking op de indicatiestellingen en de eraan gekoppelde tegemoetkomingen die haar ter controle worden voorgelegd, conform artikel 34, eerste lid, 1°.

§ 2. De leden van de Zorgkassencommissie zijn gebonden door de geheimhoudingsplicht met betrekking tot de gegevens waarvan ze bij de uitoefening van hun opdracht kennis krijgen en die daarmee verband houden.

Elke overtreding van deze paragraaf wordt gestraft met een geldboete van honderd euro tot duizend euro.

HOOFDSTUK 5. — *Sectorale adviescommissies*

Art. 38. De Vlaamse Regering kan bij het agentschap sectorale adviescommissies oprichten. Die hebben als taak advies te geven aan de bevoegde minister over het beleid en de regelgeving over de sectoren waarop de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming betrekking hebben.

Minstens voor de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4°, 5°, 6° en 7°, wordt een commissie als vermeld in het eerste lid opgericht.

De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling, de organisatie en de werkingsregelen van de sectorale adviescommissies.

De Vlaamse Regering bepaalt het statuut en de vergoeding van de leden van de sectorale adviescommissies en legt de onverenigbaarheden vast.

HOOFDSTUK 6. — *De Expertencommissie gespecialiseerde zorg*

Art. 39. § 1. Bij het agentschap wordt een interdisciplinaire Expertencommissie gespecialiseerde zorg opgericht.

De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling, de organisatie en de werkingsregels van de Expertencommissie. De samenstelling van de Expertencommissie kan variëren conform de voorwaarden en de procedures vastgelegd door de Vlaamse Regering. De samenstelling kan onder meer afhankelijk zijn van de betreffende taak van de Expertencommissie.

De Vlaamse Regering bepaalt het statuut en de vergoeding van de leden van de Expertencommissie en legt de onverenigbaarheden vast, waaronder het verbod voor de leden van de Expertencommissie om in dienst te zijn van een zorgvoorziening, of om mandaten te vervullen binnen een zorgvoorziening.

Het agentschap is belast met de administratieve ondersteuning en aansturing van de Expertencommissie.

§ 2. De Expertencommissie beschikt over de gegevens van de gebruikers die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van haar taken.

§ 3. De leden van de Expertencommissie zijn gebonden door de geheimhoudingsplicht met betrekking tot de gegevens waarvan ze bij de uitoefening van hun opdracht kennis krijgen en die daarmee verband houden.

Elke overtreding van deze paragraaf wordt gestraft met een geldboete van honderd euro tot duizend euro.

Art. 40. De Expertencommissie wordt onder meer belast met de volgende taken:

1° een eensluidend advies verlenen met het oog op de door de zorgkas te verlenen voorafgaande toestemmingen aan gebruikers conform de verordening (EG) nr. 883/2004;

2° een eensluidend advies verlenen met het oog op de door de zorgkas te verlenen voorafgaande toestemmingen voor geplande zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België, in IJsland, in Liechtenstein, in Noorwegen en in Zwitserland overeenkomstig de richtlijn 2011/24/EU;

3° een eensluidend advies verlenen met het oog op de door de zorgkas te nemen beslissingen over vragen om tegemoetkomingen voor buitengewone zorg, vermeld in artikel 55 van dit decreet;

4° advies verlenen over behandelprogramma's aan de bevoegde minister in dialoog met de betrokken sectorale adviescommissie, vermeld in artikel 38 van dit decreet.

De Vlaamse Regering kan de Expertencommissie belasten met bijkomende taken.

TITEL 6. — *Verplichtingen voor de gebruiker*

HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepalingen*

Art. 41. § 1. Om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming in het kader van dit decreet, moet de gebruiker:

1° aangesloten zijn bij een zorgkas conform de bepalingen van artikel 42 van dit decreet;

2° op het ogenblik van de uitvoering van de tegemoetkoming legaal verblijven in een lidstaat van de Europese Unie of in de krachtens verordening (EG) nr. 883/2004 gelijkgestelde staten IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland;

3° beantwoorden aan de toepassingsvoorwaarden van de betreffende pijler van de Vlaamse sociale bescherming;

4° wat het recht op een zorgbudget betreft, gedurende ten minste vijf jaar, die voorafgaan aan de opening van het recht op tegemoetkoming conform dit decreet, ononderbroken in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen of ononderbroken sociaal verzekerd zijn in de lidstaten van de Europese Unie, in de andere staten die partij zijn bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland. Voor kinderen tot de leeftijd van achttien jaar geldt die voorwaarde niet, voor de hele duur van de uitvoering van de tegemoetkomingen en voor de duur van de eventuele verlenging ervan.

De gebruiker, vermeld in artikel 3, § 1, tweede en vijfde lid, en artikel 3, § 2, vijfde lid, die, vanaf het ogenblik dat hij zich kon aansluiten, zich niet vrijwillig heeft aangesloten bij een zorgkas binnen een door de Vlaamse Regering te bepalen termijn, moet gedurende ten minste vijf jaar, voorafgaand aan de opening van het recht op een tegemoetkoming conform dit decreet, ononderbroken aangesloten zijn bij een zorgkas of sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België, in een andere staat dan België die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland.

De gebruiker, vermeld in artikel 3, § 1, derde en vierde lid, en artikel 3, § 2, vierde lid, die, vanaf het ogenblik dat hij zich kon aansluiten, zich niet vrijwillig heeft aangesloten bij een zorgkas binnen een door de Vlaamse Regering te bepalen termijn moet, gedurende ten minste vijf jaar, voorafgaand aan de opening van het recht op een zorgbudget conform dit decreet, ononderbroken aangesloten zijn bij een zorgkas of sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België, in een andere staat dan België die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland.

De termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in het tweede en derde lid, wordt, ook na een verhuizing of onderbreking van de aansluiting, toegepast, als de gebruiker op de datum van de opening van het recht op de tegemoetkoming aan een van de volgende voorwaarden voldoet:

1° vrijwillig onder het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming vallen;

2° verplicht onder het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming vallen en verblijven in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening gelegen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Met het oog op de opening van het recht van de gebruiker als vermeld in artikel 3, § 1, tweede en vijfde lid, en artikel 3, § 2, vijfde lid, op de toekenning van een zorgticket of van een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen, kan de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in het tweede lid, onder de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden, worden vervangen door de betaling door de gebruiker van een bedrag dat de Vlaamse Regering bepaalt, op basis van de periode waarin de gebruiker zich niet heeft aangesloten terwijl hij daartoe wel in de mogelijkheid was. Dat bedrag wordt verhoogd met een bedrag dat overeenstemt met het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47, § 1. Artikel 47 is van overeenkomstige toepassing op dit lid.

§ 2. De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende regels voor de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de rechten in het kader van dit decreet.

HOOFDSTUK 2. — *Aansluiting bij een zorgkas*

Art. 42. § 1. Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 1, eerste lid, die in het Nederlandse taalgebied woont, moet zich vanaf een door de Vlaamse Regering te bepalen leeftijd aansluiten bij een zorgkas. Wie binnen de door de Vlaamse Regering te bepalen termijn niet aangesloten is bij een zorgkas, wordt automatisch aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas. De betrokkene wordt daarvan onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte gebracht. Die aansluiting eindigt als de betrokkene zich aansluit bij een zorgkas van zijn keuze.

Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 1, tweede lid, die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, kan zich vanaf de leeftijd, vermeld in het eerste lid, vrijwillig aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 1, derde, vierde en vijfde lid, kan zich vanaf de leeftijd, vermeld in het eerste lid, vrijwillig aansluiten bij een zorgkas.

§ 2. Elke persoon, vermeld in artikel 3, § 2, eerste lid, van dit decreet, die niet in België woont, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, moet zich vanaf de leeftijd, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 2, tweede lid, van dit decreet, die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging, zoals gewaarborgd door het Unierecht, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, moet zich, vanaf de leeftijd, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 2, vierde lid, van dit decreet, die niet in België woont, en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, kan zich vanaf de leeftijd, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, vrijwillig aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 2, vijfde lid, van dit decreet, die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging, zoals gewaarborgd door het Unierecht, en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, kan zich, vanaf de leeftijd, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, vrijwillig aansluiten bij een zorgkas.

§ 3. Elke persoon als vermeld in paragraaf 1 en 2, op wie na verhuizing van en naar een ander taalgebied of van en naar een ander land, de Vlaamse sociale bescherming opnieuw van toepassing is conform artikel 3, blijft met behoud van rechten aangesloten bij de zorgkas van zijn keuze, zolang hij aan alle voorwaarden blijft voldoen.

§ 4. De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende regels voor de aansluiting. Voor personen die beneden de leeftijdsgrens vallen voor de aansluiting, vermeld in of ter uitvoering van dit artikel, kan de Vlaamse Regering specifieke regels en voorwaarden bepalen.

Art. 43. Elke persoon die in het Nederlandse taalgebied woont en op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, en die een beroep doet op zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, moet zich in voorkomend geval, ongeacht zijn leeftijd, administratief aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die niet vrijwillig is aangesloten bij een zorgkas als vermeld in artikel 42, § 1, tweede lid, of op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, en die een beroep doet op zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening gelegen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, moet zich in voorkomend geval, ongeacht zijn leeftijd, administratief aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon die buiten het Nederlandse taalgebied woont, die naar het Nederlandse taalgebied reist met het oogmerk om gedurende zijn verblijf zorg te ontvangen in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, en die niet aangesloten is bij een zorgkas conform artikel 42, § 1, § 2 of § 3, moet zich in voorkomend geval, ongeacht zijn leeftijd, administratief aansluiten bij een zorgkas.

Elke persoon die buiten het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, die naar het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad reist met het oogmerk om gedurende zijn verblijf zorg te ontvangen in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening, en die niet aangesloten is bij een zorgkas conform artikel 42, § 1, § 2 of § 3, moet zich in voorkomend geval, ongeacht zijn leeftijd, administratief aansluiten bij een zorgkas.

Art. 44. § 1. In afwijking van artikel 41, kunnen personen die zijn geschrapd uit het bevolkingsregister conform artikel 8 van de wet van 19 juli 1991 betreffende de bevolkingsregisters, de identiteitskaarten, de vreemdelingenkaarten en de verblijfsdocumenten en tot wijziging van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen en op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, een beroep doen op zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, van dit decreet, als ze feitelijk in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verblijven en als ze aangesloten zijn of aangesloten zijn geweest bij een zorgkas conform artikel 42 van dit decreet.

De persoon, vermeld in het eerste lid, moet zich in voorkomend geval administratief aansluiten bij een zorgkas.

De persoon, vermeld in het eerste lid, moet aantonen dat hij feitelijk in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verblijft, aan de hand van de daardoor door de Vlaamse Regering bepaalde bewijsstukken.

De Vlaamse Regering kan bijkomende voorwaarden bepalen waaraan de persoon, vermeld in het eerste lid, moet voldoen.

§ 2. In afwijking van artikel 41, kunnen staatlozen die onder de toepassing vallen van het verdrag betreffende de status van staatlozen, ondertekend te New York op 28 september 1954, en op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, een beroep doen op zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, van dit decreet, als ze feitelijk in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verblijven.

De persoon, vermeld in het eerste lid, moet zich, in voorkomend geval, administratief aansluiten bij een zorgkas.

De persoon, vermeld in het eerste lid, moet aantonen dat hij feitelijk in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verblijft, aan de hand van de daardoor door de Vlaamse Regering bepaalde bewijsstukken.

De Vlaamse Regering kan bijkomende voorwaarden bepalen waaraan de persoon, vermeld in het eerste lid, moet voldoen.

§ 3. In afwijking van artikel 41, kunnen personen die jonger zijn dan achttien jaar en op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, een beroep doen op zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, van dit decreet, als ze feitelijk in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verblijven.

De personen, vermeld in het eerste lid, moeten zich, in voorkomend geval, administratief aansluiten bij een zorgkas.

De Vlaamse Regering kan bijkomende voorwaarden bepalen waaraan de persoon, vermeld in het eerste lid, moet voldoen.

HOOFDSTUK 3. — *Premies voor de Vlaamse sociale bescherming*

Art. 45. § 1. De personen die aangesloten zijn bij een zorgkas moeten vanaf de leeftijd die de Vlaamse Regering bepaalt, jaarlijks een premie betalen voor de Vlaamse sociale bescherming.

De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende regels voor de leeftijd en de termijn van betaling, de wijze van vaststelling en de hoogte van de premies. De Vlaamse Regering bepaalt de indexering van de premies.

De Vlaamse Regering kan categorieën van personen, op wie alleen bepaalde pijlers van dit decreet van toepassing zijn, geheel of gedeeltelijk vrijstellen van de verplichte premiebetaling.

De Vlaamse Regering kan sociale correcties toepassen voor de leden met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering als vermeld in artikel 37, § 19, van de Ziekteverzekeringwet.

De Vlaamse Regering kan, bij substantiële verhoging van de premies, deze ook moduleren, rekening houdend met de financiële draagkracht van de gebruiker.

§ 2. De zorgkassen innen de premies, bestemd voor het agentschap. De Vlaamse Regering bepaalt de regels voor de inning van de premies. Ze bepaalt hoe de geïnde bedragen worden doorgestort aan het agentschap of worden verrekend met de subsidie, vermeld in artikel 26.

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

Het opvragen van de premies wordt beperkt tot een periode die de Vlaamse Regering bepaalt, voor personen aan wie de premie niet tijdig kon worden opgevraagd, zonder dat de persoon daar zelf schuld aan heeft. De Vlaamse Regering kan bijkomende voorwaarden bepalen voor de toepassing van die beperking.

§ 3. In de volgende gevallen is de jaarlijkse premie of het nog niet geïnde deel ervan niet verschuldigd:

- 1° na het overlijden van de aangeslotene;
- 2° als de aangeslotene het voorwerp is van een collectieve schuldenregeling;
- 3° als de aangeslotene in staat van faillissement verklaard is;
- 4° als de aangeslotene door een gerechtsdeurwaarder insolvent verklaard is.

Art. 46. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt de regels voor de aftrek van niet tijdig betaalde premies voor de Vlaamse sociale bescherming van het uit te keren zorgbudget.

In de gevallen waarin de gebruiker geen recht heeft op een zorgbudget en behoefte heeft aan zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, van dit decreet, bepaalt de Vlaamse Regering de procedure voor de inning door de zorgkas van niet tijdig betaalde premies.

§ 2. De zorgkas kan personen vrijstellen van de betaling van niet tijdig betaalde premies of de premies verminderen wanneer de gebruiker zich bevindt in een behartigenswaardige situatie, en behoefte heeft aan zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9°, van dit decreet.

De volgende categorieën van gebruikers worden van rechtswege geacht zich in een behartigenswaardige situatie als vermeld in het eerste lid, te bevinden:

1° gebruikers die, op het ogenblik dat zij zorg nodig hebben, in budgetbegeleiding of -beheer zijn bij een OCMW of bij een door de Vlaamse Gemeenschap erkende instelling voor schuldbemiddeling;

2° personen die gedurende een bepaalde periode vermist of afwezig verklaard zijn geweest of van ambtswege afgevoerd zijn geweest;

3° personen die opgesloten of opgenomen geweest zijn in een gevangenis, in een inrichting of afdeling tot bescherming van de maatschappij, georganiseerd door de federale overheid, in een forensisch psychiatrisch centrum, georganiseerd door de federale overheid, of in een andere instelling met een vergelijkbaar doel.

De behartigenswaardige situatie, vermeld in het eerste lid, kan naast de gevallen, vermeld in het tweede lid, ook worden geattesteerd door het OCMW. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor de vaststelling van die situaties van behartigenswaardigheid.

HOOFDSTUK 4. — *Sanctiebepalingen*

Art. 47. § 1. Een administratieve geldboete van 250 euro wordt opgelegd aan de persoon die aangesloten is bij een zorgkas en die de premie, vermeld in artikel 45, twee keer niet of slechts gedeeltelijk heeft betaald.

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

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

Als een gebruiker twee administratieve geldboetes, vermeld in het eerste of het tweede lid, heeft opgelopen en als aan de betreffende gebruiker opnieuw een administratieve geldboete wordt opgelegd, kan de Vlaamse Regering het bedrag van de administratieve geldboete verhogen. Specifiek getroffen gebruikers, waarvoor nader onderzoek zou aantonen dat de verhoogde boete armoedeverhogend blijkt te zijn, worden hiervan uitgesloten.

De administratieve geldboete wordt opgelegd door het agentschap.

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

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

§ 3. In de volgende gevallen is de administratieve geldboete niet verschuldigd:

- 1° na het overlijden van de aangeslotene;
- 2° als de aangeslotene het voorwerp is van schuldbemiddeling of budgetbeheer;
- 3° als de aangeslotene in staat van faillissement verklaard is;
- 4° als de aangeslotene door een gerechtsdeurwaarder insolvent verklaard is.

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

Het dwangbevel wordt geïmplementeerd en uitvoerbaar verklaard door de Vlaamse Regering daarvoor aanwijst. Het dwangbevel wordt betekend bij gerechtsdeurwaardersexploot met bevel tot betaling.

De bepalingen van deel V van het Gerechtelijk Wetboek zijn van toepassing op het dwangbevel.

§ 5. De vordering tot voldoening van de administratieve geldboete verjaart na verloop van vijf jaar, vanaf de dag waarop ze is ontstaan. De verjaring wordt gestuit conform artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

TITEL 7. — *Bewijswaarde*

Art. 48. Met behoud van de toepassing van andersluidende regelgeving hebben de gegevens die met toepassing van dit decreet op elektronische wijze gedeeld worden, alsook de weergave ervan op een leesbare drager, dezelfde bewijswaarde als ze zouden hebben als ze op een papieren drager zouden voorkomen.

TITEL 8. — *Registratie, verwerking en uitwisseling van gegevens*

Art. 49. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° algemene verordening gegevensbescherming: de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van de richtlijn 95/45/EG;

2° toegangspoort: de toegangspoort, vermeld in artikel 17 van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp.

§ 2. De persoonsgegevens worden in het kader van de Vlaamse sociale bescherming verwerkt conform de regelgeving over de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens. De verwerking van persoonsgegevens is gebaseerd op artikel 6, eerste lid, 1), c), van de voormelde verordening en, wat gegevens over gezondheid betreft, op artikel 9, tweede lid, 2), h), van de voormelde verordening.

De Vlaamse Regering specificeert, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, de gegevens waarop artikel 22, tweede lid, artikel 23, § 1, eerste lid, artikel 37, § 1, artikel 39, § 2, artikel 50, artikel 65, tweede lid, en artikel 133, § 5, betrekking hebben. De verwerking van die gegevens vindt plaats met toepassing van de regelgeving inzake de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens die van toepassing zijn bij de mededeling van persoonsgegevens, zoals ze in voorkomend geval op federaal of Vlaams niveau verder zijn of worden gespecificeerd.

De gegevens over gezondheid, vermeld in het eerste lid, worden verwerkt conform artikel 9, derde lid, van de voormelde verordening, door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die tot geheimhouding is gehouden.

§ 3. Met het oog op de uitvoering van de bevoegdheden en taken, geregeld bij of krachtens dit decreet, worden persoonsgegevens van de gebruiker, inclusief gegevens als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, verwerkt door:

1° het VAPH;

2° de toegangspoort;

3° het agentschap;

4° de zorgkassen;

5° de indicatiestellers;

6° de zorgvoorzieningen en de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen;

7° de Zorgkassencommissie;

8° de externe dienstverleners, vermeld in artikel 34, eerste lid, 1°, van dit decreet;

9° de Expertencommissie, vermeld in artikel 39;

10° de Bijzondere Technische Commissie, vermeld in artikel 133 van dit decreet;

11° de actoren die belast zijn met de behandeling van administratieve beroepen, conform artikel 71, artikel 76, § 5, artikel 80, § 5, artikel 88, § 3, en artikel 92, § 5, van dit decreet;

12° de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen, de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, vermeld in artikel 50.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen voor de vorm waarin en de wijze waarop de persoonsgegevens worden uitgewisseld.

§ 4. De verwerkingsverantwoordelijken in de zin van artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming zijn:

1° het agentschap, voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van de controles op indicatiestellingen en de aansturing van die controles, in het kader van de behandeling van de administratieve beroepen tegen beslissingen van de zorgkas, met het oog op de uitvoering van de opdrachten van de Expertencommissie, met het oog op de uitvoering van de opdrachten van de Bijzondere Technische Commissie en voor het beheer van de databank, vermeld in artikel 70;

2° de zorgkassen, voor de verwerking van indicatiestellingen en voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van hun opdrachten, vermeld in artikel 22;

3° het agentschap en de zorgkassen, voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitaal platform Vlaamse Sociale Bescherming en de gemeenschappelijke applicaties Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 28;

4° de zorgvoorzieningen en de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen, voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van hun zorgrelatie met de gebruiker.

§ 5. De Vlaamse Regering bepaalt, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, gedurende welke termijn de verwerkte persoonsgegevens maximaal zullen worden bewaard.

§ 6. De verwerking van persoonsgegevens vindt plaats met respect voor de rechten van de betrokken gebruikers.

De zorgkassen zijn verantwoordelijk voor het verstrekken van informatie in hun individuele communicatie en interactie met gebruikers en hun vertegenwoordigers, met inbegrip van de contactgegevens van de functionaris van de gegevensbescherming als bedoeld in artikel 37 van de algemene verordening gegevensbescherming.

§ 7. De instanties, vermeld in paragraaf 4, bezorgen aan het agentschap alle gegevens waarover ze beschikken in het kader van de uitvoering van dit decreet, met het oog op analyse van die gegevens, evidencebased beleidsvoering voor het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid en de informatieverstrekking daarover. Die gegevens zijn geanonimiseerd. De Vlaamse Regering bepaalt, na advies van de bevoegde toezichhoudende autoriteit, welke gegevens bezorgd worden, alsook de wijze waarop en de periodiciteit waarmee de gegevens bezorgd worden.

§ 8. De zorgkassen bezorgen aan het Intermutualistisch Agentschap alle gegevens waarover ze beschikken in het kader van de uitvoering van dit decreet, met het oog op de analyse van die gegevens door het Intermutualistisch Agentschap. De doorgifte en analyse vindt plaats met het doel om verdere beleidsvorming te informeren. Die gegevens zijn geanonimiseerd. De Vlaamse Regering bepaalt, na advies van de bevoegde toezichhoudende autoriteit, welke gegevens bezorgd worden, alsook de wijze waarop en de periodiciteit waarmee de gegevens bezorgd worden.

In het eerste lid wordt verstaan onder het Intermutualistisch Agentschap: het Intermutualistisch Agentschap opgericht overeenkomstig artikel 278 van de programmawet I van 24 december 2002.

Art. 50. De zorgkassen enerzijds en de ziekenfondsen en verzekeringsinstellingen, vermeld in artikel 2, *g)* en *i)*, van de Ziekteverzekeringswet anderzijds, wisselen onder elkaar gegevens uit die noodzakelijk zijn in het kader van de toepassing van de bepalingen van dit decreet, conform een overeenkomst die daarover wordt gesloten.

De gegevens, vermeld in het eerste lid, kunnen onder meer betrekking hebben op:

1° de verzekeringsstatus van gebruikers in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° de informatie die noodzakelijk is om de Europese en internationale regelgeving uit te voeren;

3° de informatie die noodzakelijk is om dubbele financiering van zorgkosten te vermijden.

De adviserend artsen, vermeld in artikel 154 van de Ziekteverzekeringswet, hebben toegang tot de gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten, vermeld in artikel 153 van de Ziekteverzekeringswet en in het kader van dit decreet.

De diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, vermeld in artikel 14 van het Woonzorgdecreet, hebben toegang tot de gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten, vermeld in artikel 15 van het Woonzorgdecreet.

De openbare centra voor maatschappelijk welzijn, vermeld in artikel 1 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, hebben toegang tot de gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten, vermeld in hoofdstuk IV van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Het VAPH, vermeld in artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, heeft toegang tot gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van zijn opdracht, vermeld in artikel 6, 2°, van het voormelde decreet.

Art. 51. Met het oog op de opname van een gebruiker in een zorgvoorziening of met het oog op de verstrekking van een mobiliteitshulpmiddel aan een gebruiker, hebben de betrokken zorgvoorziening of de betrokken verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen toegang tot de volgende gegevens:

1° de zorgkas waarbij de betrokken gebruiker is aangesloten;

2° de verzekeringsstatus van de betrokken gebruiker, met inbegrip van de eventuele achterstallen die de gebruiker heeft in het kader van de premiebetaling.

Art. 52. § 1. De zorgkassen zijn gehouden 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 om de juistheid van deze informatiegegevens na te gaan.

In afwijking van het eerste lid, kunnen de zorgkassen een beroep doen op een andere bron in de mate dat de informatiegegevens niet bij het Rijksregister kunnen worden verkregen.

§ 2. De informatiegegevens, vermeld in paragraaf 1, die bij het Rijksregister van de natuurlijke personen zijn verkregen, in een elektronisch bestand opgeslagen zijn en aan het dossier toegevoegd zijn, hebben bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedures volgens welke de informatiegegevens, vermeld in het eerste lid, moeten worden bewaard om hun bewijswaarde naar herkomst en datum te garanderen.

Als het bewijs van het tegendeel, vermeld in het eerste lid, door de betrokken instelling wordt aanvaard, deelt die de inhoud van het aldus aanvaarde informatiegegeven, als inlichting, mee aan het Rijksregister van de natuurlijke personen en voegt bij die mededelingen de bewijsstukken daarvan.

Art. 53. § 1. Het agentschap is gehouden 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 om de juistheid van deze informatiegegevens na te gaan.

In afwijking van het eerste lid, kan het agentschap een beroep doen op een andere bron in de mate dat de informatiegegevens niet bij het Rijksregister kunnen worden verkregen.

§ 2. De informatiegegevens, vermeld in paragraaf 1, die bij het Rijksregister van de natuurlijke personen zijn verkregen, in een elektronisch bestand opgeslagen zijn en aan het dossier toegevoegd zijn, hebben bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedures volgens welke de informatiegegevens, vermeld in het eerste lid, moeten worden bewaard om hun bewijswaarde naar herkomst en datum te garanderen.

Als het bewijs van het tegendeel, vermeld in het eerste lid, door de betrokken instelling wordt aanvaard, deelt die de inhoud van het aldus aanvaarde informatiegegeven, als inlichting, mee aan het Rijksregister van de natuurlijke personen en voegt bij die mededelingen de bewijsstukken daarvan.

Art. 54. In alle gevallen waarin dit decreet of de uitvoeringsbesluiten ervan voorzien in het toezenden van stukken of het doen van betalingen op de hoofdverblijfplaats, moet worden gebruikgemaakt van het informatiegegeven betreffende de hoofdverblijfplaats, vermeld in artikel 3, eerste lid, 5°, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen.

Van de verplichting, vermeld in het eerste lid, kan worden afgeweken in de door de Vlaamse Regering bepaalde gevallen.

TITEL 9. — *Tegemoetkomingen voor buitengewone zorg*

Art. 55. Binnen de perken van een door de Vlaamse Regering te bepalen aandeel van de voor de financiering van de Vlaamse sociale bescherming vastgelegde begrotingskredieten kunnen aan gebruikers tegemoetkomingen worden toegekend voor buitengewone zorg in het kader van de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg.

Gebruikers hebben recht op de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, als ze hun rechten hebben doen gelden krachtens Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst, als de gevraagde bedragen effectief verschuldigd zijn en als voldaan is aan de bijkomende voorwaarden, bepaald door de Vlaamse Regering.

De zorgkas beslist over de toekenning van de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, na eensluidend advies van de Expertencommissie, vermeld in artikel 39.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere criteria waaraan moet zijn voldaan opdat zorg wordt beschouwd als buitengewone zorg en de voorwaarden en de procedures met betrekking tot de aanvraag en de uitbetaling van de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid.

In de gevallen waarin buitengewone zorg wordt verleend buiten het Nederlandse taalgebied en buiten de door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, kan aan de gebruiker of aan de persoon die de gebruiker vergezelt een tegemoetkoming worden verleend in de reis- en verblijfkosten, conform de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures.

Art. 56. Tegen de beslissingen van de zorgkas, vermeld in artikel 55, kan door de gebruiker beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank binnen een termijn van drie maanden na ontvangst van de bestreden beslissing. Met het beroep tegen de beslissing van de zorgkas wordt tegelijkertijd beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Expertencommissie.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, worden zowel de zorgkas als het agentschap opgeroepen om als verweerder te verschijnen in de procedure voor de arbeidsrechtbank. Als de gebruiker nalaat om beide partijen te laten oproepen conform het door hem neergelegde verzoekschrift, betreft het Openbaar Ministerie bij de arbeidsgerechten de ontbrekende partij alsnog in de procedure conform artikel 138*bis* van het Gerechtelijk Wetboek.

Het agentschap kan een beroep doen op de Expertencommissie in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank.

TITEL 10. — *Zorg verleend aan niet-aangesloten personen*

Art. 57. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor het vergoeden van zorg aan personen op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is of die niet vrijwillig aangesloten zijn bij een zorgkas, verleend in zorgvoorzieningen gelegen in het Nederlandse taalgebied of in door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen gelegen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen onder een van de volgende categorieën vallen:

1° personen die in het Duitse taalgebied of in het Franse taalgebied wonen, op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is en die naar het Nederlandse taalgebied of naar het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad reizen met het oogmerk om gedurende hun verblijf zorg te ontvangen in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming in door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen;

2° personen die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, die niet vrijwillig aangesloten zijn bij een zorgkas en die naar het Nederlandse taalgebied reizen met het oogmerk om gedurende hun verblijf zorg te ontvangen in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming of die zorg ontvangen in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming in door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

3° personen, vermeld in artikel 43 en artikel 44 van dit decreet.

De Vlaamse Regering kan bijkomende categorieën bepalen waaronder de personen, vermeld in het eerste lid, kunnen vallen.

Deel 2. — *De zorggebonden financiering*

TITEL 1. — *Gemeenschappelijke bepalingen*

HOOFDSTUK 1. — *Toekenning van tegemoetkomingen*

Art. 58. De zorggebonden financiering bestaat uit de toekenning door de zorgkas van tegemoetkomingen aan gebruikers in de vorm van een persoonsvolgend budget. Dat persoonsvolgend budget kan bestaan in de toekenning van een zorgbudget, in de toekenning van een zorgticket of in de toekenning van een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen.

Het zorgbudget, vermeld in het eerste lid, heeft betrekking op de volgende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming:

- 1° het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
- 2° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnoed;
- 3° het basisondersteuningsbudget.

Het zorgticket, vermeld in het eerste lid, heeft betrekking op de volgende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming:

- 1° de residentiële ouderenzorg;
- 2° de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten;
- 3° de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies;
- 4° de thuiszorg;
- 5° de transmurale zorg.

Art. 59. De zorgkas beslist over de toekenning van het persoonsvolgend budget. Zij kan geen andere voorwaarden dan die krachtens dit decreet verbinden aan de tegemoetkomingen.

Art. 60. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de wijze waarop het persoonsvolgend budget aan de gebruiker wordt toegekend.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere voorwaarden en de wijze waarop de tegemoetkomingen, ook retroactief, kunnen worden uitgevoerd.

Art. 61. De Vlaamse Regering bepaalt de gevallen waarin de tegemoetkomingen geheel of gedeeltelijk geschorst worden voor de gerechtigden die in gevangenissen opgesloten zijn of die opgenomen zijn in inrichtingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij, georganiseerd door de federale overheid, of in forensische psychiatrische centra, georganiseerd door de federale overheid. De Vlaamse Regering bepaalt in voorkomend geval de duur van de schorsing.

Art. 62. De betaling van de tegemoetkomingen verjaart na twee jaar, vanaf de datum waarop het recht op de tegemoetkoming is ontstaan.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de verjaring van de betaling van de tegemoetkomingen wordt geschorst of gestuit.

HOOFDSTUK 2. — *Indicatiestelling*

Art. 63. § 1. Met behoud van de toepassing van artikel 108, wordt de zorggebonden financiering bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker.

Voor de revalidatie kan de zorggebonden financiering, vermeld in het eerste lid, ook pathologiegebonden zijn en wordt ze vastgelegd aan de hand van de zorgbehoefte, inclusief de revalidatiebehoefte van de gebruiker.

In het tweede lid wordt verstaan onder 'revalidatiebehoefte': de behoefte van een gebruiker aan revalidatie, ambulantly of residentieel, multidisciplinair en rekening houdend met de pathologie, het daarmee gepaard gaande functie- en activiteitsverlies en verlies aan participatie, en rekening houdend met revalidatiedoelen.

Voor de toepassing van dit decreet worden de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid, vermeld in artikel 82, de vermindering van zelfredzaamheid, vermeld in artikel 84 en de behoefte aan zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 91, gelijkgesteld met de zorgbehoefte.

§ 2. De zorgbehoefte van de gebruiker wordt geëvalueerd aan de hand van BelRAI, ingevolge de toepassing van een indicatiestelling door een indicatiesteller, zonder dat de indicatiestelling het verlenen van dringende zorg in de weg mag staan.

In het eerste lid wordt verstaan onder dringende zorg: de zorg in een situatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarbij onmiddellijke of dringende zorg en ondersteuning vereist is. De Vlaamse Regering kan nadere voorwaarden bepalen waaronder zorg als dringend wordt beschouwd.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedures voor de erkenning van indicatiestellers en legt de procedures voor de toepassing van indicatiestellingen vast.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden waaronder de indicatiesteller wordt vergoed voor de toepassing van indicatiestellingen en legt het bedrag van die vergoedingen vast.

Voor de toepassing van dit decreet worden de gemachtigde organisaties, zorgvoorzieningen of de zorgverleners, vermeld in artikel 82, gelijkgesteld met indicatiestellers.

§ 3. In afwijking van paragraaf 2, kan de zorgbehoefte van de gebruiker tijdelijk worden geëvalueerd aan de hand van een ander beoordelingsinstrument dat de Vlaamse Regering bepaalt. De Vlaamse Regering bepaalt de termijn waarin het door haar aangeduide, andere beoordelingsinstrument wordt gebruikt.

In afwijking van paragraaf 2, kan de Vlaamse Regering voor de door haar aangeduide, specifieke zorgvragen andere beoordelingscriteria vastleggen met het oog op de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker.

Met behoud van de toepassing van paragraaf 2, kan de Vlaamse Regering bijkomende beoordelingscriteria bepalen voor de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker.

Art. 64. In het kader van de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg kan de Vlaamse Gemeenschap via de zorggebonden financiering, naast de tegemoetkoming voor de revalidatie of de geestelijke gezondheidszorg van een gebruiker conform artikel 63, § 1, ook tegemoetkomen in de kosten voor interdisciplinaire diagnostiek, als die niet reeds wordt gefinancierd met andere financieringsbronnen. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de tegemoetkoming in die kosten.

In dit artikel wordt verstaan onder diagnostiek: het stellen van een interdisciplinaire diagnose, al dan niet gevolgd door de toepassing van een indicatiestelling als vermeld in artikel 63, § 2.

Art. 65. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de controle op de indicatiestellingen, vermeld in artikel 63, en kan daarvoor een beroep doen op de Zorgkassencommissie of op externe dienstverleners, die in voorkomend geval een door de Vlaamse Regering vastgelegde vergoeding ontvangen.

De controles, vermeld in het eerste lid, worden aangestuurd door het agentschap, dat onder meer een selectie kan maken van de gevallen die voor een controle in aanmerking komen. Het agentschap beschikt in voorkomend geval over de gegevens die voor de aansturing noodzakelijk zijn.

In het kader van de controles die worden verricht met het oog op de toepassing van het eerste lid, hebben de gegevens over de zorgbehoefte, die de Zorgkassencommissie en de externe dienstverleners hebben verzameld, bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de bewaking van de kwaliteit, de correctheid, de objectiviteit, de gelijke behandeling en de uniformiteit betreffende de indicatiestellingen.

Art. 66. Als de Zorgkassencommissie vaststelt dat een indicatiesteller de indicatiestellingen, vermeld in artikel 63, verkeerd toepast, kan het agentschap de volgende maatregelen opleggen:

1° het volgen van een remediëringstraject;

2° de herziening van de indicatiestellingen en de financiële weerslag die daaruit volgt.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder een verkeerde toepassing van indicatiestellingen als vermeld in het eerste lid, en legt de nadere invulling vast van de maatregelen, vermeld in het eerste lid.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger en de betrokken zorgvoorziening kunnen tegen de beslissing van het agentschap, vermeld in het eerste lid, 2°, beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden te rekenen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Het agentschap kan een beroep doen op het betrokken team van de Zorgkassencommissie in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank.

Art. 67. De erkenning van een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener als indicatiesteller kan worden geschorst of ingetrokken indien die organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener de indicatiestellingen, vermeld in artikel 63, systematisch verkeerd toepast.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder een systematisch verkeerd toepassen van indicatiestellingen als vermeld in het eerste lid, en door wie de schorsing of de intrekking van de erkenning wordt opgelegd. De Vlaamse Regering legt de periode vast van de schorsing van de erkenning.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en procedures voor de oplegging van de schorsing of de intrekking van de erkenning, inclusief de mogelijkheid om een bezwaar in te dienen bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Na uitputting van de bezwaarprocedure, vermeld in het derde lid, kan tegen de beslissing beroep worden aangetekend bij de Raad van State. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van zestig dagen te rekenen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 68. § 1. Het agentschap kan een administratieve geldboete opleggen aan een indicatiesteller die de indicatiestellingen, vermeld in artikel 63, systematisch verkeerd toepast, of die de resultaten van de indicatiestellingen als vermeld in artikel 63, systematisch foutief meedeelt aan het agentschap.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder een systematisch verkeerde toepassing van indicatiestellingen en 'een systematisch foutieve mededeling van de resultaten van de indicatiestellingen', vermeld in het eerste lid.

Het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, bedraagt minstens 500 euro en maximaal 5000 euro.

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

§ 3. De administratieve geldboete, verhoogd met de invorderingskosten, kan bij dwangbevel worden ingevorderd.

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

De bepalingen van deel V van het Gerechtelijk Wetboek zijn van toepassing op het dwangbevel.

§ 4. De vordering tot voldoening van de administratieve geldboete verjaart na verloop van vijf jaar, vanaf de dag waarop ze is ontstaan. De verjaring wordt gestuit conform artikel 2244 tot en met artikel 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

§ 5. De indicatiesteller kan tegen de beslissing van het agentschap tot oplegging van een administratieve geldboete overeenkomstig het eerste lid, beroep aantekenen bij de Raad van State. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van zestig dagen te rekenen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 69. Als zich een wijziging in de zorgbehoefte van de gebruiker voordoet, kan de zorgkas de beslissing over de toekenning van de zorggebonden financiering herzien overeenkomstig de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures. De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker wordt herzien.

Art. 70. In het kader van de indicatiestellingen, vermeld in artikel 63, wordt gebruikgemaakt van een databank, waarin gegevens worden verzameld over de toegepaste indicatiestellingen.

De Vlaamse Regering kan de wijze bepalen waarop en de vorm waarin gegevens over de indicatiestellingen zo veel mogelijk digitaal worden bezorgd of toegevoegd aan de databank, vermeld in het eerste lid. Die gegevens kunnen worden bezorgd door de individuele zorgverlener die optreedt als indicatiesteller dan wel, en onder de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden, op het niveau van de organisatie of de zorgvoorziening waar de persoon die optreedt als indicatiesteller in dienst is.

De voorwaarden, vermeld in het tweede lid, omvatten ten minste de verplichting voor de betrokken organisaties en voorzieningen, om voor elke indicatiestelling te kunnen nagaan door wie en op welk tijdstip de indicatiestelling werd toegepast.

Aan de actoren die belast zijn met taken en bevoegdheden, geregeld bij of krachtens dit decreet, en aan de gebruiker of de mantelzorger die daarvoor gemachtigd wordt door de gebruiker, kan toegang worden verleend tot de databank, vermeld in het eerste lid, met respect voor de regelgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De toegang tot de databank is voor elke actor beperkt tot de gegevens die noodzakelijk zijn voor de uit te voeren opdrachten en tot de periode waarin die opdrachten worden uitgevoerd.

De Vlaamse Regering kan bijkomende voorwaarden en procedures bepalen met betrekking tot de toegang van de actoren, vermeld in het vierde lid, tot de databank, vermeld in het eerste lid.

HOOFDSTUK 3. — Beroepsprocedures

Art. 71. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kunnen, in de gevallen bepaald door de Vlaamse Regering, administratief beroep aantekenen tegen beslissingen van de zorgkas over de toekenning van het persoonsvolgend budget of tegen herzieningen door de zorgkas van die beslissingen conform artikel 69. De Vlaamse Regering regelt de administratieve beroepsprocedure en kan bepalen wie het administratief beroep behandelt.

De administratieve beroepsprocedure, vermeld in het eerste lid, kan bestaan uit de toepassing van een nieuwe indicatiestelling, op basis waarvan het administratief beroep al dan niet gegrond wordt verklaard. In de gevallen waarin het administratief beroep ongegrond wordt verklaard, kan een deel of het geheel van de kosten van de nieuwe indicatiestelling teruggevorderd worden bij de gebruiker, overeenkomstig de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures.

Art. 72. Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure, vermeld in artikel 71, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend worden tegen beslissingen over de toekenning van de zorggebonden financiering of tegen herzieningen van die beslissingen. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

HOOFDSTUK 4. — *Cumulatie en subrogatie*

Art. 73. De Vlaamse Regering kan nadere regels en voorwaarden bepalen voor de eventuele cumulatie van tegemoetkomingen voor verschillende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming of zorgvormen. Ze kan inzonderheid nadere regels en voorwaarden bepalen die specifiek gelden voor gebruikers die wonen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Art. 74. De tegemoetkomingen in het kader van dit decreet worden, conform de regels en onder de voorwaarden die de Vlaamse Regering kan vaststellen, geweigerd of verminderd als de gebruiker of, in geval van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, de persoon met wie hij een gezin vormt, krachtens andere wetten, decreten, ordonnanties of reglementaire bepalingen of krachtens vreemde wetten, voor dezelfde behoefte aan zorg al een tegemoetkoming heeft gekregen.

De gebruiker of, in geval van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, de persoon met wie hij een gezin vormt, moet zijn aanspraak op de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, doen gelden en brengt de zorgkas daar in voorkomend geval van op de hoogte.

Art. 75. § 1. De tegemoetkomingen in het kader van dit decreet worden, conform de regels en onder de voorwaarden die de Vlaamse Regering kan vaststellen, geweigerd of verminderd als de gebruiker, krachtens andere wetten, decreten, ordonnanties of reglementaire bepalingen, krachtens vreemde wetten, krachtens gemeen recht of krachtens een overeenkomst, werkelijk een schadeloosstelling ontvangt, voor dezelfde schade en op grond van dezelfde behoefte aan zorg.

De gebruiker moet zijn aanspraak op de schadeloosstelling, vermeld in het eerste lid, doen gelden en brengt de zorgkas daar in voorkomend geval van op de hoogte.

Als de schadeloosstelling, vermeld in het eerste lid, minder bedraagt dan de tegemoetkomingen verleend in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, heeft de gebruiker recht op het verschil ten laste van de Vlaamse sociale bescherming.

De Vlaamse Regering kan de voorwaarden bepalen waarin de tegemoetkomingen verleend in het kader van de Vlaamse sociale bescherming worden toegekend in afwachting van de effectieve ontvangst door de gebruiker van de schadeloosstelling, vermeld in het eerste lid.

§ 2. De zorgkas treedt in de plaats van de gebruiker om een aanspraak op de schadeloosstelling te laten gelden en informeert de gebruiker daarover. Die indeplaatsstelling geldt ten belope van het bedrag van de verleende tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid van paragraaf 1, voor het geheel van de sommen die krachtens andere wetten, decreten, ordonnanties of reglementaire bepalingen, krachtens vreemde wetten, krachtens gemeen recht of krachtens een overeenkomst verschuldigd zijn.

Indien degene die schadeloosstelling verschuldigd is de verzekeringsinstelling, vermeld in artikel 136, § 2, van de Ziekteverzekeringwet, verwittigt van zijn voornemen om de rechthebbende schadeloos te stellen, dan brengt de verzekeringsinstelling de zorgkas van de rechthebbende op de hoogte van die verwittiging, in zoverre de schadeloosstelling een van de pijlers betreft van de Vlaamse sociale bescherming.

Degene die de schadeloosstelling verschuldigd is, kan de zorgkas ook rechtstreeks verwittigen van zijn voornemen om de gebruiker schadeloos te stellen.

De overeenkomst die tot stand gekomen is tussen de gebruiker en degene die de schadeloosstelling verschuldigd is, kan niet tegen de zorgkas worden aangevoerd zonder haar instemming. Als de zorgkas geen partij is, bezorgt de gebruiker een kopie van de tot stand gekomen akkoorden of gerechtelijke beslissingen.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de uitoefening van de rechten, vermeld in het eerste lid. De Vlaamse Regering kan bepalen dat daarbij een beroep wordt gedaan op een door haar aangeduide, externe dienstverlener.

HOOFDSTUK 5. — *Terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen*

Art. 76. § 1. De zorgkassen vorderen ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden waaraan de beslissing tot terugvordering en de kennisgeving van die beslissing moeten voldoen, alsook in welke gevallen, in welke mate en onder welke voorwaarden de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen kan worden beperkt, of in welke gevallen aan de terugvordering kan worden verzaakt.

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

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

In afwijking van het eerste lid wordt de termijn van twee jaar voor de terugvordering van de ten onrechte betaalde tegemoetkomingen aangepast naar vijf jaar als de ten onrechte betaalde tegemoetkomingen verkregen zijn door bedrieglijke handelingen of door valse of opzettelijk onvolledige verklaringen van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Een aangetekende brief stuit de verjaring.

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

§ 5. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan administratief beroep aantekenen tegen de beslissingen van de zorgkas over de terugvordering. De Vlaamse Regering regelt de administratieve beroepsprocedure. Ze kan een multidisciplinair samengestelde administratieve beroepscommissie oprichten of bepalen wie het administratief beroep

behandelt. De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling van deze beroepscommissie en kan binnen die administratieve beroepscommissie verschillende kamers instellen. Ze kan presentiegelden en vergoedingen bepalen.

Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure, vermeld in het eerste lid, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend worden. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

TITEL 2. — *Het zorgbudget*

HOOFDSTUK 1. — *Gemeenschappelijke bepalingen*

Art. 77. De Vlaamse Regering evalueert drie jaar na de inwerkingtreding van onderhavige bepaling, het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnod en het basisondersteuningsbudget met het oog op een toekomstige integratie van die drie tegemoetkomingen.

HOOFDSTUK 2. — *Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden*

Afdeling 1. — Toepassingsvoorwaarden

Art. 78. De zorgkas verleent een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden voor de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening aan de gebruikers die getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid.

De Vlaamse Regering bepaalt wat verstaan wordt onder getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid als vermeld in het eerste lid.

Art. 79. De zorgkas verleent een maandelijks forfaitaire tegemoetkoming aan een gebruiker als vermeld in artikel 78 die voldoet aan een of meer van de volgende voorwaarden:

1° de gebruiker verblijft in het thuismilieu;

2° de gebruiker verblijft in een door de Vlaamse Regering krachtens dit decreet erkende of in een daarmee gelijkgestelde zorgvoorziening.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels voor de toekenning, weigering, intrekking en schorsing van de erkenning, en van de gelijkstelling met een erkenning, van zorgvoorzieningen.

Afdeling 2. — Procedure

Art. 80. § 1. De zorgkas beslist over de tegemoetkoming binnen een termijn van zestig dagen na de ontvangst van de bestandsmatige gegevens die aanleiding geven tot een automatische toekenning als vermeld in artikel 8, of na indiening van de aanvraag, vermeld in artikel 8.

De Vlaamse Regering bepaalt de omstandigheden waarin van de termijn van zestig dagen, vermeld in het eerste lid, afgeweken kan worden.

De aanvraag, vermeld in het eerste lid, wordt ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten conform artikel 42. De Vlaamse Regering bepaalt de regels waaraan de aanvraag moet voldoen.

De Vlaamse Regering stelt de nadere regels vast voor de behandeling van de aanvraag of de ambtshalve toekenning.

§ 2. De tegemoetkoming bedraagt 130 euro per maand.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, wordt met ingang van het door de Vlaamse Regering te bepalen kalenderjaar, ieder jaar op 1 januari aangepast aan de ontwikkeling van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april van het voorgaande jaar ten opzichte van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april in het door de Vlaamse Regering te bepalen jaar.

§ 3. De zorgkas stelt de duur van de tegemoetkoming vast binnen de grenzen die de Vlaamse Regering bepaalt. Als de beslissing niet voor onbepaalde duur geldt, regelt de Vlaamse Regering de verlengingsprocedure van de beslissing.

§ 4. De zorgkas kan de beslissing over de tegemoetkoming herzien als zich een wijziging voordoet in de toestand van de gebruiker. De Vlaamse Regering regelt de herzieningsprocedure.

§ 5. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan administratief beroep aantekenen tegen de beslissing van de zorgkas. De Vlaamse Regering regelt de administratieve beroepsprocedure. Ze kan een multidisciplinair samengestelde administratieve beroepscommissie oprichten of bepalen wie het administratief beroep behandelt. De Vlaamse Regering kan binnen die administratieve beroepscommissie verschillende kamers instellen. Ze kan presentiegelden en vergoedingen bepalen.

Art. 81. Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure, vermeld in artikel 80, § 5, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend worden. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 82. De ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid worden vastgesteld door de daarvoor door de Vlaamse Regering, onder de door haar vastgestelde voorwaarden, gemachtigde organisaties, zorgvoorzieningen of zorgverleners. De ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid worden vastgesteld aan de hand van een meetinstrument dat de Vlaamse Regering vaststelt.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de vaststelling van de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid wordt uitgevoerd, herzien en gecontroleerd. De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de kwaliteit, de correctheid, de objectiviteit, de gelijke behandeling en de uniformiteit van de vaststelling van de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid worden bewaakt.

Art. 83. Het recht op een tegemoetkoming wordt geopend op het volgende tijdstip:

1° de datum waarop de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid ingaat, volgens de vaststelling conform artikel 82;

2° de datum van de opname in een zorgvoorziening als vermeld in artikel 79, eerste lid, 2°;

3° de datum van de aanvraag, als de datum, vermeld in punt 1°, na de datum van de aanvraag valt.

Er is een carentijd die inhoudt dat de uitvoering van de tegemoetkoming op zijn vroegste ingaat vanaf de eerste dag van de vierde maand die volgt op de datum waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt.

De Vlaamse Regering kan, in de door haar bepaalde gevallen, afwijken van de carentijd.

HOOFDSTUK 3. — *Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*

Afdeling 1. — Toepassingsvoorwaarden

Art. 84. § 1. De zorgkas kent het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood toe aan de persoon met een verminderde zelfredzaamheid die ten minste 65 jaar oud is.

De Vlaamse Regering bepaalt door wie, volgens welke criteria en op welke wijze de vermindering van de zelfredzaamheid wordt vastgesteld, en hoe die vaststelling wordt vergoed.

§ 2. De tegemoetkoming kan niet worden gecumuleerd met een van de volgende tegemoetkomingen:

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 het toekennen van tegemoetkomingen aan de mindervaliden;

3° een tegemoetkoming voor hulp van derden, conform artikel 2 van de wet van 27 juni 1969 betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan de mindervaliden;

4° een aanvullende tegemoetkoming of een tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

§ 3. Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt door de zorgkas toegekend in de vorm van een jaarbedrag, waarvan maandelijks één twaalfde wordt uitbetaald.

Art. 85. § 1. Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt toegekend na aanrekening van de inkomsten van het gezin. De tegemoetkoming kan alleen toegekend worden als het bedrag van het inkomen van de persoon met een verminderde zelfredzaamheid en eventueel de persoon met wie hij een gezin vormt, het bedrag van de tegemoetkoming, vermeld in artikel 86, niet overschrijdt.

§ 2. De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder inkomen als vermeld in paragraaf 1, en door wie, volgens welke criteria en op welke wijze het bedrag ervan moet worden bepaald.

De Vlaamse Regering kan bepalen dat sommige inkomsten of delen van het inkomen, onder de voorwaarden die ze bepaalt, niet of maar gedeeltelijk in aanmerking worden genomen. Ze kan daarbij een onderscheid maken op basis van:

1° de gezinssamenstelling van de gebruiker;

2° de leden van het gezin voor wie het inkomen wordt bepaald;

3° de bron van het inkomen.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder gezin als vermeld in het tweede lid.

§ 3. De gebruiker en de personen met wie hij een gezin vormt, moeten hun rechten laten gelden op sociale uitkeringen inzake ziekte en invaliditeit, werkloosheid, arbeidsongevallen, beroepsziekten, rust- en overlevingspensioenen, de inkomensgarantie voor ouderen en het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

Art. 86. Het bedrag van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood varieert op de volgende wijze volgens de graad van zelfredzaamheid en volgens de categorie waartoe de gebruiker behoort:

1° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 7 of 8 punten wordt vastgesteld, behoort tot de categorie 1. Hij ontvangt een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood dat gelijk is aan een jaarbedrag van 1021,34 euro;

2° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 9 tot 11 punten wordt vastgesteld, behoort tot de categorie 2. Hij ontvangt een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood dat gelijk is aan een jaarbedrag van 3898,70 euro;

3° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 12 tot 14 punten wordt vastgesteld, behoort tot de categorie 3. Hij ontvangt een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood dat gelijk is aan een jaarbedrag van 4740,17 euro;

4° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 15 of 16 punten wordt vastgesteld, behoort tot de categorie 4. Hij ontvangt een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood dat gelijk is aan een jaarbedrag van 5581,42 euro;

5° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op ten minste 17 punten wordt vastgesteld, behoort tot de categorie 5. Hij ontvangt een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood dat gelijk is aan een jaarbedrag van 6855,99 euro.

De bedragen, vermeld in het eerste lid, worden gekoppeld aan de schommelingen van het indexcijfer van de consumptieprijzen conform 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 dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der werknemers, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

De zorgkas voert uit op basis van de criteria, vermeld in het eerste lid.

Afdeling 2. — Procedure

Art. 87. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt de termijnen waarin de zorgkas over het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood beslist. Die termijnen mogen niet meer dan zes maanden bedragen. De termijn begint te lopen na de ontvangst van de bestandsmatige gegevens die aanleiding geven tot een automatische toekenning als vermeld in artikel 8, of na de indiening van de aanvraag, vermeld in artikel 8.

§ 2. Ingeval van een automatische toekenning stelt de Vlaamse Regering de nadere regels vast voor de behandeling.

§ 3. Ingeval van een aanvraag bepaalt de Vlaamse Regering hoe, door wie, vanaf wanneer en op welke wijze de aanvraag wordt ingediend. De Vlaamse Regering bepaalt daarbij in welke gevallen een aanvraag tot herziening kan worden ingediend en hoe, door wie, en op welke wijze de aanvraag tot herziening wordt ingediend. De aanvragen worden ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De Vlaamse Regering bepaalt hoe de aanvragen van een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of de aanvragen tot herziening daarvan worden behandeld.

§ 4. Het recht op een tegemoetkoming wordt geopend op het volgende tijdstip:

1° de datum waarop de verminderde zelfredzaamheid is vastgesteld, conform artikel 84;

2° de datum van de aanvraag, als de datum, vermeld in punt 1°, na de datum van de aanvraag valt.

De uitvoering van de tegemoetkoming gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt.

§ 5. Bij een verhuizing naar het Nederlandse taalgebied van een gebruiker die in zijn oorspronkelijke taalgebied recht had op een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, bepaalt de Vlaamse Regering het tijdstip waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt.

Art. 88. § 1. De gebruiker aan wie een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood is toegekend, of zijn vertegenwoordiger, deelt nieuwe gegevens die aanleiding kunnen geven tot een vermindering van het bedrag van de tegemoetkoming onmiddellijk mee. De Vlaamse Regering bepaalt op welke wijze en binnen welke termijnen die wijzigingen meegedeeld moeten worden.

De Vlaamse Regering kan in afwijking van het eerste lid bepalen dat voor de gegevens die ze identificeert, geen mededeling gedaan hoeft te worden.

§ 2. De zorgkas herziet de beslissing over de tegemoetkoming ambtshalve als nieuwe gegevens aanleiding geven tot een wijziging van het bedrag van de tegemoetkoming. De Vlaamse Regering regelt de herzieningsprocedure.

§ 3. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan administratief beroep aantekenen tegen de beslissing van de zorgkas. De Vlaamse Regering regelt de administratieve beroepsprocedure. Ze kan een multidisciplinair samengestelde administratieve beroepscommissie oprichten of bepalen wie het administratieve beroep behandelt. De Vlaamse Regering kan binnen die administratieve beroepscommissie verschillende kamers instellen. Ze kan presentiegelden en vergoedingen bepalen.

Art. 89. Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure, vermeld in artikel 88, § 3, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend worden. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 90. Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt uitbetaald conform de door de Vlaamse Regering vastgelegde bepalingen.

De tegemoetkoming kan aan de gebruiker op aanvraag worden toegekend als voorschot op de uitkeringen en de vergoedingen, vermeld in artikel 75 en artikel 85, § 3. De Vlaamse Regering bepaalt onder welke voorwaarden, op welke wijze en tot welk bedrag de voorschotten kunnen worden toegekend, alsook de wijze waarop ze kunnen worden teruggevorderd. De zorgkas treedt in de rechten van de gebruiker tot het bedrag van de toegekende voorschotten.

HOOFDSTUK 4. — *Het basisondersteuningsbudget*

Afdeling 1. — Toepassingsvoorwaarden

Art. 91. De zorgkas kent een basisondersteuningsbudget toe aan personen met een handicap die een duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning hebben. Het basisondersteuningsbudget wordt toegekend conform artikel 4, 5 en 6 van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering.

De zorgkas kent het basisondersteuningsbudget toe in de vorm van een maandelijks vast forfaitair bedrag.

Afdeling 2. — Procedure

Art. 92. § 1. De zorgkas beslist over de tegemoetkoming na de ontvangst van de bestandsmatige gegevens die aanleiding geven tot een automatische toekenning als vermeld in artikel 8.

De aanvraag, vermeld in artikel 8, wordt ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten conform artikel 42. De Vlaamse Regering kan de regels bepalen waaraan de aanvraag moet voldoen.

De Vlaamse Regering kan de nadere regels vaststellen voor de behandeling van de aanvraag of de automatische toekenning en de termijn waarin de beslissing wordt genomen.

De beslissing naar aanleiding van de aanvraag, vermeld in het tweede lid, over de beoordeling van de handicap en de duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning wordt bestandsmatig aan de zorgkas meegedeeld. De zorgkas neemt een beslissing conform het eerste lid.

§ 2. De tegemoetkoming bedraagt 300 euro per maand. De Vlaamse Regering kan de indexering van dat bedrag bepalen. De zorgkas voert uit.

§ 3. De zorgkas stelt de duur van de tegemoetkoming vast binnen de grenzen die de Vlaamse Regering bepaalt. Als de beslissing niet voor onbepaalde duur geldt, regelt de Vlaamse Regering de verlengingsprocedure van de beslissing.

§ 4. De zorgkas kan de beslissing over de tegemoetkoming herzien als zich een wijziging voordoet in de toestand van de gebruiker. De Vlaamse Regering regelt de herzieningsprocedure.

§ 5. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan administratief beroep aantekenen tegen de beslissing van de zorgkas. De Vlaamse Regering regelt de administratieve beroepsprocedure, waarbij ze een aparte en gedifferentieerde administratieve beroepsprocedure kan instellen betreffende de duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 91, eerste lid. Ze kan een multidisciplinair samengestelde administratieve beroepscommissie oprichten of bepalen wie het administratief beroep behandelt. De Vlaamse Regering kan binnen die administratieve beroepscommissie verschillende kamers instellen. Ze kan presentiegelden en vergoedingen bepalen.

Art. 93. Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure, vermeld in artikel 92, § 5, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend worden. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 94. Het recht op een tegemoetkoming wordt, naargelang het geval, geopend op het volgende tijdstip:

1° de ingangsdatum van het attest op basis waarvan de duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning is vastgesteld, als het basisondersteuningsbudget wordt toegekend op basis van een attest;

2° de datum van de aanvraag, als het basisondersteuningsbudget wordt toegekend nadat een aanvraag is ingediend;

3° de datum van stopzetting van het budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 15 van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering.

In afwijking van het eerste lid wordt het recht op een tegemoetkoming geopend op basis van de vaste datum die bepaald wordt door de Vlaamse Regering met toepassing van de geleidelijke toekenning van het basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 4, derde lid, van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering.

De uitvoering van de tegemoetkoming gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt.

TITEL 3. — *Het zorgticket*

HOOFDSTUK 1. — *Toekenning van zorgtickets*

Art. 95. § 1. Op basis van een indicatiestelling als vermeld in artikel 63, § 2, wordt een zorgprofiel opgemaakt van de persoon met een zorgbehoefte.

De indicatiestelling kan het recht van de gebruiker op een zorgticket openen. Daarmee kan de gebruiker zorg opnemen naar zijn keuze in een erkende zorgvoorziening. In complexe zorgsituaties wordt een zorgplan opgemaakt waar de gebruiker toegang toe heeft en dat toelaat om het zorgticket in te zetten voor geïntegreerde zorg en rekening houdend met de keuzes en levensdoelen van de gebruiker, die de regie in handen houdt. De tegemoetkomingen worden via een trekkingsrecht toegekend door de zorgkas.

De Vlaamse Regering kan bepalen dat het zorgticket wordt uitgedrukt in budgetcategorieën of in punten die overeenstemmen met een aantal eenheden zorg.

De Vlaamse Regering bepaalt voor elk zorgprofiel onder meer:

1° de samenstelling, de omvang en de berekeningswijze van de zorgtickets;

2° de zorgvoorzieningen en de zorg waaraan de gebruiker de zorgtickets volgens zijn keuze kan besteden;

3° de nadere voorwaarden waaronder de zorgtickets worden toegekend.

De Vlaamse Regering kan daarbij tijdelijk een onderscheid maken tussen de verschillende pijlers of binnen een pijler van de Vlaamse sociale bescherming, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de pijler of met het soort zorgvoorziening.

§ 2. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de inning van de zorgtickets, vermeld in paragraaf 1, door de erkende zorgvoorzieningen bij de zorgkassen.

§ 3. Op basis van de evaluatie van de pilootprojecten, vermeld in artikel 139, kan de Vlaamse Regering voor de pijlers, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° en 7°, in afwijking van paragraaf 1, de uitbetaling door middel van een trekkingsrecht, al dan niet gedeeltelijk omzetten in een rechtstreekse uitbetaling van een cash budget aan de persoon met een zorgnood.

In voorkomend geval regelt de Vlaamse Regering de wijze van controle door de zorgkas op de besteding door de gebruiker van het cash budget aan erkende zorgvoorzieningen van zijn keuze.

HOOFDSTUK 2. — *Gebruikersbijdrage*

Art. 96. § 1. Een gebruikersbijdrage kan worden aangerekend aan een gebruiker aan wie zorg wordt verleend in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 8°.

De Vlaamse Regering stelt voor elke pijler de nadere regels vast en kan de tarieven bepalen. De Vlaamse Regering kan sociale correcties toepassen op de gebruikersbijdrage. Ze houdt daarbij rekening met de financiële draagkracht van de gebruiker en ze kan daarbij rekening houden met de specificiteit van bepaalde pijlers of zorgvoorzieningen.

§ 2. De Vlaamse Regering kan voor elke pijler nadere regels vaststellen voor de berekeningswijze van de bijdrage voor woon- en leefkosten, die ten laste is van de gebruiker die een beroep doet op zorg, die gepaard gaat met een dag- of nachtverblijf.

De Vlaamse Regering kan daarbij in vrijstellingen voorzien voor bijzondere doelgroepen en kan sociale correcties voorzien rekening houdend met de financiële draagkracht van de gebruiker.

§ 3. Om de financiële draagkracht van de gebruiker te bepalen wordt ten minste rekening gehouden met het inkomen en de gezinssamenstelling.

§ 4. Met behoud van de toepassing van artikel 2, eerste lid, 6°, bepaalt de Vlaamse Regering de nadere invulling van de begrippen 'woonkosten' en 'leefkosten'.

Art. 97. De Vlaamse Regering regelt de steekproefsgewijze controle door de zorgkassen op de aanrekening door de zorgvoorzieningen van de gebruikersbijdragen en de bijdragen voor woon- en leefkosten, vermeld in artikel 96.

Art. 98. Als er systematische afwijkingen worden vastgesteld in het kader van de aanrekening van de bedragen, vermeld in artikel 96, kan de erkenning van de betreffende zorgvoorziening worden geschorst of ingetrokken.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder systematische afwijkingen als vermeld in het eerste lid, en door wie de schorsing of de intrekking wordt opgelegd. De Vlaamse Regering legt de periode van de schorsing van de erkenning vast.

De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende voorwaarden en procedures voor de oplegging van de schorsing of de intrekking van de erkenning, die minstens de mogelijkheid bevatten om een bezwaar in te dienen bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Na uitputting van de bezwaarprocedure, vermeld in het derde lid, kan tegen de beslissing beroep worden aangetekend bij de Raad van State. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van zestig dagen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 99. § 1. Als er systematische afwijkingen worden vastgesteld in het kader van de aanrekening van de bedragen, vermeld in artikel 96, kan het agentschap aan de betreffende zorgvoorziening een administratieve geldboete opleggen.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder systematische afwijkingen als vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

Het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, bedraagt minstens 500 euro en maximaal 5000 euro.

§ 2. Artikel 68, § 2 tot en met § 5, is van overeenkomstige toepassing.

Art. 100. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure en de voorwaarden voor de facturatie van de gebruikersbijdragen en de bijdragen voor woon- en leefkosten door de erkende zorgvoorzieningen aan de gebruikers en de steekproefsgewijze controle daarop door de zorgkassen.

De Vlaamse Regering legt onder meer vast uit welke componenten de door de erkende zorgvoorzieningen opgestelde facturen bestaan.

Art. 101. § 1. Als er systematische tekortkomingen worden vastgesteld in het kader van de naleving van de procedure en de voorwaarden, vermeld in artikel 100, kan het agentschap een administratieve geldboete opleggen aan de betreffende zorgvoorziening.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder systematische tekortkomingen als vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

Het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, bedraagt minstens 500 euro en maximaal 5000 euro.

§ 2. Artikel 68, § 2 tot en met § 5, is van overeenkomstige toepassing.

Art. 102. De verminderingen van de inkomstenbronnen van erkende zorgvoorzieningen door de toepassing van sanctiebepalingen of andere financiële maatregelen, kunnen niet worden aangerekend aan de gebruikers.

HOOFDSTUK 3. — Zorg verleend buiten het Nederlandse taalgebied en buiten door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Art. 103. § 1. De toekenning van zorgtickets wordt geweigerd als de gebruiker zich niet werkelijk bevindt in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad of als de zorg niet wordt verleend door zorgvoorzieningen in het Nederlandse taalgebied of door zorgvoorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd als uitsluitend te behoren tot de Vlaamse Gemeenschap.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1, kunnen de zorgtickets evenwel worden toegekend:

1° onder de voorwaarden, vermeld in de internationale regelgeving over de coördinatie van socialezekerheidsstelsels;

2° onder de door de Vlaamse Regering vastgestelde voorwaarden voor het ontvangen van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie, in een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland conform de Patiëntenrichtlijn of conform de overeenkomsten gesloten tussen de Vlaamse overheid en zorgvoorzieningen in andere lidstaten van de Europese Unie;

3° onder de voorwaarden, bepaald door de Vlaamse Regering, of op grond van afspraken gemaakt in het kader van samenwerkingsakkoorden met andere deelstaten, voor het ontvangen of het verlenen van zorg in andere deelstaten.

De zorgkas neemt de beslissing tot toekenning van de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, na eensluidend advies van de Expertcommissie. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de toekenning van de tegemoetkomingen, vermeld in deze paragraaf.

Art. 104. Tegen de beslissingen van de zorgkas, vermeld in artikel 103, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank binnen een termijn van drie maanden na de ontvangst van de bestreden beslissing. Met het beroep tegen de beslissing van de zorgkas wordt tegelijkertijd beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Expertcommissie.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, wordt zowel de zorgkas als het agentschap opgeroepen om als verweerder te verschijnen in de procedure voor de arbeidsrechtbank. Als de gebruiker nalaat om beide partijen te laten oproepen conform het door hem neergelegde verzoekschrift, betreft het Openbaar Ministerie bij de arbeidsgerechten de ontbrekende partij alsnog in de procedure conform artikel 138bis van het Gerechtelijk Wetboek.

Het agentschap kan een beroep doen op de Expertcommissie in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank.

TITEL 4. — De tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen

HOOFDSTUK 1. — Toekenning van tegemoetkomingen

Art. 105. § 1. De financiering van mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, bestaat uit de toekenning aan de gebruiker door de zorgkas van een tegemoetkoming die wordt vastgesteld conform artikel 108 en die via trekkingsrechten wordt uitbetaald.

§ 2. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de inning van de tegemoetkomingen, vermeld in paragraaf 1, door de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen bij de zorgkassen.

De facturatie van de tegemoetkomingen, vermeld in paragraaf 1, gebeurt door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen als zelfstandige of door de onderneming in opdracht waarvan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt. In voorkomend geval machtigt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen de onderneming met het oog op de facturatie van de tegemoetkomingen.

Art. 106. De financiering voor mobiliteitshulpmiddelen neemt de vorm aan van tegemoetkomingen in het kader van de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen enerzijds en van tegemoetkomingen in de vorm van periodieke huurforfaits anderzijds.

De Vlaamse Regering bepaalt in welke gevallen een gebruiker die in aanmerking komt voor een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, recht heeft op een tegemoetkoming in het kader van de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel dan wel op een tegemoetkoming in de vorm van een periodiek huurforfait.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, worden geïndexeerd.

Art. 107. De Vlaamse Regering bepaalt het bedrag van de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen en legt de voorwaarden vast waaraan moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel kan worden verleend. Daarvoor bepaalt de Vlaamse Regering onder meer:

- 1° het gebruiksdoel van de mobiliteitshulpmiddelen;
- 2° de functionele specificaties van de mobiliteitshulpmiddelen;
- 3° de hernieuwingscriteria voor de verschillende mobiliteitshulpmiddelen;
- 4° de vergoedingscriteria voor het mobiliteitshulpmiddel, het uitproberen van het mobiliteitshulpmiddel en de aanpassingen aan het mobiliteitshulpmiddel;
- 5° de mogelijke cumulaties van mobiliteitshulpmiddelen;
- 6° de vergoedingscriteria voor onderhoud en herstelling.

HOOFDSTUK 2. — *Indicatiestelling*

Art. 108. § 1. De aan de gebruiker verleende tegemoetkoming, vermeld in artikel 105, wordt bepaald in functie van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt, afhankelijk van de beperking van zijn mobiliteit, zijn functionele noden en zijn levensdoelen.

§ 2. De beperking van de mobiliteit van de gebruiker, zijn functionele noden en zijn levensdoelen worden geëvalueerd aan de hand van ICF, door indicatiestellers die daarvoor zijn aangewezen in de door de Vlaamse Regering conform artikel 126 bepaalde aanvraagprocedures, ingevolge de toepassing van een indicatiestelling door een indicatiesteller.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedures voor de erkenning van indicatiestellers en legt de procedures vast voor de toepassing door indicatiestellers van indicatiestellingen en voor de evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker op basis van de indicatiestelling in aanmerking komt.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden waaronder de indicatiesteller wordt vergoed voor de toepassing van indicatiestellingen en legt het bedrag van de vergoedingen vast.

§ 3. Conform de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures kan de gebruiker met een snel degeneratieve aandoening die al in het bezit is van een mobiliteitshulpmiddel ingevolge de toepassing van een indicatiestelling als vermeld in paragraaf 2, een gemotiveerde aanvraag indienen voor een tegemoetkoming voor een ander mobiliteitshulpmiddel zonder dat daarvoor een nieuwe indicatiestelling vereist is.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedures voor de indiening van de gemotiveerde aanvragen, vermeld in het eerste lid.

Met het oog op de motivering van de aanvraag, vermeld in het eerste lid, kan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een beroep doen op bijstand, verleend door de daarvoor door de Vlaamse Regering aangewezen organisaties. De Vlaamse Regering regelt de nadere voorwaarden voor het verlenen van die bijstand.

Art. 109. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de controle door de Zorgkassencommissie op de indicatiestellingen, vermeld in artikel 108, § 2, en op de evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

De controles, vermeld in het eerste lid, worden, in de gevallen bepaald door de Vlaamse Regering, aangestuurd door het agentschap, dat onder meer een selectie kan maken van de gevallen die voor een controle in aanmerking komen. Het agentschap beschikt in voorkomend geval over de gegevens die voor de aansturing noodzakelijk zijn.

De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de bewaking van de kwaliteit, de correctheid, de objectiviteit, de gelijke behandeling en de uniformiteit van de toepassing van de indicatiestelling en van de evaluatie van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

Art. 110. Als wordt vastgesteld dat een indicatiesteller de indicatiestellingen, vermeld in artikel 108, § 2, verkeerd toepast of niet uitvoert binnen een daarvoor voorziene termijn, kan het agentschap maatregelen opleggen, die bestaan uit het volgen van een remediëringstraject.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder een verkeerde toepassing van indicatiestellingen als vermeld in het eerste lid, en legt de nadere invulling van de maatregelen, vermeld in het eerste lid vast.

Art. 111. De erkenning van een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener als indicatiesteller kan worden geschorst of ingetrokken als die organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener de indicatiestellingen, vermeld in artikel 108, § 2, systematisch verkeerd toepast of niet uitvoert binnen een daarvoor voorziene termijn.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder een systematisch verkeerde toepassing van indicatiestellingen en onder het systematisch niet uitvoeren van indicatiestellingen binnen een daarvoor voorziene termijn als vermeld in het eerste lid, en door wie de schorsing of de intrekking van de erkenning wordt opgelegd. De Vlaamse Regering legt de periode van de schorsing van de erkenning vast.

De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende voorwaarden en procedures voor de oplegging van de schorsing of de intrekking van de erkenning, inclusief de mogelijkheid om een bezwaar in te dienen bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Na uitputting van de bezwaarprocedure, vermeld in het derde lid, kan tegen de beslissing beroep worden aangetekend bij de Raad van State. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van zestig dagen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 112. § 1. Het agentschap kan een administratieve geldboete opleggen aan een indicatiesteller die de indicatiestellingen, vermeld in artikel 108, § 2, systematisch verkeerd toepast of niet uitvoert binnen een daarvoor voorziene termijn of aan een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die systematisch een verkeerde evaluatie maakt van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder een systematisch verkeerde toepassing van indicatiestellingen, onder het systematisch niet uitvoeren van indicatiestellingen binnen een daarvoor voorziene termijn en onder een systematisch verkeerde evaluatie van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen als vermeld in het eerste lid.

Het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, bedraagt minstens 500 euro en maximaal 5000 euro.

§ 2. Artikel 68, § 2 tot en met § 5, is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK 3. — *Lijst van voor vergoeding aangenomen producten*

Art. 113. § 1. Opdat gebruikers in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen en met behoud van de toepassing van artikel 119 en 122 moeten de betreffende mobiliteitshulpmiddelen voorkomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, die overzichtelijke en transparante informatie bevat over de prijzen van de mobiliteitshulpmiddelen en over het bedrag van de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 105.

§ 2. De lijst, vermeld in paragraaf 1, wordt opgemaakt en aangepast door de Vlaamse Regering op basis van de door haar vastgelegde voorwaarden en procedures en op basis van de door haar bepaalde aannemingscriteria volgens dewelke de mobiliteitshulpmiddelen in verschillende categorieën kunnen worden ingedeeld.

Voor de mobiliteitshulpmiddelen die aan de gebruiker worden verhuurd conform artikel 106, kan de Vlaamse Regering afzonderlijke aannemingscriteria bepalen.

§ 3. De Vlaamse Regering legt de procedure vast die moet worden gevolgd door de bedrijven die de aanneming, een wijziging of de schrapping van een mobiliteitshulpmiddel in de lijst van voor vergoeding aangenomen producten vragen. Ze bepaalt bovendien de termijnen en de verplichtingen die moeten worden nageleefd in geval van een verzoek tot aanneming, wijziging of schrapping.

Ingeval van schrapping van een mobiliteitshulpmiddel van de lijst, bepaalt de Vlaamse Regering binnen welke termijn na de datum van de schrapping het betreffende mobiliteitshulpmiddel vergoedbaar blijft.

HOOFDSTUK 4. — *Tarieven en gebruikersbijdragen*

Art. 114. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt de tarieven die de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen mag aanrekenen in het kader van de verkoop en de verhuur van mobiliteitshulpmiddelen. De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de tarieven worden geïndexeerd.

De tarieven, vermeld in het eerste lid, worden aangerekend aan de zorgkassen ten belope van het bedrag van de tegemoetkoming waarop de gebruiker recht heeft, conform artikel 105.

In de mate dat de tarieven het bedrag van de tegemoetkoming waarop de gebruiker recht heeft, overschrijden, worden ze aangerekend aan de gebruiker in de vorm van een supplement.

In het derde lid wordt verstaan onder supplement: het verschil tussen het volledige, door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan te rekenen tarief voor een mobiliteitshulpmiddel en het bedrag van de tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen waarop de gebruiker recht heeft.

§ 2. Een gebruikersbijdrage kan worden aangerekend aan een gebruiker aan wie een tegemoetkoming wordt verleend voor een mobiliteitshulpmiddel conform artikel 105. De Vlaamse Regering bepaalt in voorkomend geval de tarieven en stelt de nadere regels vast.

De Vlaamse Regering kan sociale correcties toepassen op de gebruikersbijdrage, vermeld in het eerste lid. Ze kan daarbij rekening houden met de financiële draagkracht van de gebruiker en de gezinssituatie.

Art. 115. De Vlaamse Regering regelt de controle door de zorgkassen op de aanrekening door de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen van de tarieven en de gebruikersbijdragen, vermeld in artikel 114.

Art. 116. Als er systematische afwijkingen worden vastgesteld in het kader van de aanrekening van de bedragen, vermeld in artikel 114, kan de machtiging van de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, verleend conform artikel 122, worden geschorst of ingetrokken.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder systematische afwijkingen als vermeld in het eerste lid, en door wie de schorsing of de intrekking van de machtiging wordt opgelegd. De Vlaamse Regering legt de periode van de schorsing van de machtiging vast.

De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende voorwaarden en procedures voor de oplegging van de schorsing of de intrekking van de machtiging, die minstens de mogelijkheid bevatten om een bezwaar in te dienen bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Na uitputting van de bezwaarprocedure, vermeld in het derde lid, kan tegen de beslissing beroep worden aangetekend bij de Raad van State. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van zestig dagen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 117. § 1. Als er systematische afwijkingen worden vastgesteld in het kader van de aanrekening van de bedragen, vermeld in artikel 114, kan het agentschap aan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of aan de onderneming in opdracht waarvan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt, een administratieve geldboete opleggen.

De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder systematische afwijkingen als vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

Het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, bedraagt minstens 500 euro en maximaal 5000 euro.

§ 2. Artikel 68, § 2 tot en met § 5, is van overeenkomstige toepassing.

Art. 118. De verminderingen van de inkomstenbronnen van verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen ingevolge de toepassing van sanctiebepalingen of andere financiële maatregelen, kunnen niet worden aangerekend aan de gebruikers.

HOOFDSTUK 5. — *Recht op een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 119. § 1. Elke gebruiker met een beperking van de mobiliteit, die een gevolg is van een fysieke, mentale, cognitieve of psychologische stoornis, komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel als vermeld in artikel 105. Het mobiliteitshulpmiddel stelt de gebruiker in staat om zelfstandig of met minder hulp activiteiten of taken uit te voeren en bevordert de participatie van de gebruiker in de samenleving.

De beperking van de mobiliteit van de gebruiker moet van definitieve aard zijn of ten minste gelijk zijn aan de hernieuwingstermijn die wordt bepaald met toepassing van artikel 107, 3°.

In het eerste lid wordt verstaan onder stoornis: een afwijking in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

§ 2. Met behoud van de toepassing van artikel 108, bepaalt de Vlaamse Regering de bijkomende voorwaarden waaronder gebruikers met een beperking van de mobiliteit in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel.

§ 3. In afwijking van paragraaf 1 kan de Vlaamse Regering uitzonderingsgevallen bepalen waarin gebruikers niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 120. Elke gebruiker die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont of werkt en die vrijwillig aangesloten is bij een zorgkas, kan een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel aanvragen bij die zorgkas voor de aankoop of voor de huur van een mobiliteitshulpmiddel conform de voorwaarden en de procedures, vermeld in deze titel.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, wordt geweigerd als de gebruiker een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel aanvraagt of ontvangt conform de door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad bepaalde reglementering.

De Vlaamse Regering bepaalt onder welke voorwaarden het recht kan worden geopend op de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, voor gebruikers die in het verleden een tegemoetkoming hebben ontvangen conform de door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad bepaalde reglementering of conform de reglementering van het Franse of het Duitse taalgebied.

Art. 121. § 1. De tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 105, wordt geweigerd als de gebruiker zich niet wendt tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die conform artikel 122 gemachtigd is om mobiliteitshulpmiddelen te verhuren of te verkopen.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1 kunnen de tegemoetkomingen, vermeld in paragraaf 1, evenwel worden toegekend:

1° onder de voorwaarden, vermeld in de internationale regelgeving over de coördinatie van socialezekerheidsstelsels;

2° onder de door de Vlaamse Regering vastgestelde voorwaarden voor de aanschaffing van mobiliteitshulpmiddelen in een andere deelstaat of in een andere lidstaat van de Europese Unie, in een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland overeenkomstig de Europese regelgeving.

De zorgkas neemt de beslissing tot toekenning van de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, conform de voorwaarden en de procedures, bepaald door de Vlaamse Regering.

HOOFDSTUK 6. — *Verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 122. Met behoud van de toepassing van de erkenningsplicht, vermeld in artikel 72 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, kan de Vlaamse Regering bijkomende voorwaarden bepalen waaraan verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen en, in voorkomend geval, de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker werkt, moeten voldoen opdat de verstrekkers gemachtigd zijn om mobiliteitshulpmiddelen te verkopen of te verhuren.

Die bijkomende voorwaarden kunnen onder meer betrekking hebben op:

1° vereisten met betrekking tot kwaliteit en marktconforme prijszetting, en transparantie daarover;

2° bijscholing, al dan niet periodiek;

3° bijkomende competenties of kwalificaties met het oog op de verkoop of de verhuur van mobiliteitshulpmiddelen aan gebruikers met snel degeneratieve aandoeningen;

4° administratieve verplichtingen.

De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de toepassing van de bijkomende voorwaarden, vermeld in het eerste lid, en organiseert de controle op de toepassing hiervan.

Art. 123. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedures voor de aanbidding, de levering en het onderhoud en herstel van de mobiliteitshulpmiddelen door de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen. Die voorwaarden en procedures hebben onder meer betrekking op:

1° leveringstermijnen en -verplichtingen;

2° informatieverplichtingen;

3° uit te voeren aanpassingen;

4° uit te voeren herstellingen;

5° het afsluiten van aansprakelijkheidsverzekeringen;

6° facturatievoorwaarden;

7° na te leven garantievoorzieningen.

De Vlaamse Regering regelt het toezicht en de controle door de zorgkassen op de vervulling van de voorwaarden en de procedures die worden bepaald conform het eerste lid.

Art. 124. Als er tekortkomingen worden vastgesteld in het kader van de procedures en de voorwaarden, vermeld in artikel 123, of als wordt vastgesteld dat de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen systematisch een verkeerde evaluatie maakt van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen, kan de machtiging van de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 122, worden geschorst of ingetrokken.

De Vlaamse Regering bepaalt door wie de machtiging wordt geschorst of ingetrokken. De Vlaamse Regering bepaalt wat wordt verstaan onder een systematisch verkeerde evaluatie van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen als vermeld in het eerste lid, en legt de periode van de schorsing van de machtiging vast.

De Vlaamse Regering bepaalt de bijkomende voorwaarden en procedures voor de oplegging van de schorsing of de intrekking van de machtiging, inclusief de mogelijkheid om een bezwaar in te dienen bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het

decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Na uitputting van de bezwaarprocedure, vermeld in het derde lid, kan tegen de beslissing beroep worden aangetekend bij de Raad van State. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van zestig dagen vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 125. § 1. Als er tekortkomingen worden vastgesteld in het kader van de procedures en de voorwaarden, vermeld in artikel 123, kan het agentschap een administratieve geldboete opleggen aan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of aan de onderneming in opdracht waarvan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt.

Het bedrag van de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, bedraagt minstens 500 euro en maximaal 5000 euro.

§ 2. Artikel 68, § 2 tot en met § 5, is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK 7. — *Aanvraagprocedure na indicatiestelling*

Art. 126. § 1. Elke aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop of de huur van een mobiliteitshulpmiddel wordt ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten conform artikel 42, conform de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures.

De Vlaamse Regering kan modeldocumenten ter beschikking stellen die, in voorkomend geval, worden gebruikt door de gebruiker en de andere actoren die bij de aanvraag betrokken zijn.

§ 2. De zorgkassen behandelen elke aanvraag en nemen een beslissing conform de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden, termijnen en procedures.

§ 3. In de gevallen waarin de Zorgkassencommissie conform artikel 34 wordt belast met voorafgaande controles, brengt ze, binnen de door de Vlaamse Regering bepaalde termijn, een eensluidend advies uit aan de zorgkas over de indicatiestelling en over de evaluatie van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

§ 4. De door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden, termijnen en de procedures voor de aanvraag van een tegemoetkoming en voor de behandeling van de ingediende aanvragen kunnen verschillen, onder meer naargelang de complexiteit van het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en naargelang de betrokken doelgroep.

Art. 127. Tegen de beslissingen van de zorgkas over de toekenning van de tegemoetkoming, vermeld in artikel 105, kan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank binnen een termijn van drie maanden na ontvangst van de bestreden beslissing. Met het beroep tegen de beslissing van de zorgkas wordt tegelijkertijd beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, verleend conform artikel 126, § 3.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, worden zowel de zorgkas als het agentschap opgeroepen om als verweerder te verschijnen in de procedure voor de arbeidsrechtbank. Als de gebruiker nalaat om beide partijen te laten oproepen conform het door hem neergelegde verzoekschrift, betreft het Openbaar Ministerie bij de arbeidsgerechten de ontbrekende partij alsnog in de procedure conform artikel 138bis van het Gerechtelijk Wetboek.

Het agentschap kan een beroep doen op de Zorgkassencommissie in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank.

HOOFDSTUK 8. — *Bepalingen die alleen van toepassing zijn op tegemoetkomingen in het kader van de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 128. De zorgkas kan een forfaitaire tegemoetkoming toekennen aan de gebruiker voor wie een aanvraag wordt ingediend voor de aankoop van een ander mobiliteitshulpmiddel dan het mobiliteitshulpmiddel waarvoor hij volgens zijn functionele indicaties in aanmerking komt. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de toekenning van forfaitaire tegemoetkomingen.

Art. 129. Als blijkt dat het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt, niet is opgenomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, vermeld in artikel 113, of, als op basis van de specificiteit van de noden van de gebruiker een bijkomende tegemoetkoming verantwoord is voor het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt en dat opgenomen is op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, vermeld in artikel 113, kan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een aanvraag van een tegemoetkoming op basis van bijzondere noden indienen bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten conform artikel 42.

De zorgkas behandelt de aanvragen, vermeld in het eerste lid, conform de voorwaarden en de procedures, bepaald door de Vlaamse Regering. De zorgkas stuurt de aanvragen, als ze ontvankelijk zijn, door naar de Bijzondere Technische Commissie, vermeld in artikel 133. De Bijzondere Technische Commissie beoordeelt de aanvragen op basis van de beoordelingscriteria en binnen de termijnen bepaald door de Vlaamse Regering en geeft een eensluidend advies aan de zorgkas.

De Vlaamse Regering legt de voorwaarden, procedures en termijnen vast voor de indiening, de ontvankelijkheidsverklaring en de beoordeling van de aanvragen, vermeld in het eerste lid. Ze kan, wat de ontvankelijkheidsverklaring betreft, een beroep doen op de Zorgkassencommissie.

Tegen de beslissingen van de zorgkas, genomen conform het tweede en derde lid, kan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank binnen een termijn van drie maanden na de ontvangst van de bestreden beslissing. Met het beroep tegen de beslissing van de zorgkas wordt tegelijkertijd beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie of de Zorgkassencommissie.

In de gevallen, vermeld in het vierde lid, wordt zowel de zorgkas als het agentschap opgeroepen om als verweerder te verschijnen in de procedure voor de arbeidsrechtbank. Als de gebruiker nalaat om beide partijen te laten oproepen conform het door hem neergelegde verzoekschrift, betreft het Openbaar Ministerie bij de arbeidsgerechten de ontbrekende partij alsnog in de procedure conform artikel 138bis van het Gerechtelijk Wetboek.

Het agentschap kan een beroep doen op de Bijzondere Technische Commissie of de Zorgkassencommissie in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank.

HOOFDSTUK 9. — *Bepalingen die alleen van toepassing zijn op tegemoetkomingen in de vorm van een periodiek huurforfait*

Art. 130. In dit hoofdstuk wordt verstaan onder periodiek huurforfait: de forfaitaire periodieke tegemoetkomingen voor de verhuur van een mobiliteitshulpmiddel aan de gebruiker, in de door de Vlaamse Regering, conform artikel 106, tweede lid, bepaalde gevallen.

Het huurforfait, vermeld in het eerste lid, dekt de periodieke huur van het betreffende mobiliteitshulpmiddel voor de gebruiker enerzijds en de door de Vlaamse Regering bepaalde kosten anderzijds.

Art. 131. De toekenning van een periodiek huurforfait kan alleen worden toegestaan op voorwaarde dat er een huurovereenkomst gesloten wordt tussen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker.

De Vlaamse Regering bepaalt de verbintenissen die in elke huurovereenkomst moeten worden opgenomen en legt de opzeggingsmodaliteiten van de huurovereenkomsten vast.

De Vlaamse Regering stelt een model van huurovereenkomst vast.

HOOFDSTUK 10. — *Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 132. § 1. Bij het agentschap wordt de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen opgericht, die advies verstrekt over diverse aspecten van de ontwikkeling en de uitvoering van het mobiliteitshulpmiddelenbeleid, en waarvan de Vlaamse Regering de samenstelling, de organisatie en de werkingsregels bepaalt.

De Vlaamse Regering bepaalt het statuut en de vergoeding van de leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen en legt de onverenigbaarheden vast.

§ 2. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen wordt belast met het door de Vlaamse Regering te bepalen takenpakket, dat onder meer bestaat uit:

1° het verlenen van advies en het formuleren van voorstellen in het kader van de aanpassingen van de lijst van voor vergoeding in aanmerking genomen producten, vermeld in artikel 113, § 2;

2° het verlenen van advies en het formuleren van voorstellen in het kader van wijzigingen van de conform artikel 107 bepaalde bedragen van de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen en de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel te kunnen verlenen.

HOOFDSTUK 11. — *Bijzondere Technische Commissie*

Art. 133. § 1. Bij het agentschap wordt de Bijzondere Technische Commissie opgericht, waarvan de Vlaamse Regering de samenstelling, de organisatie, en de werkingsregels bepaalt.

De Vlaamse Regering kan voorwaarden opleggen voor de expertise waarover de leden van de Bijzondere Technische Commissie moeten beschikken.

De Vlaamse Regering bepaalt het statuut en de vergoeding van de leden van de Bijzondere Technische Commissie en legt de onverenigbaarheden vast. Het agentschap is belast met de administratieve ondersteuning van de Bijzondere Technische Commissie.

§ 2. De Bijzondere Technische Commissie wordt onder meer belast met de individuele beoordeling van aanvragen van tegemoetkomingen op basis van bijzondere individuele noden en voor innovatieve mobiliteitshulpmiddelen die niet zijn opgenomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, ingediend conform artikel 129.

De Vlaamse Regering bepaalt wat moet worden verstaan onder bijzondere noden als vermeld in het eerste lid.

De Bijzondere Technische Commissie kan over de toekenning van tegemoetkomingen voor de mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in het eerste lid, slechts eensluitende adviezen geven, zoals bedoeld in artikel 129, tweede lid, ten belope van het door de Vlaamse Regering bepaalde aandeel in de voor de financiering van mobiliteitshulpmiddelen vastgelegde begrotingskredieten.

§ 3. Periodiek, op de tijdstippen die de Vlaamse Regering vastlegt en conform de door de Vlaamse Regering bepaalde procedure, brengt de Bijzondere Technische Commissie verslag uit aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen over de individuele beoordelingsprocedures, vermeld in paragraaf 2, eerste lid. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen neemt de verslagen in overweging bij het opstellen van haar advies en bij het formuleren van haar voorstellen, vermeld in artikel 132, § 2, 1° en 2°.

§ 4. De Vlaamse Regering kan bijkomende taken opleggen aan de Bijzondere Technische Commissie.

§ 5. De Bijzondere Technische Commissie beschikt over de gegevens van de gebruikers die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van haar taken.

§ 6. De leden van de Bijzondere Technische Commissie zijn gebonden door de geheimhoudingsplicht met betrekking tot de gegevens waarvan ze bij de uitoefening van hun opdracht kennis krijgen en die daarmee verband houden.

Elke overtreding van deze paragraaf wordt gestraft met een geldboete van honderd euro tot duizend euro.

HOOFDSTUK 12. — *Kenniscentrum voor mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 134. De Vlaamse Regering kan de voorwaarden en de procedure vastleggen voor de erkenning en de subsidiëring van een kenniscentrum voor mobiliteitshulpmiddelen.

Het kenniscentrum, vermeld in het eerste lid, wordt, in voorkomend geval, onder meer belast met:

1° het verzamelen van kennis over mobiliteitshulpmiddelen en het analyseren ervan;

2° het adviseren van de overheid en haar adviserende organen over alle aspecten van mobiliteitshulpmiddelen;

3° het organiseren van marktbevragingen met het oog op het detecteren van de beste prijs-kwaliteitverhouding;

4° het systematisch uitvoeren van internationale prijsvergelijkingen met gelijkaardige producten;

5° het opvolgen van recente ontwikkelingen en innovaties in de sector, ook internationaal;

6° het informeren van alle betrokken actoren.

De Vlaamse Regering kan de opdracht, vermeld in het tweede lid, verder uitbreiden.

HOOFDSTUK 13. — *Projecten inzake mobiliteitshulpmiddelen in woonzorgcentra*

Art. 135. De Vlaamse Regering kan projecten toestaan waarbij op rechtstreekse wijze een budget wordt toegekend aan welbepaalde woonzorgcentra voor de aankoop of huur van welbepaalde mobiliteitshulpmiddelen, die de woonzorgcentra op hun beurt ter beschikking stellen aan hun bewoners. De Vlaamse Regering bepaalt voor deze projecten bijkomende voorwaarden en regels betreffende het budget en de toekenning ervan.

De Vlaamse Regering kan, voor de projecten vermeld in het eerste lid, afwijkingen toestaan op de bepalingen over de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen die door haar zijn uitgevaardigd in uitvoering van onderhavig decreet.

Onder project wordt verstaan een specifiek initiatief met betrekking tot de terbeschikkingstelling van een budget aan woonzorgcentra conform het eerste lid, dat gekenmerkt wordt door een tijdelijk, vernieuwend en experimenteel karakter.

Deel 3. — De organisatiegebonden financiering

Art. 136. § 1. De organisatiegebonden financiering betreft een bijdrage aan uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van zorgvoorzieningen, onafhankelijk van de individuele zorgbehoefte van de gebruikers.

§ 2. De organisatiegebonden financiering wordt uitbetaald aan de zorgvoorzieningen door de Vlaamse Regering in de vorm van een forfait.

Het forfait bestaat uit verschillende componenten, die de Vlaamse Regering bepaalt en die onder meer betrekking kunnen hebben op:

- 1° bijkomende, specifieke personeelskosten, eigen aan een zorgvoorziening;
- 2° incentives voor kwaliteit;
- 3° ICT.

Een gedeelte van die vergoeding vormt ook de basis voor een eventuele koppeling van een erkenning aan kwaliteitsgaranties en efficiënt beheer, wat onder andere getoetst zal worden op basis van outcomeparameters.

Het forfait wordt vastgelegd aan de hand van een aantal parameters, die de Vlaamse Regering bepaalt.

§ 3. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de uitvoering van de organisatiegebonden financiering en het toezicht daarop.

Art. 137. Een subsidie kan worden toegekend aan zorgvoorzieningen die investeringen doen op het vlak van ICT of aan erkende verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen of ondernemingen in opdracht waarvan erkende verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen werken die investeringen doen op het vlak van ICT.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de subsidie, met inbegrip van het subsidiebedrag, de procedure voor de toekenning, alsook de wijze waarop toezicht op de besteding van de subsidies gebeurt.

Art. 138. Een subsidie kan worden toegekend voor onderzoek of voor pilootprojecten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de subsidie, met inbegrip van het subsidiebedrag, de procedure voor de toekenning, alsook de wijze waarop toezicht op de besteding van de subsidies gebeurt.

Art. 139. Voor de pijlers, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° en 7°, zet de Vlaamse Regering pilootprojecten op voor het uittesten van concepten inzake de toekenning van zorgtickets in de vorm van een cash budget, vastgesteld aan de hand van BelRAI, met het oog op het gebruik van erkende zorg. De Vlaamse Regering bepaalt hiervoor de nadere voorwaarden.

Deel 4. — Tijdelijke bepalingen

TITEL 1. — Tijdelijke bepalingen voor de woonzorgcentra, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf

HOOFDSTUK 1. — Algemene bepaling

Art. 140. In deze titel wordt verstaan onder dagverzorgingscentrum: een dagverzorgingscentrum als vermeld in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, met uitzondering van de dagverzorgingscentra die erkend zijn voor het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan uitsluitend gebruikers aan wie gezinszorg of aanvullende thuiszorg wordt verleend, conform artikel 51 van bijlage IX van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmering, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

HOOFDSTUK 2. — Tijdelijke bepalingen voor de woonzorgcentra, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf

Afdeling 1. — Dagprijs en extra vergoedingen

Art. 141. De Vlaamse Regering bepaalt de wederzijdse rechten en verplichtingen van de gebruiker en het woonzorgcentrum, het dagverzorgingscentrum en het centrum voor kortverblijf met betrekking tot de dagprijs en de extra vergoedingen die kunnen worden aangerekend en bepaalt de nadere regeling voor de controle daarop.

De Vlaamse Regering bepaalt onder meer:

- 1° het bedrag en de samenstelling van de dagprijs, de diensten en leveringen die aanleiding kunnen geven tot aanrekening van een extra vergoeding;
- 2° de regeling voor voorschotten ten gunste van derden;
- 3° een eventuele voorschotregeling met betrekking tot de dagprijs;
- 4° het eventuele bedrag van de waarborgsom en de mogelijke aanwending ervan;
- 5° de regeling en de tarieven voor terugbetaling van de niet-gebruikte leveringen en diensten, in het bijzonder bij tijdelijke afwezigheid of bij overlijden;
- 6° de regeling voor de transparantie van de bewonersfactuur.

In dit artikel wordt verstaan onder:

1° dagprijs: de prijs per dag die de bewoner of zijn vertegenwoordiger moet betalen en die minimaal de kostprijselementen voor huisvesting en verzorging van de bewoner omvat, die beschouwd worden als deel van de normale activiteiten van een woonzorgcentrum, dagverzorgingscentrum of centrum voor kortverblijf;

2° voorschotten ten gunste van derden: elke uitgave die een woonzorgcentrum, dagverzorgingscentrum of centrum voor kortverblijf op naam van de gebruiker doet en die de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor hetzelfde bedrag terugbetaalt.

Afdeling 2. — Financiële beheersing van de uitgaven

Art. 142. De Vlaamse Regering kan regels en criteria bepalen voor de beheersing van de uitgaven voor zorg in woonzorgcentra, in dagverzorgingscentra met een bijkomende erkenning of in centra voor kortverblijf. Daarbij kan rekening worden gehouden met het aantal woongelegenheden waarvoor de betreffende zorgvoorziening is erkend en met de bezettingsgraad. De Vlaamse Regering kan ook een quotum aan verblijfsdagen vaststellen.

Afdeling 3. — Sociale akkoorden

Art. 143. In het kader van de uitvoering van de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en in de mate dat de sociale akkoorden betrekking hebben op de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf, bepaalt de Vlaamse Regering de maatregelen waarvan de Vlaamse Gemeenschap de financiële weerslag ten laste neemt en legt de Vlaamse Regering de voorwaarden en de procedure vast met het oog op de vaststelling van de financiële weerslag, het bedrag en de betaling van de financiële tegemoetkoming.

Art. 144. De Vlaamse Regering kan initiatieven nemen ter bevordering van de aantrekkelijkheid van de gezondheidszorgberoepen in zorgvoorzieningen waarvan de Vlaamse Gemeenschap de financiële weerslag ten laste neemt. Die initiatieven kunnen onder meer betrekking hebben op de werkomstandigheden, de vergoedingsvoorwaarden, arbeidsduurvermindering en vermindering van werklust, opleiding, kwalificatie en vorming en betrokkenheid in het besluitvormingsproces.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure met het oog op de vaststelling van de financiële weerslag, het bedrag en de betaling van de financiële tegemoetkoming.

HOOFDSTUK 3. — Tijdelijke bepalingen alleen van toepassing op de woonzorgcentra

Art. 145. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning.

De zorgkas betaalt de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, uit aan de woonzorgcentra, vermeld in het eerste lid, in de vorm van een dagelijkse tegemoetkoming.

§ 2. De Vlaamse Regering legt de voorwaarden vast waaronder de tegemoetkoming wordt verleend. Die voorwaarden hebben onder meer betrekking op de fysieke en op de psychische afhankelijkheid van de gebruiker, bepaald aan de hand van een evaluatie-instrument dat de Vlaamse Regering bepaalt.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de toepassing van het evaluatie-instrument, vermeld in het eerste lid, wordt herzien en gecontroleerd.

Voor de controles, vermeld in het tweede lid, wordt een beroep gedaan op de Zorgkassencommissie. De controles worden aangestuurd door het agentschap, dat over de gegevens beschikt die voor de aansturing noodzakelijk zijn.

In het kader van de controles die worden verricht met het oog op de toepassing van deze paragraaf, hebben de gegevens over de zorgbehoefte die de Zorgkassencommissie heeft verzameld, bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

§ 3. De zorgkassen worden belast met de uitbetaling van de tegemoetkomingen, vermeld in paragraaf 1, tweede lid, aan de woonzorgcentra. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen door de zorgkassen.

Art. 146. § 1. Als de Zorgkassencommissie bij de uitoefening van de controles, vermeld in artikel 145, een andere inschatting maakt van de afhankelijkheid van de gebruiker, wordt de tegemoetkoming, vermeld in artikel 145, § 1, tweede lid, aangepast in functie van het resultaat van die controle.

§ 2. De Vlaamse Regering kan een procedure uitwerken waarbij de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 145, § 1, tweede lid, in hoofde van het woonzorgcentrum worden verminderd als wordt vastgesteld dat het evaluatie-instrument, vermeld in artikel 145, § 2, op significante wijze verkeerd wordt toegepast.

De Vlaamse Regering bepaalt voor de toepassing van het eerste lid:

- 1° op basis van welke elementen kan worden beslist tot een vermindering;
- 2° wat wordt verstaan onder een op significante wijze verkeerde toepassing van het evaluatie-instrument als vermeld in het eerste lid;
- 3° de vermindering van de tegemoetkomingen;
- 4° de termijn van de vermindering, vermeld in punt 3°, en hoe die wordt bepaald;
- 5° wie belast wordt met de uitvoering van de vermindering.

Bij de vermindering, vermeld in het eerste lid, wordt rekening gehouden met de financiële weerslag die volgt uit een verkeerde inschatting van de fysieke en psychische afhankelijkheid van de gebruiker, en met een multiplicator die er voor moet zorgen dat de vermindering van de tegemoetkomingen groter is dan het berekende of geschatte financiële voordeel dat voortvloeit uit de verkeerde toepassing van het evaluatie-instrument.

De vermindering van de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, mag op geen enkele wijze door het woonzorgcentrum worden teruggevorderd van de gebruiker.

§ 3. Aan de woonzorgcentra die het evaluatie-instrument, vermeld in artikel 145, § 2, op een significante wijze verkeerd toepassen, of die de resultaten van de toepassing van het evaluatie-instrument, vermeld in artikel 145, § 2, systematisch foutief mededelen aan het agentschap, kan het agentschap een administratieve boete opleggen.

De Vlaamse Regering bepaalt voor de toepassing van het eerste lid:

- 1° wat wordt verstaan onder een op significante wijze verkeerde toepassing van het evaluatie-instrument en een systematisch foutieve mededeling van de resultaten van de toepassing van het evaluatie-instrument als vermeld in het eerste lid;
- 2° de administratieve boete, die minstens 500 euro en maximaal 5000 euro bedraagt.

Als binnen de termijn van drie jaar vanaf de datum waarop aan het woonzorgcentrum een administratieve boete is opgelegd, de betreffende zorgvoorziening opnieuw een gelijkaardige inbreuk begaat als de inbreuk die tot de toepassing van een administratieve boete heeft geleid, wordt het bedrag van de voorheen opgelegde boete telkens verdrievoudigd.

De administratieve geldboete wordt opgelegd door het agentschap.

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

De administratieve geldboete, verhoogd met de invorderingskosten, kan bij dwangbevel worden ingevorderd. Het dwangbevel wordt gevisieerd en uitvoerbaar verklaard door de ambtenaar die de Vlaamse Regering daarvoor aanwijst. Het dwangbevel wordt betekend bij gerechtsdeurwaardersexploot met bevel tot betaling.

De bepalingen van deel V van het Gerechtelijk Wetboek zijn van toepassing op het dwangbevel.

De vordering tot voldoening van de administratieve geldboete verjaart na verloop van vijf jaar, vanaf de dag waarop ze is ontstaan. De verjaring wordt gestuit conform artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

§ 4. Het woonzorgcentrum kan tegen de beslissing van het agentschap tot aanpassing van een tegemoetkoming conform paragraaf 1, tegen de beslissing van het agentschap tot vermindering van tegemoetkomingen conform paragraaf 2 en tegen de beslissing van het agentschap tot oplegging van een administratieve boete conform paragraaf 3, beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank. Die vordering wordt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, ingediend binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van de ontvangst van de bestreden beslissing.

Het agentschap kan een beroep doen op het betrokken team van de Zorgkassencommissie in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank.

Art. 147. De Vlaamse Regering bepaalt de inhoud van het pakket aan zorg dat gedekt wordt door de tegemoetkoming, vermeld in artikel 145.

Art. 148. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra zonder een bijkomende erkenning.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, wordt uitbetaald aan de woonzorgcentra, vermeld in het eerste lid, in de vorm van een dagelijkse tegemoetkoming.

§ 2. De Vlaamse Regering legt de voorwaarden vast waaronder de tegemoetkoming wordt verleend. Die voorwaarden kunnen onder meer betrekking hebben op de fysieke en op de psychische afhankelijkheid van de gebruiker, bepaald aan de hand van een evaluatie-instrument dat de Vlaamse Regering bepaalt.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de toepassing van het door haar bepaalde evaluatie-instrument wordt herzien en gecontroleerd.

Voor de controles, vermeld in het tweede lid, wordt een beroep gedaan op de Zorgkassencommissie. De controles worden aangestuurd door het agentschap, dat over de gegevens beschikt die voor de aansturing noodzakelijk zijn.

In het kader van de controles die worden verricht met het oog op de toepassing van deze paragraaf, hebben de door de Zorgkassencommissie verzamelde gegevens over de zorgbehoefte, bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

Artikel 146 is van overeenkomstige toepassing op de woonzorgcentra, vermeld in dit artikel.

§ 3. De zorgkassen worden belast met de uitbetaling van de tegemoetkomingen aan de woonzorgcentra, vermeld in paragraaf 1, eerste lid. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen door de zorgkassen.

Art. 149. De Vlaamse Regering bepaalt de inhoud van het pakket aan zorg dat gedekt wordt door de tegemoetkoming, vermeld in artikel 148.

HOOFDSTUK 4. — *Tijdelijke bepalingen alleen van toepassing op dagverzorgingscentra*

Art. 150. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in dagverzorgingscentra met een bijkomende erkenning.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de dagverzorgingscentra, vermeld in het eerste lid, in de vorm van een dagelijkse tegemoetkoming.

§ 2. De Vlaamse Regering legt de voorwaarden vast waaronder de tegemoetkoming wordt verleend. Die voorwaarden kunnen onder meer betrekking hebben op de fysieke en op de psychische afhankelijkheid van de gebruiker, bepaald aan de hand van een evaluatie-instrument dat de Vlaamse Regering bepaalt.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de toepassing van het door haar bepaalde evaluatie-instrument wordt herzien en gecontroleerd.

Voor de controles, vermeld in het tweede lid, wordt een beroep gedaan op de Zorgkassencommissie. De controles worden aangestuurd door het agentschap, dat over de gegevens beschikt die voor de aansturing noodzakelijk zijn.

In het kader van de controles die worden verricht met het oog op de toepassing van deze paragraaf, hebben de gegevens over de zorgbehoefte die de Zorgkassencommissie verzameld heeft, bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

Artikel 146 is van overeenkomstige toepassing op de dagverzorgingscentra, vermeld in dit artikel.

§ 3. De zorgkassen worden belast met de uitbetaling van de tegemoetkomingen aan de centra voor dagverzorging, vermeld in paragraaf 1, eerste lid. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen door de zorgkassen.

Art. 151. De Vlaamse Regering bepaalt de inhoud van het pakket aan zorg dat gedekt wordt door de tegemoetkoming, vermeld in artikel 150.

HOOFDSTUK 5. — *Tijdelijke bepalingen alleen van toepassing op centra voor kortverblijf*

Art. 152. § 1. De Vlaamse Regering bepaalt het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in centra voor kortverblijf.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de centra voor kortverblijf, vermeld in het eerste lid, in de vorm van een dagelijkse tegemoetkoming.

§ 2. De Vlaamse Regering legt de voorwaarden vast waaronder de tegemoetkoming wordt verleend. Die voorwaarden kunnen onder meer betrekking hebben op de fysieke en op de psychische afhankelijkheid van de gebruiker, bepaald aan de hand van een evaluatie-instrument dat de Vlaamse Regering bepaalt.

De Vlaamse Regering bepaalt de wijze waarop de toepassing van het door haar bepaald evaluatie-instrument wordt herzien en gecontroleerd.

Voor de controles, vermeld in het tweede lid, wordt een beroep gedaan op de Zorgkassencommissie. De controles worden aangestuurd door het agentschap, dat over de gegevens beschikt die voor de aansturing noodzakelijk zijn.

In het kader van de controles die worden verricht met het oog op de toepassing van deze paragraaf, hebben de gegevens over de zorgbehoefte die de Zorgkassencommissie verzameld heeft, bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

Artikel 146 is van overeenkomstige toepassing op de centra voor kortverblijf, vermeld in dit artikel.

§ 3. De zorgkassen worden belast met de uitbetaling van de tegemoetkomingen aan de centra voor kortverblijf, vermeld in paragraaf 1, eerste lid. De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen door de zorgkassen.

Art. 153. De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling van het pakket aan zorg dat gedekt wordt door de tegemoetkoming voor de opname van zorg in centra voor kortverblijf, vermeld in artikel 152.

TITEL 2. — Tijdelijke bepaling voor de toekenning van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen

Art. 154. In de uitzonderingsgevallen, bepaald door de Vlaamse Regering, vindt tot een datum die de Vlaamse Regering bepaalt, in afwijking van artikel 114, geen rechtstreekse betaling plaats door de zorgkas aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van de tegemoetkoming waarop de gebruiker recht heeft overeenkomstig de bepalingen van dit hoofdstuk. De zorgkas betaalt dan aan de gebruiker op voorwaarde dat de gebruiker de volledige kostprijs van het betreffende mobiliteitshulpmiddel al heeft betaald.

Deel 5. — Wijzigingsbepalingen

TITEL 1. — Wijzigingen van het Gerechtelijk Wetboek

Art. 155. In artikel 582, 2°, van het Gerechtelijk Wetboek, gewijzigd bij de decreten van 12 november 1997, 7 mei 2004, 21 november 2008, 12 juli 2013 en 24 juni 2016, wordt de zinsnede “vermeld in artikel 39, 45, 53 en 57 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “vermeld in artikel 56, 66, 72, 76, 81, 89, 93, 104, 127, 129 en 146 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

Art. 156. Aan artikel 1410, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek, het laatst gewijzigd bij de wet van 27 december 2006, wordt een punt 12° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“12° de bedragen uit te keren of uitgekeerd aan gebruikers als tegemoetkomingen als vermeld in het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.”.

TITEL 2. — Wijzigingen van de wet van 26 maart 1971 op de bescherming van de oppervlaktewateren tegen verontreiniging

Art. 157. In artikel 35^{ter} van de wet van 26 maart 1971 op de bescherming van de oppervlaktewateren tegen verontreiniging, ingevoegd bij het decreet van 21 december 1990, vervangen bij het decreet van 25 juni 1992 en het laatst gewijzigd bij het decreet van 25 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 5, eerste lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood volgens het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”;

2° in paragraaf 5, zevende lid, wordt punt 3°/1 vervangen door wat volgt:

“3°/1 een attest, uitgereikt door een zorgkas als vermeld in artikel 2, eerste lid, 47°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, waaruit blijkt dat de heffingsplichtige, vermeld op het heffingsbilet, of een gezinslid het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood genoten heeft;”;

3° in paragraaf 6, eerste lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood volgens het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”;

4° in paragraaf 6, zevende lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° een attest, uitgereikt door een zorgkas als vermeld in artikel 2, eerste lid, 47°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, waaruit blijkt dat de betrokken fysieke persoon het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood genoten heeft.”.

TITEL 3. — Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor -geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Art. 158. In artikel 34, eerste lid, 4°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen bij de wet van 13 december 2006, wordt de zinsnede “wagentjes,” opgeheven.

Art. 159. In artikel 35, § 1, van dezelfde wet, het laatst gewijzigd bij de wet van 13 december 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid worden de zinsnede “4°, voor zover het de wagentjes betreft, en”, de zinsnede “4°, voor zover het om wagentjes gaat,” en de zin “Met betrekking tot de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°, voor zover het wagentjes betreft, kan de Koning aparte aannemingscriteria vaststellen wanneer het product verhuurd wordt aan de rechthebbende.” opgeheven;

2° het derde lid wordt opgeheven.

Art. 160. In artikel 69 van dezelfde wet, het laatst gewijzigd bij de wet van 25 december 2016, wordt paragraaf 4 opgeheven.

TITEL 4. — Wijzigingen van het decreet van 24 mei 2002 betreffende water bestemd voor menselijke aanwending

Art. 161. In artikel 16sexies van het decreet van 24 mei 2002 betreffende water bestemd voor menselijke aanwending, ingevoegd bij het decreet van 21 december 2007, vervangen bij het decreet van 11 december 2015 en gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood met toepassing van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”;

2° in paragraaf 1, zevende lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° een attest, uitgereikt door een zorgkas als vermeld in artikel 2, eerste lid, 47°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, waaruit blijkt dat de vrijstellingsgerechtigde, vermeld in het eerste of tweede lid, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood genoten heeft.”;

3° in paragraaf 3, eerste lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood met toepassing van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;”;

4° in paragraaf 3, vijfde lid, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° een attest, uitgereikt door een zorgkas als vermeld in artikel 2, eerste lid, 47°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, waaruit blijkt dat de tegemoetkomingsgerechtigde, vermeld in het eerste lid, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood genoten heeft.”.

TITEL 5. — Wijziging van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Art. 162. In artikel 16, eerste lid, van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, vervangen bij het decreet van 25 april 2014 en gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016, wordt de zinsnede “verstrek in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “als vermeld in artikel 4, eerste lid, 3°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

TITEL 6. — Wijzigingen van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact

Art. 163. In artikel 73bis, § 1, van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, ingevoegd bij de wet van 27 december 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt de bepaling “– de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, ingesteld bij de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap” opgeheven;

2° in het derde lid worden de woorden “de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en” opgeheven.

TITEL 7. — Wijziging van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers

Art. 164. In artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, gewijzigd bij de decreten van 20 april 2012, 29 juni 2012 en 15 juli 2016, worden tussen het derde en het vierde lid twee leden ingevoegd, die luiden als volgt:

“De commissie behandelt het bezwaar tegen de beslissing tot weigering, schorsing of intrekking van de erkenning van een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener als indicatiesteller, vermeld in artikel 67 of artikel 111 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, of tegen het voornemen om die beslissing te nemen.

De commissie behandelt het bezwaar tegen de beslissing tot weigering, schorsing of intrekking van de machtiging van een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 122 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, of tegen het voornemen om die beslissing te nemen.”.

TITEL 8. — Wijzigingen van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009

Art. 165. In het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, het laatst gewijzigd bij het decreet van 20 januari 2017, wordt een artikel 52/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 52/1. Met behoud van de toepassing van artikel 48 en tot een datum die de Vlaamse Regering bepaalt, kan de Vlaamse Regering, volgens de door haar bepaalde normen en binnen de perken van de begrotingskredieten, een bijkomende erkenning verlenen aan woonzorgcentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen opneemt.

Alle rust- en verzorgingstehuizen die voor 1 januari 2019 erkend zijn conform artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen worden van rechtswege beschouwd als woonzorgcentra met een bijkomende erkenning.”.

Art. 166. In hetzelfde decreet, het laatst gewijzigd bij het decreet van 20 januari 2017, wordt een artikel 52/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 52/2. Met behoud van de toepassing van artikel 48 en tot een datum die de Vlaamse Regering bepaalt, kan de Vlaamse Regering, volgens de door haar bepaalde normen en binnen de perken van de begrotingskredieten, een bijkomende erkenning verlenen aan dagverzorgingscentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen overdag opvangt en die de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving en aan dagverzorgingscentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die overdag personen opvangt die lijden aan een ernstige ziekte die aangepaste zorg vereist en die de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving.

Alle centra voor dagverzorging die voor 1 januari 2019 erkend zijn overeenkomstig artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, worden van rechtswege beschouwd als dagverzorgingscentra met een bijkomende erkenning.”.

TITEL 9. — Wijziging van de Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening van 15 mei 2009

Art. 167. In artikel 4.1.1, 18°, d), 2), van de Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening van 15 mei 2009, gewijzigd bij de decreten van 24 juni 2016 en 8 december 2017, wordt de zinsnede “zorgverzekeringstegemoetkoming, een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of een basisondersteuningsbudget als vermeld in artikel 4, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of een basisondersteuningsbudget als vermeld in artikel 4, eerste lid, 1°, 2° en 3°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

TITEL 10. — Wijziging van het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Art. 168. In artikel 12, vierde lid, van het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016, wordt de zinsnede “het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

TITEL 11. — Wijzigingen van het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg

Art. 169. In artikel 2 van het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 18° wordt de zinsnede “, vermeld in artikel 4 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “waarop de zorggebruiker aanspraak maakt in het kader van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”;

2° punt 25° wordt vervangen door wat volgt:

“25° zorgkas: een zorgkas die erkend is krachtens artikel 20 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming of de Vlaamse Zorgkas, vermeld in artikel 21 van het voormelde decreet;”.

TITEL 12. — Wijzigingen van het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap

Art. 170. In artikel 2, 12°, van 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 wordt de zinsnede “artikel 4 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “artikel 5 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

Art. 171. In artikel 4 van hetzelfde decreet, gewijzigd bij het decreet van 24 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, 3°, wordt de zinsnede “decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”;

2° in het tweede lid wordt de zinsnede “vermeld in artikel 2, 11°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “vermeld in artikel 2, eerste lid, 30°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

Art. 172. In artikel 7, eerste lid, van hetzelfde decreet, vervangen bij het decreet van 24 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 1° wordt de zinsnede “artikel 6 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “artikel 9 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”;

2° in punt 2° wordt de zinsnede “in artikel 15 of 18 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming” vervangen door de zinsnede “in artikel 18 of artikel 21 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

TITEL 13. — Wijziging van het decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Art. 173. In artikel 108, § 1, 8°, van het decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt de zinsnede “, Vlaamse sociale bescherming en zorgverzekering” vervangen door de woorden “en Vlaamse sociale bescherming”.

TITEL 14. — Wijziging van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het welzijns- en gezondheidsbeleid

Art. 174. In artikel 2, 10°, van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het welzijns- en gezondheidsbeleid wordt tussen het woord “zorgkassen” en de woorden “en de uitbetalingsactoren” de zinsnede “, de Zorgkassencommissie” ingevoegd.

TITEL 15. — Wijziging van het koninklijk besluit nr. 20 van 20 juli 1970 tot vaststelling van de tarieven van de belasting over de toegevoegde waarde en tot indeling van de goederen en de diensten bij die tarieven

Art. 175. In tabel A, XXIII, 5°, van het koninklijk besluit nr. 20 van 20 juli 1970 tot vaststelling van de tarieven van de belasting over de toegevoegde waarde en tot indeling van de goederen en de diensten bij die tarieven wordt de zinsnede “opgenomen in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering” opgeheven.

Deel 6. — Slotbepalingen**TITEL 1. — Opheffingsbepaling**

Art. 176. Het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gewijzigd bij het decreet van 12 mei 2017, wordt opgeheven.

TITEL 2. — Overgangsbepalingen

Art. 177. De bijdragen die verschuldigd zijn op basis van artikel 4, § 5, van het Zorgverzekeringsdecreet, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 82, 1°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, of op basis van artikel 30 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 176 van dit decreet, blijven verschuldigd.

De administratieve geldboete die opgelegd en verschuldigd is op basis van artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 176 van dit decreet, of op basis van artikel 21bis van het Zorgverzekeringsdecreet, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 82, 1°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, blijft verschuldigd.

Voor de toepassing van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van dit decreet, wordt een niet-betaling of een gedeeltelijke niet-betaling van de bijdrage in het kader van het decreet van 24 juni 2016, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 176 van dit decreet, of in het kader van het Zorgverzekeringsdecreet, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 82, 1°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, mee in rekening gebracht, met behoud van de toepassing van artikel 47, § 1, derde lid, van dit decreet.

Art. 178. De besluiten die genomen zijn ter uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming blijven van kracht tot ze door de stellers ervan worden opgeheven of tot de geldigheidsduur ervan verstrijkt.

Art. 179. De Vlaamse Regering bepaalt de overgangsmaatregelen voor de voorwaarden waaronder de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden van personen die zich niet bij de Vlaamse sociale bescherming konden aansluiten op basis van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van artikel 176 van dit decreet, verder wordt uitgevoerd in de vorm van de toekenning van een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

Art. 180. De Vlaamse Regering bepaalt de overgangsmaatregelen voor de voorwaarden waaronder de zorgverzekeringstegemoetkomingen van personen die zich niet langer bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten ten gevolge van de toepassing van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004, verder worden verleend in de vorm van de toekenning van een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

Art. 181. Tot op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum, moet 'zorgticket' worden gelezen als 'tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf'.

Art. 182. De Vlaamse Regering kan, voor elke pijler van de Vlaamse sociale bescherming, overgangsmaatregelen bepalen voor de aansluitingstermijn, vermeld in artikel 41, § 1, tweede en derde lid.

Art. 183. In het kader van de vergoeding van indicatiestellers conform artikel 108, § 2, vierde lid, kan de Vlaamse Regering overgangsmaatregelen bepalen voor de tijdelijke voortzetting van de toekenning van vergoedingen aan multidisciplinaire teams overeenkomstig revalidatieovereenkomsten voor het opstellen van multidisciplinaire functioneringsrapporten in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 184. De adviserend artsen voeren verder de controles uit conform artikel 153, § 1, eerste lid, 4), van de Ziekteverzekeringswet zolang geen beroep kan worden gedaan op de Zorgkassencommissie voor de uitvoering van de controles, vermeld in artikel 109, 145, § 2, 148, § 2, 150, § 2, en 152, § 2, van dit decreet.

Art. 185. De Vlaamse Regering kan overgangsmaatregelen bepalen voor de behandeling van dossiers in verband met tegemoetkomingen voor zorg in woonzorgcentra, dagverzorgingscentra of centra voor kortverblijf, voor revalidatie, voor geestelijke gezondheidszorg, voor thuiszorg of voor mobiliteitshulpmiddelen, die betrekking hebben op de periode vóór de inwerkingtreding van de betreffende bepalingen van dit decreet.

De Vlaamse Regering kan voorwaarden en procedures bepalen voor de behandeling van en de beslissing over de aanvragen, vermeld in het eerste lid en, in voorkomend geval, voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen. Daarvoor kan een overeenkomst worden gesloten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de verzekeringsinstellingen bedoeld in artikel 2, i), van de Ziekteverzekeringswet.

Art. 186. Voor de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° en 9°, van dit decreet, kan de Vlaamse Regering in maatregelen voorzien voor de overgang van uitgaven in dat kader door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering aan de verzekeringsinstellingen, vermeld in artikel 2, i), van de Ziekteverzekeringswet naar uitgaven in dat kader door het agentschap aan de zorgkassen.

TITEL 3. — Coördinatie

Art. 187. De Vlaamse Regering kan de bepalingen van dit decreet en de bepalingen van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het welzijns- en gezondheidsbeleid en, wat het basisondersteuningsbudget betreft, het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern zelfstandig agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en 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 coördineren, met inachtneming van de wijzigingen die daarin uitdrukkelijk of stilzwijgend zijn aangebracht tot aan het tijdstip van de coördinatie.

Daartoe kan de Vlaamse Regering:

1° de volgorde en de nummering van de te coördineren bepalingen veranderen en in het algemeen de teksten naar de vorm wijzigen;

2° de verwijzingen die voorkomen in de te coördineren bepalingen, met de nieuwe nummering overeenbrengen;

3° zonder afbreuk te doen aan de beginselen die in de te coördineren bepalingen vervat zijn, de redactie ervan wijzigen om ze onderling te doen overeenstemmen en eenheid in de terminologie te brengen;

4° in de bepalingen die niet in de coördinatie worden opgenomen, de verwijzingen naar de gecoördineerde bepalingen aanpassen en de redactie ervan wijzigen om eenheid in terminologie te brengen;

5° het opschrift van de coördinatie bepalen.

TITEL 4. — *Inwerkingtredingsbepaling*

Art. 188. De bepalingen van dit decreet treden in werking op 1 januari 2019, met uitzondering van artikel 4, 5°, 6°, 7° en 8°, artikel 7, artikel 34, eerste lid, 3°, artikel 38, tweede lid, wat de pijler vermeld in artikel 4, 7° betreft, de artikelen 55 en 56, artikel 58, derde lid, 2°, 3°, 4° en 5°, de artikelen 63 tot en met 72, artikel 95, artikel 96, de artikelen 97 tot en met 101 en artikel 136, waarvoor de Vlaamse Regering per bepaling de datum van inwerkingtreding bepaalt, en met uitzondering van artikel 139 dat in werking treedt de tiende dag na de bekendmaking van dit decreet in het *Belgisch Staatsblad*.

Artikel 140 tot en met 154 treden buiten werking op een door de Vlaamse Regering per bepaling vast te stellen datum.

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

Brussel, 18 mei 2018.

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

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

Nota

(1) *Zitting 2017-2018*

Stukken:

- Ontwerp van decreet : 1474 – Nr. 1.

- Amendementen : 1474 – Nr. 2.

- Verslag : 1474 – Nr. 3.

- Amendementen na indiening van het verslag : 1474 – Nr. 4.

- Tekst aangenomen door de plenaire vergadering : 1474 – Nr. 5.

Handelingen - Bespreking en aanneming: Vergadering van 2 mei 2018.

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2018/13215]

18 MAI 2018. — Décret relatif à la protection sociale flamande (1)

Le PARLEMENT FLAMAND a adopté et Nous, GOUVERNEMENT, sanctionnons ce qui suit:

Décret relatif à la protection sociale flamande

Partie 1^{re}. — Dispositions de base communes

TITRE 1^{er}. — *Disposition introductive*

Article 1^{er}. Le présent décret règle une matière communautaire, à l'exception des articles 157 et 161 qui concernent une matière régionale, et de l'article 176, qui concerne une matière communautaire et régionale.

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

TITRE 2. — *Définitions*

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

1° affiliation administrative : l'affiliation à une caisse d'assurance soins sans paiement de cotisation par des personnes qui ne sont pas concernées par la protection sociale flamande ou qui ne se sont pas affiliées à une caisse d'assurance soins de leur propre initiative et qui font toutefois appel aux soins qui font partie des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, 4° à 9° inclus ;

2° agence : l'« Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming » (Agence pour la protection sociale flamande), telle que visée à l'article 9 ;

3° règlement général sur la protection des données : règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

2° budget d'assistance de base : un montant tel que visé à l'article 2, 2°, du décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne ;

5° BelRAI : terme conteneur pour des outils d'évaluation scientifiquement fondés, basés sur le set d'outils international interRAI. Ce sont des outils d'évaluation validés pour cerner la situation de santé et de bien-être des usagers de façon standardisée et structurée dans le but de mettre en oeuvre un plan de soins et un monitoring de la qualité performant ;

6° contribution aux frais de logement et du coût de la vie : le paiement pour les services et les biens qui ont été effectués ou fournis par l'infrastructure de soins et qui ne sont pas couverts par le ticket de soins ni par la contribution des usagers ;

7° soins particuliers : les soins dans le cadre d'une revalidation ou dans le cadre de soins de santé mentale, qu'ils soient administrés ou non en dehors de la région de langue néerlandaise ou en dehors des structures de soins agréées par la Communauté flamande dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, pour lesquels, dans le cas concret, aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance belge soins de santé, en vertu des dispositions du présent décret, à l'exception de l'article 55 ou en vertu des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger ;

8° décret portant le financement qui suit la personne : 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 ;

9° caisse d'assurance soins agréée : une caisse d'assurance soins, créée par une instance telle que visée à l'article 18, qui a été agréée en vertu de l'article 19 ;

10° Commission d'experts : la Commission d'experts en soins spécialisés, telle que visée à l'article 39 ;

11° usager : toute personne physique qui fait appel ou qui peut faire appel à la protection sociale flamande, telle que visée à l'article 4 ;

12° contribution d'usager : une contribution financière dans les frais des soins, à charge de l'usager qui fait appel aux soins ou une cotisation de responsabilisation pour une aide à la mobilité ;

13° politique de santé : la politique relative à l'ensemble des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles pour lesquelles la Communauté flamande est compétente ;

14° ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health ; il concerne un cadre de notions, développé par l'Organisation mondiale de la Santé, qui permet de décrire le fonctionnement d'individus et d'éventuels problèmes que ceux-ci éprouvent lors de leur fonctionnement ;

15° TIC : technologies de l'information et de la communication ;

16° indicateur : l'organisation, l'infrastructure de soins ou le prestataire de soins, qui a été agréée pour appliquer des indications conformément aux conditions et procédures définies par le Gouvernement flamand ;

17° indication : l'évaluation des besoins en soins de l'usager afin de définir les objectifs en matière de soins ou le financement ou, en ce qui concerne les aides à la mobilité, afin de constater la réduction de la mobilité de l'usager pour que des aides à la mobilité et un financement adéquats puissent être définis ;

18° décret-cadre : le décret-cadre Politique administrative du 18 juillet 2003 ;

19° aidant proche : la personne physique qui partant d'un lien social ou émotionnel aide et soutient une ou plusieurs personnes à capacité d'autonomie réduite dans leur vie quotidienne, non pas dans une capacité professionnelle, mais avec une régularité plus qu'occasionnelle ;

20° aides à la mobilité : les aides qui ont été conçues pour soutenir la mobilité, telles les chaises roulantes, les cadres de marche, les tricycles orthopédiques, les systèmes de station debout, les coussins d'assise pour la prévention des escarres, les systèmes modulaires adaptables pour le soutien de la position assise et châssis et leurs ajustements. Une chaise roulante, un cadre de marche ou un tricycle orthopédique sont des aides qui ont été spécialement conçues pour aider des individus à se déplacer dans et au dehors de la maison ;

21° aide et services non médicaux : l'aide et l'assistance que des tiers offrent à une personne à autonomie réduite dans un contexte résidentiel, semi-résidentiel ou ambulatoire ;

22° : Directive sur les droits des patients : directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ;

23° budget qui suit la personne : l'ensemble d'interventions, tel que visé à l'article 58, comprenant un budget de soins, qui est payé en espèces, un ticket de soins qui est attribué à travers un droit de tirage ou une intervention pour des aides à la mobilité ;

24° pilier de la protection sociale flamande : une des différentes parties de la protection sociale flamande, visées à l'article 4 ;

25° revalidation : le traitement, le diagnostic ou le soutien qui est offert dans un hôpital de revalidation ou dans une structure de revalidation pour laquelle la Communauté flamande est compétente, conformément à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution ;

26° structure de revalidation : une infrastructure de soins autre qu'un hôpital de revalidation, qui offre de la revalidation, telle que visée au point 25° ;

27° hôpital de revalidation : une infrastructure de soins de santé dans laquelle des soins adéquats sont offerts aux patients dont l'état de santé exige une hospitalisation ou un séjour, dans le but de rétablir ou d'améliorer leur état de santé en luttant contre la maladie ou en revalidant le patient, comme visé à l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa premier, 3° et 4° de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles ;

28° chaise roulante : une voiturette manuelle, une voiturette électronique, un scooter électronique, une voiturette manuelle pour enfants ou une voiturette électronique pour enfants ;

29° système de station debout : un système de station debout est un équipement qui permet aux personnes souffrant d'une réduction grave ou totale de la station debout, de se tenir debout ;

30° intervention : un budget de soins, tel que visé à la partie 2, titre 2, un ticket de soins, tel que visé à la partie 2, titre 3 ou une intervention pour des aides à la mobilité, telle que visée à la partie 2, titre 4 ;

31° autorité de contrôle : l'autorité de contrôle, telle que visée à l'article 4, 21) du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

32° droit de tirage : le droit à un budget qui suit la personne qui est mis en oeuvre au moyen d'un paiement direct par la caisse d'assurance soins à l'infrastructure de soins ou au fournisseur d'aides à la mobilité agréés qui offrent des soins à l'usager ;

33° VAPH : la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées), créée par l'article 3 du décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » ;

34° autonomie réduite : une réduction des possibilités d'autosoins ;

35° règlement (CE) n° 883/2004 : le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

36° fournisseur d'aides à la mobilité : une personne qui est habilitée à vendre ou à louer des aides à la mobilité, conformément à l'article 122, sans préjudice de l'obligation d'agrément en vertu de l'article 72 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

37° représentant de l'usager : le représentant, tel que visé à l'article 23, § 2 ;

38°. « Vlaamse Zorgkas » : l'a.s.b.l. « Vlaamse Zorgkas », établie par le « Vlaams Zorgfonds » ;

39° politique en matière de bien-être : la politique en matière de l'aide aux personnes en ce qui concerne l'ensemble des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles pour lesquelles la Communauté flamande est compétente, à l'exception de la politique d'accueil et d'intégration des immigrés, telle que visée à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° de la loi spéciale susvisée ;

40° résider : être inscrit au registre de la population ou au registre des étrangers au être inscrit au registre d'attente pour des personnes âgées de moins de dix-huit ans ;

41° Décret sur les soins résidentiels : Décret sur les soins et le logement, tel que modifié par les décrets des 18 novembre 2011, 21 juin 2013, 15 juillet 2016, 22 décembre 2016 et 20 janvier 2017 ;

42° autosoins : les décisions et actions entreprises par une personne physique dans la vie quotidienne afin de répondre à ses besoins de base, et les activités y afférentes. Ces activités peuvent entre autres concerner l'exécution d'activités ménagères, le développement de contacts sociaux et la possibilité de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et dans l'espace ;

43° Loi sur l'assurance maladie : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

44° soins : toutes les formes de soins et de soutien, financées en exécution du présent décret, y compris la revalidation ;

45° besoin en soins : le besoin en soins d'un usager, établi de façon objective au moyen d'une indication ;

46° budget de soins : une intervention à dépenser à sa guise que la caisse d'assurance soins paie au client en espèces, pour payer des frais liés aux besoins en soins, allouée en application de la partie 2, titre 2, du présent décret ;

47° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée ou la " Vlaamse Zorgkas " ;

48° 'Zorgkassencommissie' : la commission des caisses d'assurance soins, telle que visée à l'article 33 ;

49° ticket de soins : l'intervention dans les frais des soins, dont la hauteur est définie sur la base des besoins en soins de l'usager, qui sont entre autres établis au moyen du BelRAI et qui sont payés par la caisse d'assurance soins sous forme d'un droit de tirage ;

50° prestataire de soins : toute personne physique offrant des soins à titre professionnel dans le cadre du présent décret ;

51° Décret sur l'assurance soins : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins ;

52° infrastructure de soins : un établissement de soins ou toute autre organisation, agréée par la Communauté flamande, en charge de l'organisation ou de la mise en oeuvre de soins dans le cadre de la politique de santé ou de bien-être ;

53° forme de soins : la manière dont l'aide et les services non médicaux sont fournis ; par une structure de soins résidentiels, une structure de soins non résidentiels, un prestataire de soins ou un aidant proche.

Le Gouvernement flamand peut élargir la définition des aides à la mobilité, telle que visée à l'alinéa premier, 20° avec d'autres aides dont l'objectif est de soutenir la mobilité.

TITRE 3. — *Champ d'application*

Art. 3. § 1^{er} La protection sociale flamande est d'application à toute personne résidant en région de langue néerlandaise.

La protection sociale flamande est d'application à toute personne résidant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

La protection sociale flamande n'est pas d'application à une personne, telle que visée aux alinéas premier et deux, à qui, en vertu des règles de désignation, visées dans le règlement (CE) n° 883/04, le système de sécurité sociale d'un autre état-membre de l'Union européenne, d'un autre état qui est signataire de l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse est d'application, à moins que cette personne ne s'affilie de sa propre initiative à une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 42, § 1^{er}, alinéa trois du présent décret.

La protection sociale flamande n'est pas d'application à une personne, telle que visée aux alinéas premier et deux, qui perçoit seulement une pension d'un ou de plusieurs autres états-membres de l'Union européenne autre(s) que la Belgique, d'un autre état que la Belgique qui est signataire de l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse, à moins que cette personne ne s'affilie de sa propre initiative à une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 42, § 1^{er}, alinéa trois du présent décret.

La protection sociale flamande n'est pas d'application à une personne, telle que visée aux alinéas premier et deux, qui en vertu du droit européen ou d'une convention ou protocole internationaux, n'est pas assujettie à la sécurité sociale belge, à moins que cette personne ne s'affilie de sa propre initiative à une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 42, § 1^{er}, alinéa trois, du présent décret.

§ 2. La protection sociale flamande est d'application à toute personne qui ne réside pas en Belgique et à laquelle s'applique, en raison de son emploi dans la région de langue néerlandaise, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation visées au règlement (CE) n° 883/04.

Toute personne habitant en région de langue française ou en région de langue allemande de la Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation de travailleurs ou à la liberté d'établissement, tels que garantis par le droit de l'Union européenne, et à laquelle s'applique, pour cause de son emploi dans la région de langue néerlandaise, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation du règlement (CEE) n° 883/04, relève du champ d'application de la protection sociale flamande.

Les dispositions du présent décret qui concernent les personnes visées au paragraphe 1^{er}, alinéa premier, s'appliquent par analogie aux personnes visées aux alinéas premier et deux du présent paragraphe.

La protection sociale flamande est d'application à toute personne qui ne réside pas en Belgique et à laquelle s'applique, en raison de son emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation visées au règlement (CE) n° 883/04.

La protection sociale flamande est d'application à toute personne résidant dans la région de langue française ou de langue allemande de la Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation de travailleurs ou à la liberté d'établissement, tels que garantis par le droit de l'Union européenne, et à laquelle s'applique en raison de son emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation visées au règlement (CE) n° 883/04.

Les dispositions du présent décret qui concernent les personnes visées au paragraphe 1^{er}, alinéa deux, s'appliquent par analogie aux personnes visées aux alinéas quatre et cinq du présent paragraphe.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, la protection sociale flamande n'est pas d'application aux personnes suivantes :

1° les étudiants étrangers autorisés de séjourner temporairement dans le Royaume, tels que visés à l'article 58 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

2° les membres de famille d'étudiants étrangers autorisés à séjourner temporairement dans le Royaume, visés à l'article 10bis de la loi précitée, à qui une autorisation temporaire de séjour a également été accordée ;

3° les chercheurs autorisés à séjourner temporairement dans le Royaume, tels que visés à l'article 61/10 de la loi précitée ;

4° les membres de famille des chercheurs autorisés à séjourner temporairement dans le Royaume, tels que visés à l'article 61/13 de la loi précitée, à qui une autorisation temporaire de séjour a également été accordée.

TITRE 4. — *Objet et principes généraux*

Art. 4. La protection sociale flamande a entre autres trait aux piliers suivants :

1° le budget des soins pour personnes en grande dépendance de soins ;

2° le budget des soins pour des personnes âgées nécessitant des soins ;

3° le budget d'assistance de base ;

4° les soins résidentiels aux personnes âgées ;

5° les soins de santé mentale, y compris la révalidation qui est en premier lieu axée sur les aspects psycho-sociaux ;

6° la révalidation qui est en premier lieu axée sur le rétablissement de fonctions physiques ;

7° l'aide à domicile ;

8° les soins transmuraux ;

9° les aides à la mobilité.

Le Gouvernement flamand arrête le contenu précis des piliers visés à l'alinéa premier.

Art. 5. La protection sociale flamande est une assurance sociale, dans le cadre de laquelle les droits qu'on peut y faire valoir, sont fonction du paiement d'une prime annuelle, telle que visée à l'article 45.

Art. 6. § 1^{er} La protection sociale flamande contribue aux soins et au soutien intégraux et à l'accroissement de l'autonomie et prend les besoins, demandes et objectifs de la personne présentant un besoin en soins et son milieu de vie direct et la poursuite de la qualité de la vie comme point de départ.

La protection sociale flamande a les objectifs suivants :

1° le renforcement de la personne présentant un besoin en soins par la préservation ou le regain maximum de son autonomie et de la régie des soins dont elle a besoin et par la promotion de son intégration ou réintégration dans la société ;

2° le soutien de l'aide proche et du reste du réseau de la personne présentant un besoin en soins ;

3° la réalisation des soins sur mesure, axés sur la demande, en assurant au maximum un financement personnalisé ;

4° la réalisation de l'accès financier à des soins de qualité ;

5° la réalisation de gains d'efficacité et de transparence pour le citoyen par la simplification, la numérisation et l'intégration de différentes interventions en vue d'un accès plus aisé aux droits aux interventions et aux soins ;

6° une évaluation objective, uniforme et accessible à tous du besoin en soins ;

7° la réalisation d'un instrument d'évaluation unique pour des personnes présentant un besoin en soins ;

8° l'accès à un guichet unique pour toutes les questions relatives aux dossiers et aux droits auprès de la caisse d'assurance soins, en ce qui concerne les interventions dans le cadre de la protection sociale flamande ;

9° la réalisation de la continuité dans les soins et au besoin, des soins persistants, entre autres par le financement lié à l'organisation, qui est complémentaire au financement qui suit la personne des soins.

Pour l'application de l'alinéa deux, il faut entendre par 'soins persistants' : les soins que l'on n'a pas demandés, offerts dans un souci de prise en charge, axés sur l'amélioration de la qualité de vie et sur le fonctionnement ou sur la prévention de dérangements, offerts aux personnes qui elles-mêmes ou, dans le cas d'enfants et de jeunes, dont l'entourage évitent l'administration de soins de façon préoccupante.

§ 2. Au début de chaque législature, le Gouvernement flamand établit une estimation pluriannuelle indicative pour ce qui concerne les piliers de la protection sociale flamande pour lesquels l'offre disponible a été programmée, sur la base d'une analyse de l'évolution des besoins en soins et en tenant compte des marges budgétaires. Le Gouvernement flamand soumet cette estimation pluriannuelle indicative pour discussion au Parlement flamand.

Le Gouvernement flamand soumet un rapport d'avancement annuel pour discussion au Parlement flamand. Ce rapport d'avancement explique la façon dont le Gouvernement flamand donne exécution à l'estimation pluriannuelle indicative dans les limites des budgets disponibles et sur la base d'une analyse des besoins objectivés.

L'estimation pluriannuelle indicative est débattue pour avis au sein du "Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin", tel que visé à l'article 3 du décret du 29 juin 2018 portant création du "Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin".

Art. 7. Le financement dans le cadre de la protection sociale flamande comprend deux catégories :

1° le financement lié aux soins, qui suit la personne ;

2° le financement lié à l'organisation.

Art. 8. Les interventions de la protection sociale flamande sont accordées automatiquement, à moins que cela ne s'avère impossible. Dans ce dernier cas, le Gouvernement flamand peut arrêter que l'intervention est accordée sur demande.

TITRE 5. — Organisation de la protection sociale flamande

CHAPITRE 1^{er}. — L' "Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming"

Section 1^{re}. — Création de l' "Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming"

Art. 9. Il est créé une agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique "Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming", qui est le successeur de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique "Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming", telle que visée à l'article 6, alinéa premier, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 176 du présent décret, avec reprise de tous les droits et obligations.

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

Les dispositions du décret-cadre s'appliquent à l'agence, à l'exception de l'article 4, § 2, alinéa premier, 1^o, l'article 6, § 3, et à l'exception des articles 24 et 25, en ce qui concerne le fonds de réserve, tel que visé à l'article 16 du présent décret.

Section 2. — Mission et tâches

Art. 10. L'agence a pour mission de mener une politique active, orientée sur la promotion de l'autonomie, en tenant compte des besoins et de la propre régie de l'utilisateur, et de ses chances de prendre pleinement part à la société.

L'agence vise à garantir l'accessibilité financière des soins et poursuit la maîtrise des dépenses publiques à long terme.

Dans la mise en oeuvre de sa mission, l'agence part du droit de chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine, tel que mentionné à l'article 23 de la Constitution.

Art. 11. La tâche clé de l'agence comprend les éléments suivants :

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

2^o rendre les caisses d'assurance soins financièrement responsables et y exercer un contrôle, avec maintien de l'application du contrôle par la Banque nationale de Belgique, l'Autorité des Services et Marchés financiers (FSMA) et de l'Office de contrôle des mutualités (OCM) et des unions nationales de mutualités ;

3^o organiser le diagnostic du besoin en soins et l'établissement de l'autonomie réduite de manière uniforme, objective et de qualité et y organiser le contrôle ;

4^o fournir des subventions aux caisses d'assurance soins de manière objective et transparente, en portant une attention particulière à la gestion efficace et rigoureuse des moyens publics ;

5^o élaborer une plateforme numérique en coopération avec les caisses d'assurance soins et gérer les données ;

6^o constituer et gérer des réserves financières pour couvrir les obligations de dépenses futures.

Art. 12. Dans le cadre de la mission et des tâches de l'agence, le Gouvernement flamand peut attribuer des tâches spécifiques à l'agence.

Art. 13. L'agence accomplit les tâches visées aux articles 11 et 12, en cohérence avec la politique en matière de bien-être et de santé menée par la communauté flamande.

Section 3. — Administration et fonctionnement

Art. 14. Le Gouvernement flamand règle le fonctionnement et la gestion de l'agence. Par dérogation à l'article 6, § 3, du décret cadre, il peut charger la direction d'une agence autonomisée interne du domaine politique de la direction générale, du fonctionnement et de la représentation de l'agence. Le cas échéant, le plan d'entreprise, visé à l'article 5/1 du décret cadre, fera partie du plan d'entreprise de l'agence autonomisée interne que gère l'agence.

Section 4. — Financement et fonds de réserve

Art. 15. § 1^{er} L'agence dispose des moyens suivants :

1^o les dotations ;

2^o les primes solidaires des personnes affiliées aux caisses d'assurance soins ;

3^o les produits des placements du fonds de réserve, visé à l'article 16 ;

4^o les dons et des legs ;

5^o tous les autres moyens utiles dans le cadre de l'objectif de l'agence et qui reviennent à l'agence en vertu de dispositions légales, décrétales ou réglementaires.

L'agence peut accepter des dons et des legs.

§ 2. Les dotations visées au paragraphe 1^{er}, premier alinéa, 1^o, sont versées chaque année avant une date que le Gouvernement flamand arrête. Le Gouvernement flamand arrête les modalités pour le paiement des dotations.

Les dotations, telles que visées au paragraphe 1^{er}, alinéa premier, 1^o, sont calculées pour chaque année budgétaire sur la base d'un certain nombre de paramètres, parmi lesquels figurent :

1^o le nombre et la somme des dépenses accordées pendant l'année précédente, et l'évolution attendue des dépenses ;

2^o l'ampleur des primes visées au paragraphe 1^{er}, premier alinéa, 2^o ;

3^o les moyens et les produits de placements du fonds de réserve, visés au paragraphe 1^{er}, premier alinéa, 3^o ;

4^o les marges budgétaires disponibles pour l'année budgétaire.

§ 3. L'ampleur des dépenses, visées au paragraphe 2, alinéa deux, 1^o, est calculée sur la base d'un certain nombre de paramètres, parmi lesquels figurent :

- 1^o le nombre d'usagers ;
- 2^o le profil de soins des usagers ;
- 3^o le revenu du ménage des usagers, dans le cas d'un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, tel que visé à la partie 2, titre 2, chapitre 3 ;
- 4^o la composition du ménage de l'utilisateur, dans le cas d'un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, tel que visé à la partie 2, titre 2, chapitre 3 ;
- 5^o les frais de fonctionnement ;
- 6^o les frais des infrastructures de soins, liés à l'organisation.

L'ampleur des primes, visées au paragraphe 1^{er}, alinéa premier, 2^o, est calculée sur la base d'un certain nombre de paramètres, parmi lesquels figurent :

- 1^o le nombre de membres ;
- 2^o le nombre de membres ayant droit à l'intervention majorée dans l'assurance maladie, visée à l'article 37, § 19, de la Loi sur l'assurance maladie.

§ 4. Le Gouvernement flamand arrête les modalités pour la gestion des produits de placements, visés au paragraphe 1^{er}, alinéa premier, 3^o.

Les moyens peuvent être affectés dans un système de capitalisation, dans un système de répartition ou dans un système mixte de capitalisation et de répartition. Le mode d'affectation peut en plus varier par pilier de la protection sociale flamande.

Art. 16. Le Gouvernement flamand est autorisé à constituer un fonds de réserve au niveau de l'agence, pour le budget des soins pour les personnes en grande dépendance de soins, visé à l'article 4, alinéa 1^{er}, 1^o.

Les moyens dans un fond de réserve peuvent être affectés à la sauvegarde de la couverture des budgets de soins pour personnes en grande dépendance de soins.

L'alimentation du fonds de réserve est conditionnée à son autorisation par décret dans le budget annuel. Cette autorisation d'alimentation ne peut concerner que la partie des crédits de dépenses qui est accordée dans le budget à l'agence pour la protection sociale flamande et qui n'est pas utilisée pendant l'année budgétaire elle-même.

Section 5. — Comité consultatif

Art. 17. Au sein de l'agence il est créé un comité consultatif qui émet des avis à la demande du chef de l'agence. Le comité consultatif prend également lui-même l'initiative d'émettre des avis sur toutes les matières importantes pour les tâches de l'agence.

Le comité consultatif est composé d'une représentation des catégories sociales suivantes du domaine politique :

- 1^o huit représentants des clients, des patients et des aidants proches ;
- 2^o six représentants des caisses d'assurance soins ;
- 3^o six représentants des partenaires sociaux flamands ;
- 4^o six représentants des structures et des prestataires de soins ;
- 5^o six experts indépendants qui ont une compétence particulière au niveau de la protection sociale.

Le président est nommé parmi les experts indépendants qui ont une compétence particulière au niveau de la protection sociale.

Le président, les représentants et les experts indépendants sont nommés par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités de la composition du comité consultatif et peut fixer une indemnité pour les membres dudit comité. Le Gouvernement flamand nomme les membres pour une période de cinq ans.

Le comité consultatif établit un règlement d'ordre intérieur et le soumet à l'approbation du Gouvernement flamand. Ce règlement d'ordre intérieur définit le fonctionnement pratique, la déontologie, la mission d'information et d'établissement de rapports du comité, et la nature des dossiers et des rapports qui sont soumis au comité consultatif.

CHAPITRE 2. — Les caisses d'assurance soins

Section 1^{re}. — Caisses d'assurance soins agréées

Art. 18. Pour être agréée, une caisse d'assurance soins doit être établie par les instances suivantes :

1^o par les unions nationales des mutualités ou par toutes les mutualités dont le siège administratif est situé en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale ou par au moins quatre mutualités dont le siège administratif est situé en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, via une société mutualiste, qui est assujettie à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, qui sont actives sur tout le territoire de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

2^o par la Caisse des Soins de Santé, visée à l'article 6 de la loi sur l'assurance maladie ;

3^o par les entreprises d'assurances qui relèvent de l'application de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, et qui sont actives dans l'ensemble du territoire de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

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

Art. 19. Pour être agréée, une caisse d'assurance soins doit remplir les conditions suivantes :

1^o être établie comme une personne morale de droit privé qui accomplit ses tâches sans but lucratif et qui, à l'égard des instances visées à l'article 18 et à l'égard de l'agence, est gérée de manière complètement séparée au niveau de la comptabilité et des moyens financiers. La caisse d'assurance soins justifie la manière dont les moyens, y compris les moyens en personnel, sont affectés et fait preuve d'une transparence totale concernant le personnel et l'affectation du personnel. Le Gouvernement flamand peut arrêter des modalités à cet effet ;

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

3° accepter toute demande d'affiliation, telle que visée à l'article 42, à moins qu'une disposition légale ou décréte ne l'empêche ;

4° traiter toute demande valablement introduite selon les modalités fixées par le présent décret et ses arrêtés d'exécution, et observer une interdiction totale de sélection de risque ;

5° ne pas mener d'activités autres que celles visées à l'article 22, à moins que ces activités ne soient étroitement liées aux activités menées dans le cadre de la protection sociale flamande ;

6° ne pas offrir ou octroyer, ni directement, ni indirectement, d'autres assurances, interventions ou avantages qui sont associés à l'affiliation visée à l'article 42, ou aux interventions dans le cadre de la protection sociale flamande ;

7° assurer l'exécution des interventions dans tous les piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4 ;

8° installer une fonction de médiation conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand, entre autres pour le traitement de plaintes des personnes qui sont affiliées à la caisse d'assurance soins.

Le Gouvernement flamand arrête les règles pour l'attribution, le refus, la prolongation éventuelle, la suspension et le retrait de l'agrément. Le Gouvernement flamand règle la durée de l'agrément.

Art. 20. Le Gouvernement flamand agrée la caisse d'assurance soins.

Les caisses d'assurance soins agréées en exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande sont transformées en et agréées de plein droit comme des caisses d'assurance soins dans le cadre du présent décret.

Section 2. — La " Vlaamse Zorgkas "

Art. 21. § 1^{er}. L'a.s.b.l. « Vlaamse Zorgkas » est instituée de plein droit comme caisse d'assurance soins au sens du présent décret. Elle fonctionne comme caisse auxiliaire pour quiconque doit obligatoirement s'affilier et ne l'a pas fait endéans le délai, visé à l'article 42.

§ 2. L'assemblée générale de la « Vlaamse Zorgkas » compte au moins cinq membres effectifs. Les statuts de la « Vlaamse Zorgkas » règlent la désignation des membres effectifs. Les membres effectifs sont des représentants de l'administration flamande, d'un ministre flamand ou de la " Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten ".

Les statuts de la « Vlaamse Zorgkas » règlent le fonctionnement de l'assemblée générale.

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

Le fonctionnement et la composition du conseil d'administration sont régis par les statuts de la « Vlaamse Zorgkas ».

§ 4. Les statuts de la « Vlaamse Zorgkas » règlent la gestion journalière.

§ 5. Un réviseur d'entreprise est nommé commissaire. Celui-ci exerce le contrôle sur la « Vlaamse Zorgkas ». Les statuts de la « Vlaamse Zorgkas » règlent la nomination, la démission et les tâches du réviseur d'entreprise.

§ 6. Le Gouvernement flamand est autorisé à mettre du personnel à la disposition de la « Vlaamse Zorgkas ».

Section 3. — Missions

Art. 22. Une caisse d'assurance soins remplit les missions suivantes :

1° la caisse d'assurance soins agit comme guichet unique pour toute question concernant les dossiers et les droits relatifs à la protection sociale flamande ;

2° elle examine les demandes et décide des interventions conformément aux dispositions du présent décret et de ses arrêtés d'exécution ;

3° elle assure la mise en œuvre des interventions conformément aux dispositions du présent décret et de ses arrêtés d'exécution ;

4° elle enregistre les données relatives aux affiliations, aux demandes et aux interventions, et fait rapport à l'agence ;

5° elle recouvre les primes des affiliés, conformément à l'article 45 ;

6° elle gère, le cas échéant, ses réserves financières, telles que visées à l'article 27.

Les caisses d'assurance soins disposent des données des usagers affiliés qui sont nécessaires à l'exercice de leurs tâches.

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

Art. 23. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins peut, de sa propre initiative, rassembler toutes les informations manquantes pour pouvoir évaluer les droits de l'utilisateur. La caisse d'assurance soins peut ainsi procéder ou faire procéder à des enquêtes complémentaires, et demander certaines informations manquantes à l'utilisateur lui-même ou à son représentant.

La caisse d'assurance soins ne peut faire appel à l'utilisateur ou à son représentant que si elle ne peut obtenir les informations manquantes d'une autre manière, dans le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée et de la réglementation relative à la protection de personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

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

§ 2. Le représentant de l'utilisateur est une personne physique qui agit en lieu et place de l'utilisateur pour toutes les démarches que l'utilisateur est censé effectuer afin d'obtenir des interventions dans le cadre de la protection sociale flamande.

Le Gouvernement flamand détermine quelles personnes sont habilitées à agir comme représentants d'un usager sans procuration.

Art. 24. Les décisions de la caisse d'assurance soins concernant le dossier de l'utilisateur sont portées à la connaissance de l'utilisateur ou de son représentant avec mention des possibilités et modalités de recours.

Le délai d'introduction du recours ne commence que si les possibilités et les modalités de recours sont mentionnées.

Les décisions de la caisse d'assurance soins relatives au dossier de l'utilisateur qui portent sur les tickets de soins et les interventions pour les aides à la mobilité sont également portées à la connaissance de l'infrastructure de soins concernée ou de celle du fournisseur d'aides à la mobilité concerné.

Art. 25. Dans le cadre de leurs missions, telles que visées à l'article 22, alinéa premier, 1°, les caisses d'assurance soins peuvent agir en droit, en défense des droits individuels des usagers affiliés à la caisse d'assurance soins après l'accord exprès de l'utilisateur concerné ou de son représentant ou en défense des intérêts collectifs des usagers affiliés à la caisse d'assurance soins.

Les actes des caisses d'assurance soins ne portent pas préjudice aux droits des usagers ou de leurs représentants de porter eux-mêmes l'affaire en justice ou d'intervenir eux-mêmes dans le procès.

Section 4. — Subvention

Art. 26. Une caisse d'assurance soins reçoit annuellement et par pilier de la protection sociale flamande une subvention, fixée par l'agence sur la base :

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

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

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

Le Gouvernement flamand arrête les conditions de l'établissement et du paiement des subventions et de l'équilibre financier. Celles-ci concernent la transparence, la responsabilisation financière et une offre de services de qualité.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions pour le recouvrement des subventions qui divergent de ou complètent les dispositions en exécution de l'article 57 du décret du 8 juillet 2011 réglant le budget, la comptabilité, l'attribution de subventions et le contrôle de leur utilisation, et le contrôle par la Cour des Comptes.

Art. 27. Le Gouvernement flamand peut charger les caisses d'assurance soins de la gestion financière des réserves selon les règles qu'il arrête.

Section 5. — Plateforme numérique

Art. 28. L'agence est responsable de l'élaboration d'une plateforme numérique pour la protection sociale flamande ainsi que des différentes applications relatives à la protection sociale flamande qui sont utilisées communément. Les caisses d'assurance soins sont associées par l'agence au développement de l'application centrale commune.

A cette fin, une commission d'accompagnement stratégique se penchant sur les TIC dans le domaine de la protection sociale flamande ("Strategische Begeleidingscommissie VSB – ICT") est établie au sein de l'agence, associant des experts des caisses d'assurance soins et de l'agence. La gestion de la "Strategische Begeleidingscommissie" est effectuée par l'agence.

La "Strategische Begeleidingscommissie", telle que visée à l'alinéa deux, est chargée des missions suivantes :

1° donner des avis relatifs à l'architecture de la plateforme numérique de la protection sociale flamande, relatifs à l'architecture des applications communes de la protection sociale flamande et des TIC et relatifs aux projets TIC communs à réaliser à cet effet au ministre compétent ;

2° valider les requis entreprise ;

3° valider les analyses fonctionnelles et techniques des applications communes de la protection sociale flamande et des TIC ;

4° contrôler la consistance entre les divers projets relatifs à la protection sociale flamande et aux TIC ;

5° faire le suivi des projets communs de la protection sociale flamande et des TIC.

Le Gouvernement flamand peut confier des missions supplémentaires à la "Strategische Begeleidingscommissie".

CHAPITRE 3. — Contrôle

Art. 29. Le contrôle sur les interventions dans le cadre du présent décret et de ses arrêtés d'exécution, et sur leur mise en oeuvre par les caisses d'assurance soins est organisé par le Gouvernement flamand.

Art. 30. Les caisses d'assurance soins présentent annuellement à l'agence un rapport comptable de toutes les opérations, selon les conditions formelles arrêtées par le Gouvernement flamand.

Art. 31. Le Gouvernement flamand présente le budget de l'agence pour l'année suivante au Parlement flamand annuellement.

Art. 32. Le Gouvernement flamand fait un rapport exhaustif sur les recettes et dépenses et sur le fonctionnement de l'agence durant l'année budgétaire écoulée à l'attention du Parlement flamand, avant le 30 septembre de chaque année.

CHAPITRE 4. — La Commission des caisses d'assurance soins ("Zorgkassencommissie")

Art. 33. Une "Zorgkassencommissie" interdisciplinaire est créée auprès de l'agence.

Art. 34. La "Zorgkassencommissie" est chargée des tâches suivantes :

1° le contrôle sur les indications, telles que visées à l'article 66 et à l'article 109, à l'exception des cas dans lesquels appel est fait à un fournisseur de services externe ;

2° le contrôle sur l'évaluation par le fournisseur d'aides à la mobilité de l'aide requise et sur sa fourniture ;

3° le contrôle a posteriori des infrastructures de revalidation et des hôpitaux de revalidation selon les paramètres tels que définis par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand peut charger la "Zorgkassencommissie" de tâches supplémentaires.

Art. 35. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête la composition de la "Zorgkassencommissie".

Les membres de la "Zorgkassencommissie" sont :

1° des professionnels des soins de santé, tels que visés dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

2° titulaires d'un diplôme de bachelier ou de master en travail social ou équivalents par expérience.

Il peut être fait appel pour la composition de la "Zorgkassencommissie" à des médecins-conseils et à d'autres experts actifs auprès des mutualités, pour autant qu'ils soient experts dans le secteur de la santé et du bien-être.

Il peut également être fait appel à d'autres personnes actives dans le secteur de la santé et du bien-être.

§ 2. La composition de la "Zorgkassencommissie" peut varier conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand. La composition peut entre autres dépendre de la tâche respective de la "Zorgkassencommissie" et de la complexité du dossier.

La "Zorgkassencommissie" est organisée de façon régionale en différentes équipes. Les dossiers sont attribués au hasard.

Une liste reprenant les noms des membres de la "Zorgkassencommissie" est établie auprès de l'agence annuellement. Les personnes qui deviennent membres de la "Zorgkassencommissie" pendant l'année en cours, sont ajoutées à la liste sans délai. Les personnes qui cessent d'être membres de la "Zorgkassencommissie" pendant l'année en cours, sont supprimées de la liste sans délai.

Art. 36. Le Gouvernement flamand arrête l'organisation et les règles de fonctionnement de la "Zorgkassencommissie". L'agence est chargée du soutien administratif et de la gestion de la "Zorgkassencommissie".

Le Gouvernement flamand arrête le statut et l'indemnité des membres de la "Zorgkassencommissie" et fixe les incompatibilités, parmi lesquelles figure l'interdiction pour les membres de la "Zorgkassencommissie" d'être mis à l'emploi dans une infrastructure de soins, d'agir en qualité de fournisseur d'aides à la mobilité ou d'assumer des mandats au sein d'une infrastructure de soins ou auprès d'une personne morale qui produit ou fournit des aides à la mobilité.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions de qualité à l'égard des membres de la "Zorgkassencommissie", entre autres en matière de formation ou de recyclage.

Art. 37. § 1^{er}. La "Zorgkassencommissie" dispose des données des usagers qui sont nécessaires à l'exercice de ses tâches. Ces données ont entre autres trait aux indications et aux interventions y afférentes qui lui ont été soumises à des fins de contrôle, conformément à l'article 34, alinéa premier, 1°.

§ 2. Les membres de la "Zorgkassencommissie" sont tenus à l'obligation de secret concernant les données dont ils prennent connaissance pendant l'exercice de leur mission et qui s'y rapportent.

Toute infraction à ce paragraphe est passible d'une amende comprise entre cent et mille euros.

CHAPITRE 5. — *Commissions consultative sectorielles*

Art. 38. Le Gouvernement flamand peut établir des commissions consultatives sectorielles auprès de l'agence. La tâche de celles-ci est de pourvoir le ministre compétent d'avis sur la politique et la réglementation régissant les secteurs auxquels les piliers de la protection sociale flamande se rapportent.

Une commission, telle que visée à l'alinéa premier, est au moins établie pour les piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4°, 5°, 6° et 7°.

Le Gouvernement flamand arrête la composition, l'organisation et les règles de fonctionnement des commissions consultatives sectorielles.

Le Gouvernement flamand arrête le statut et la rémunération des membres des commissions consultatives sectorielles et définit les incompatibilités.

CHAPITRE 6. — *La "Expertencoömissie gespecialiseerde zorg" (commission d'experts des soins spécialisés)*

Art. 39. § 1^{er}. Une "Expertencoömissie gespecialiseerde zorg" interdisciplinaire est créée auprès de l'agence.

Le Gouvernement flamand arrête la composition, l'organisation et les règles de fonctionnement de la commission d'experts. La composition de la "commission d'experts" peut varier conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand. La composition peut entre autres dépendre de la tâche respective de la commission d'experts.

Le Gouvernement flamand arrête le statut et l'indemnité des membres de la commission d'experts et fixe les incompatibilités, parmi laquelle figure l'interdiction pour les membres de la "Expertencoömissie" d'être mis à l'emploi dans une infrastructure de soins ou d'assumer des mandats au sein d'une infrastructure de soins.

L'agence est chargée du soutien administratif et de la gestion de la "Expertencoömissie".

§ 2. La "Expertencoömissie" dispose des données des usagers qui sont nécessaires à l'exercice de ses tâches.

§ 3. Les membres de la "Expertencoömissie" sont tenus à l'obligation de secret concernant les données dont ils prennent connaissance pendant l'exercice de leur mission et qui s'y rapportent.

Toute infraction à ce paragraphe est passible d'une amende comprise entre cent et mille euros.

Art. 40. La "Expertencoömissie" est entre autres chargée des tâches suivantes :

1° donner un avis conforme en vue de l'octroi par la caisse d'assurance soins des autorisations préalables aux usagers conformément au règlement (CE) n° 883/2004 ;

2° donner un avis conforme en vue de l'octroi par la caisse d'assurance soins des autorisations préalables pour des soins planifiés dans un état-membre de l'Union européenne autre que la Belgique, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, conformément à la directive 2011/24/UE ;

3° donner un avis conforme en vue de la prise de décisions par la caisse d'assurance soins portant sur des demandes d'interventions pour des soins particuliers, tels que visés à l'article 55 du présent décret ;

4° donner des avis sur les programmes de traitement au ministre compétent en dialogue avec la commission consultative sectorielle concernée, telle que visée à l'article 38 du présent décret.

Le Gouvernement flamand peut charger la " *Expertencoïmissie* " de tâches supplémentaires.

TITRE 6. — *Obligations de l'usager*

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions générales*

Art. 41. § 1^{er}. Pour faire valoir son droit à une intervention dans le cadre du présent décret, l'usager doit :

1° être affilié à une caisse d'assurance soins conformément aux dispositions de l'article 42 du présent décret ;

2° au moment de l'exécution de l'intervention, séjourner légalement dans un État membre de l'Union européenne ou dans un des états apparentés en vertu du Règlement (CE) n° 883/2004, parmi lesquels figurent l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège ou la Suisse ;

3° remplir les conditions d'application du pilier respectif de la protection sociale flamande ;

4° pour ce qui concerne le droit à un budget de soins, résider de façon ininterrompue en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale pendant au moins cinq ans précédant l'ouverture du droit à l'intervention conforme au présent décret ou être affilié à l'assurance sociale de façon ininterrompue pendant au moins cinq ans dans les États membres de l'Union européenne ou dans les autres États parties à l'Espace économique européen ou en Suisse. Cette condition ne s'applique pas aux enfants jusqu'à l'âge de dix-huit ans, pour la durée entière de l'exécution des interventions et pour la durée de leur prolongation éventuelle.

L'usager, visé à l'article 3, § 1^{er}, alinéas deux et cinq et à l'article 3, § 2, alinéa cinq, qui, à partir du moment où il pouvait s'affilier, ne s'est pas affilié de sa propre initiative auprès d'une caisse d'assurance soins dans un délai à arrêter par le Gouvernement flamand, doit être affilié de manière ininterrompue auprès d'une caisse d'assurance soins ou être socialement assuré dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique ou dans un état autre que la Belgique partie à l'Espace économique européen ou en Suisse pendant au moins cinq ans précédant l'ouverture du droit à une intervention conforme au présent décret.

L'usager, visé à l'article 3, § 1^{er}, alinéas trois et quatre et à l'article 3, § 2, alinéa quatre, qui, à partir du moment où il pouvait s'affilier, ne s'est pas affilié de sa propre initiative auprès d'une caisse d'assurance soins dans un délai à arrêter par le Gouvernement flamand, doit être affilié de manière ininterrompue auprès d'une caisse d'assurance soins ou être socialement assuré dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique ou dans un état autre que la Belgique partie à l'Espace économique européen ou en Suisse pendant au moins cinq ans précédant l'ouverture du droit à un budget soins conforme au présent décret.

Le délai de l'affiliation ininterrompue, visé aux alinéas deux et trois, est également appliqué après un déménagement ou une interruption de l'affiliation, si l'usager remplit une des conditions suivantes à la date de l'ouverture du droit à l'intervention :

1° relever volontairement du champ d'application de la protection sociale flamande ;

2° relever obligatoirement du champ d'application de la protection sociale flamande et résider dans une infrastructure de soins agréée par la Communauté flamande qui est située dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

En vue de l'ouverture du droit de l'usager, tel que visé à l'article 3, § 1^{er}, alinéas deux et cinq, et à l'article 3, § 2, alinéa cinq, à l'octroi d'un ticket de soins ou d'une intervention pour des aides à la mobilité, le délai de l'affiliation ininterrompue, telle que visée à l'alinéa deux, peut sous des conditions telles qu'arrêtées par le Gouvernement flamand, être remplacé par le paiement par l'usager d'un montant arrêté par le Gouvernement flamand, sur la base de la période dans laquelle l'usager ne s'est pas affilié alors qu'il en avait la possibilité. Ce montant est majoré d'un montant qui correspond au montant de l'amende administrative, telle que visée à l'article 47, § 1^{er}. L'article 47 s'applique par analogie à cet alinéa.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les règles supplémentaires pour les conditions relatives à l'éligibilité aux droits dans le cadre du présent décret.

CHAPITRE 2. — *Affiliation à une caisse d'assurance soins*

Art. 42. § 1^{er}. Toute personne telle que visée à l'article 3, § 1^{er}, alinéa premier, qui habite en région de langue néerlandaise, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins à partir d'un âge à arrêter par le Gouvernement flamand. Toute personne non affiliée à une caisse d'assurance soins dans un délai à arrêter par le Gouvernement flamand, sera d'office affiliée à la « *Vlaamse Zorgkas* » (Caisse flamande d'Assurance Soins). La personne concernée en sera informée sans délai et par écrit. Cette affiliation prend fin si la personne concernée s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix.

Toute personne telle que visée à l'article 3, § 1^{er}, alinéa deux, qui habite en région bilingue de Bruxelles-Capitale, peut s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins à partir de l'âge visé à l'alinéa premier.

Toute personne telle que visée à l'article 3, § 1^{er}, alinéas trois, quatre et cinq, peut s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins à partir de l'âge visé à l'alinéa premier.

§ 2. Toute personne, telle que visée à l'article 3, § 2, alinéa premier, du présent décret, qui n'habite pas en Belgique et à laquelle s'applique, pour cause de son emploi dans la région de langue néerlandaise, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation, telles que visées dans le règlement (CE) n° 883/2004, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins à partir de l'âge visé au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

Toute personne telle que visée à l'article 3, § 2, alinéa deux, qui habite en région de langue française ou en région de langue allemande de Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation de travailleurs ou à la liberté d'établissement, tels que garantis par le droit de l'Union européenne, et à laquelle s'applique pour cause de son emploi dans la région de langue néerlandaise, le régime de sécurité sociale en Belgique sur la base des règles de désignation, visées au règlement (CE) n° 883/2004, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins à partir de l'âge, visé au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

Toute personne telle que visée à l'article 3, § 2, alinéa quatre, du présent décret, qui n'habite pas en Belgique et à laquelle s'applique, pour cause de son emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation, telles que visées au règlement (CE) n° 883/2004, peut s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins à partir de l'âge visé au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

Toute personne telle que visée à l'article 3, § 2, alinéa cinq, du présent décret, qui habite dans la région de langue française ou dans la région de langue allemande de Belgique, et qui a fait valoir son droit à la libre circulation de travailleurs ou à la liberté d'établissement, tels que garantis par le droit de l'Union européenne, et à laquelle s'applique

pour cause de son emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le régime de sécurité sociale de la Belgique sur la base des règles de désignation, telles que visées au règlement (CE) n° 883/2004, peut s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins à partir de l'âge, visé au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

§ 3. Toute personne telle que visée aux paragraphes 1^{er} et 2 qui, après un déménagement depuis et vers une autre région linguistique ou depuis et vers un autre pays, relève à nouveau du champ d'application de la protection sociale flamande, conformément à l'article 3, reste affiliée, avec maintien de ses droits, à la caisse d'assurance soins de son choix aussi longtemps qu'elle continue à satisfaire à toutes les conditions.

§ 4. Le Gouvernement flamand arrête les règles supplémentaires de l'affiliation. Pour les personnes en dessous de la limite d'âge pour l'affiliation, visée à ou en exécution du présent article, le Gouvernement flamand peut arrêter des règles et conditions spécifiques.

Art. 43. Toute personne qui habite dans la région de langue néerlandaise et à laquelle la protection sociale flamande ne s'applique pas et qui fait appel à des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus, doit, le cas échéant, indépendamment de son âge, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

Toute personne qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui n'est pas volontairement affiliée à une caisse d'assurance soins, conformément à l'article 42, § 1^{er}, alinéa deux ou à laquelle la protection sociale flamande ne s'applique pas et qui fait appel à des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus, dans une infrastructure de soins agréée par la Communauté flamande, qui est située dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, doit, le cas échéant, indépendamment de son âge, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

Toute personne qui habite en dehors de la région de langue néerlandaise et qui voyage vers la région de langue néerlandaise dans le but de se voir offrir des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus et qui n'est pas affiliée à une caisse d'assurance soins, conformément à l'article 42, § 1^{er}, § 2 ou § 3, doit, le cas échéant, indépendamment de son âge, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

Toute personne qui habite en dehors de la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui voyage vers la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans le but de se voir offrir des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus dans une infrastructure de soins agréée par la Communauté flamande et qui n'est pas affiliée à une caisse d'assurance soins, conformément à l'article 42, § 1^{er}, § 2 ou § 3, doit, le cas échéant, indépendamment de son âge, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

Art. 44. § 1^{er}. Par dérogation à l'article 41, les personnes qui ont été radiées des registres de la population conformément à l'article 8 de la loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population, aux cartes d'identité, aux cartes d'étranger et aux documents de séjour et modifiant la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques et auxquelles la protection sociale flamande ne s'applique pas, peuvent faire appel aux soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus du présent décret, si elles résident de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et si elles sont affiliées ou ont été affiliées à une caisse d'assurance soins, conformément à l'article 42 du présent décret.

La personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit, le cas échéant, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

La personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit démontrer qu'elle réside de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, au moyen des pièces justificatives arrêtées à cet effet par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions supplémentaires auxquelles la personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit satisfaire.

§ 2. Par dérogation à l'article 41, les apatrides qui relèvent de la Convention relative au statut des apatrides, signée à New-York le 28 septembre 1954, et à laquelle la protection sociale flamande ne s'applique pas, peuvent faire appel à des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus du présent décret, si elles résident de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

La personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit, le cas échéant, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

La personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit démontrer qu'elle réside de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, au moyen des pièces justificatives arrêtées à cet effet par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions supplémentaires auxquelles la personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit satisfaire.

§ 3. Par dérogation à l'article 41, les personnes âgées de moins de dix-huit ans et auxquelles la protection sociale flamande ne s'applique pas, peuvent faire appel à des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus du présent décret, si elles résident de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les personnes, telles que visées à l'alinéa premier, doivent, le cas échéant, s'affilier administrativement auprès d'une caisse d'assurance soins.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions supplémentaires auxquelles la personne, telle que visée à l'alinéa premier, doit satisfaire.

CHAPITRE 3. — Cotisations pour la protection sociale flamande

Art. 45. § 1^{er}. Les personnes affiliées à une caisse d'assurance soins doivent, à partir de l'âge que le Gouvernement flamand arrête, payer une cotisation annuelle pour la protection sociale flamande.

Le Gouvernement flamand arrête les règles supplémentaires relatives à l'âge et au délai de paiement, les modalités de l'établissement et la hauteur des cotisations. Le Gouvernement flamand arrête l'indexation des cotisations.

Le Gouvernement flamand peut exempter des catégories de personnes auxquelles seuls certains piliers du présent décret sont d'application en tout ou en partie du paiement obligatoire de cotisations.

Le Gouvernement flamand peut appliquer des corrections sociales au bénéfice des membres ayant droit à l'intervention majorée dans l'assurance maladie, telle que visée à l'article 37, § 19, de la loi sur l'assurance maladie.

En cas de hausse substantielle des cotisations, le Gouvernement flamand peut également moduler celles-ci, en tenant compte de la capacité financière de l'utilisateur.

§ 2. Les caisses d'assurance soins recouvrent les cotisations, destinées à l'agence. Le Gouvernement flamand arrête les règles relatives au recouvrement des cotisations. Il arrête les modalités selon lesquelles les montants recouverts sont versés à l'agence ou sont compensés avec la subvention, telle que visée à l'article 26.

Le délai de prescription pour le paiement de la cotisation s'élevé à trente ans.

La réclamation des cotisations est limitée à une période que le Gouvernement flamand arrête, pour les personnes auprès desquelles la cotisation n'a pas pu être réclamée dans les délais impartis, sans que ce retard soit dû au fait de la personne concernée. Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions supplémentaires pour l'application de cette limitation.

§ 3. La cotisation annuelle ou la partie non encore recouvrée de celle-ci n'est pas due dans les cas suivants :

- 1° après le décès de la personne affiliée ;
- 2° si la personne affiliée fait l'objet d'un règlement collectif de dettes ;
- 3° si la personne affiliée a été déclarée en état de faillite ;
- 4° si la personne affiliée a été déclarée insolvable par un huissier de justice.

Art. 46. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête les règles pour la déduction des cotisations pour la protection sociale flamande en retard d'acquiescement du budget des soins.

Dans les cas dans lesquels l'utilisateur n'a pas droit à un budget de soins et a besoin de soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus du présent décret, le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le recouvrement par la caisse d'assurance soins de cotisations en retard d'acquiescement.

§ 2. La caisse d'assurance soins peut dispenser des personnes du paiement de cotisations en retard d'acquiescement ou diminuer le montant des cotisations lorsque l'utilisateur se trouve dans une situation digne d'intérêt et a besoin de soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° à 9° inclus du présent décret.

Les catégories suivantes d'utilisateurs sont réputées de plein droit se trouver dans une situation digne d'intérêt, telle que visée dans l'alinéa premier :

- 1° les usagers qui, au moment où ils ont besoin de soins, suivent un trajet de gestion ou de guidance budgétaire auprès d'un CPAS ou d'une institution pour médiation de dette qui a été agréée par la Communauté flamande ;
- 2° les personnes qui ont été déclarées disparues ou absentes pendant une période déterminée ou qui ont été radiées d'office ;
- 3° les personnes qui ont été enfermées ou admises dans une prison, dans une institution ou un service de défense sociale, organisés par l'administration fédérale, dans un centre de psychiatrie légale, organisé par l'administration fédérale ou dans une autre institution à vocation similaire.

La situation digne d'intérêt, telle que visée à l'alinéa premier, peut, outre les cas, visés à l'alinéa deux, également être attestée par le CPAS. Le Gouvernement flamand arrête les modalités de l'établissement des situations dignes d'intérêt.

CHAPITRE 4. — *Dispositions de sanction*

Art. 47. § 1^{er}. Une amende administrative de 250 euros est imposée à la personne qui est affiliée à une caisse d'assurance soins et qui a à deux reprises omis de payer la cotisation, telle que visée à l'article 45, ou qui ne l'a payée qu'en partie.

Pour les personnes qui, au 1^{er} janvier de l'année qui précède celle durant laquelle l'amende administrative est imposée, ont droit à l'intervention majorée de l'assurance, visée à l'article 37, § 19, de la loi sur l'assurance maladie, l'amende administrative s'élevé à 100 euros.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions auxquelles certaines années pour lesquelles la cotisation n'a pas été ou n'a qu'en partie été payée, ne sont pas prises en considération pour l'application du premier alinéa.

Lorsqu'un usager s'est vu imposer deux amendes administratives, telles que visées à l'alinéa premier ou deux et si l'utilisateur concerné fait l'objet d'une nouvelle amende administrative, le Gouvernement flamand peut augmenter le montant de l'amende administrative. Les usagers spécifiquement concernés, qui, selon un examen plus approfondi, se verraient plus précarisés à cause de l'amende majorée, en sont exclus.

L'amende administrative est imposée par l'agence.

Sans préjudice de l'application de l'alinéa premier, les cotisations arriérées restent dues.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les modalités relatives à l'imposition, à la procédure de recours administratifs et au paiement de l'amende administrative. Il désigne les fonctionnaires qui sont habilités à imposer l'amende administrative.

§ 3. L'amende administrative n'est pas due dans les cas suivants :

- 1° après le décès de la personne affiliée ;
- 2° si la personne affiliée fait l'objet de médiation de dette ou de gestion budgétaire ;
- 3° si la personne affiliée a été déclarée en état de faillite ;
- 4° si la personne affiliée a été déclarée insolvable par un huissier de justice.

§ 4. L'amende administrative, ainsi que les cotisations arriérées, majorées des frais de recouvrement, peuvent être récupérées par voie de contrainte.

La contrainte est visée et déclarée exécutoire par le fonctionnaire désigné à cet effet par le Gouvernement flamand. La contrainte est signifiée par exploit d'huissier contenant commandement à payer.

Les dispositions de la partie V du Code judiciaire s'appliquent à la contrainte.

§ 5. L'action en recouvrement de l'amende administrative se prescrit après cinq ans, à compter du jour où elle a été établie. La prescription est interrompue conformément aux articles 2244 à 2250 inclus du Code civil.

TITRE 7. — Valeur probante

Art. 48. Sans préjudice de l'application d'une réglementation contraire, les données communiquées par voie électronique en application du présent décret, ainsi que leur reproduction sur un support lisible, ont la même valeur probante que si elles avaient été communiquées sur support papier.

TITRE 8. — Enregistrement, traitement et échange de données

Art. 49. § 1^{er}. Dans le présent article, on entend par :

1° règlement général sur la protection des données : le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/45/CE ;

2° porte d'entrée : la porte d'entrée, telle que visée à l'article 17 du décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse.

§ 2. Les données à caractère personnel dans le cadre de la protection sociale flamande sont traitées conformément à la réglementation relative à la protection de personnes physiques lors du traitement de données à caractère personnel. Le traitement de données à caractère personnel est basé sur l'article 6, alinéa premier, 1), c), du règlement précité et, en ce qui concerne les données relatives à la santé, sur l'article 9, alinéa deux, 2), h), du règlement précité.

Le Gouvernement flamand spécifie, après avoir obtenu l'avis de l'autorité de contrôle compétente, les données auxquelles l'article 22, alinéa deux, l'article 23, § 1^{er}, alinéa premier, l'article 37, § 1^{er}, l'article 39, § 2, l'article 50, l'article 65, alinéa deux et l'article 133, § 5, se rapportent. Le traitement de ces données s'opère en application des règles en matière de la protection de personnes physiques lors du traitement de données à caractère personnel qui s'appliquent lors de la communication de données personnelles, telles qu'elles ont été ou sont, le cas échéant, spécifiées au niveau fédéral ou flamand.

Les données relatives à la santé, telles que visées à l'alinéa premier, sont traitées conformément à l'article 9, alinéa trois, du règlement précité, par ou sous la responsabilité d'un professionnel qui est lié par le secret professionnel ou par une autre personne qui est tenue au secret.

§ 3. En vue de la mise en oeuvre des compétences et tâches, qui sont réglées par ou en vertu du présent décret, les données personnelles de l'utilisateur, y compris les données telles que visées à l'article 4, 15) du règlement général sur la protection des données, sont traitées par :

1° la "VAPH" ;

2° la porte d'entrée ;

3° l'agence ;

4° les caisses d'assurance soins ;

5° les indicateurs ;

6° les infrastructures de soins et les fournisseurs d'aides à la mobilité ;

7° la "Zorgkassencommissie" ;

8° les prestataires externes de services, tels que visés à l'article 34, alinéa premier, 1° du présent décret ;

9° la "Expertcommissie", telle que visée à l'article 39 ;

10° la "Bijzondere Technische Commissie", telle que visée à l'article 133 du présent décret ;

11° les acteurs chargés du traitement de recours administratifs, conformément à l'article 71, à l'article 76, § 5, à l'article 80, § 5, à l'article 88, § 3 et à l'article 92, § 5 du présent décret ;

12° les médecins-conseils des organismes assureurs, les services d'aide sociale des mutualités et des centres publics d'actions sociale, tels que visés à l'article 50.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des modalités concernant la forme et la façon dont les données à caractère personnel sont échangées.

§ 4. Les responsables du traitement dans le sens de l'article 4, 7) du règlement général sur la protection des données sont :

1° l'agence, pour le traitement de données personnelles dans le cadre des contrôles sur les évaluations des besoins et pour la direction de ces contrôles, dans le cadre du traitement des recours administratifs contre les décisions de la caisse d'assurance soins, en vue de la mise en oeuvre des missions de la "Expertcommissie", en vue de l'exécution des missions de la "Bijzondere Technische Commissie" et pour la gestion de la base de données, telle que visée à l'article 70 ;

2° les caisses d'assurance soins, pour le traitement des indications et pour le traitement des données personnelles dans le cadre de leurs missions, telles que visées à l'article 22 ;

3° l'agence et les caisses d'assurance soins, pour le traitement de données personnelles dans le cadre de la plateforme numérique relative à la protection sociale flamande et aux applications commune relatives à la protection sociale flamande, telles que visées à l'article 28 ;

4° les structures de soins et les fournisseurs d'aides à la mobilité, pour le traitement de données personnelles dans le cadre de leur relation de soins avec l'utilisateur.

§ 5. Le Gouvernement flamand arrête, après avis de l'autorité de contrôle compétente, le délai maximal endéans lequel les données personnelles traitées seront conservées.

§ 6. Le traitement de données personnelles s'opère dans le respect des droits des usagers concernés.

Les caisses d'assurance soins sont responsables de la fourniture d'informations dans leur communication et interaction individuelles avec les usagers et leurs représentants, à l'inclusion des données de contact du délégué à la protection des données, tel que visé à l'article 37 du règlement général sur la protection des données.

§ 7. Les instances, telles que visées au paragraphe 4, transmettent à l'agence toutes les données dont elles disposent dans le cadre de la mise en oeuvre du présent décret, en vue de l'analyse de ces données, la mise en oeuvre "evidencebased" de la politique de bien-être et de santé et la fourniture d'informations y afférente. Ces données sont

anonymisées. Le Gouvernement flamand arrête, après avoir obtenu l'avis de l'autorité de contrôle compétente, la nature des données à fournir, ainsi que les modalités et la fréquence de la transmission de ces données.

§ 8. Les caisses d'assurance soins transmettent à la " Intermutualistisch Agentschap " toutes les données dont elles disposent dans le cadre de la mise en oeuvre du présent décret, en vue de l'analyse de ces données par la " Intermutualistisch Agentschap ". La transmission et l'analyse des données ont lieu afin d'informer la mise en oeuvre ultérieure de la politique. Ces données sont anonymisées. Le Gouvernement flamand arrête, après avoir obtenu l'avis de l'autorité de contrôle compétente, la nature des données à fournir, ainsi que les modalités et la fréquence de la transmission de ces données.

Dans le premier alinéa, on entend par Agence intermutualiste : l'Agence intermutualiste établie conformément à l'article 278 de la loi-programme I du 24 décembre 2002.

Art. 50. Les caisses d'assurance soins d'une part et les mutualités et organismes assureurs, tels que visés à l'article 2, g) et i) de la loi sur l'assurance maladie d'autre part, s'échangent des données qui sont nécessaires dans le cadre de l'application des dispositions du présent décret, conformément à une convention à conclure à ce sujet.

Les données, visées à l'alinéa premier, peuvent entre autres concerner :

1° la situation en matière d'assurance des usagers dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et des allocations ;

2° l'information qui est nécessaire pour mettre en oeuvre la réglementation européenne et internationale ;

3° l'information qui est nécessaire pour éviter le double financement des frais des soins.

Les médecins-conseils, tels que visés à l'article 154 de la loi sur l'assurance maladie, ont accès aux données des usagers qui sont traitées dans le cadre du présent décret et qui sont utiles à l'exercice de leurs missions, telles que visées à l'article 153 de la loi sur l'assurance maladie et dans le cadre du présent décret.

Les services d'assistance sociale des mutualités, tels que visés à l'article 14 du décret sur les soins résidentiels, ont accès aux données des usagers qui sont traitées dans le cadre du présent décret et qui sont utiles à l'exercice de leurs missions, telles que visées à l'article 15 du décret sur les soins résidentiels.

Les centres publics d'action sociale, tels que visés à l'article 1^{er} de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale, ont accès aux données des usagers qui sont traitées dans le cadre du présent décret et qui sont utiles à l'exercice de leurs missions, telles que visées au chapitre IV de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale.

La " VAPH ", telle que visée à l'article 3 du décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap », a accès aux données des usagers qui sont traitées dans le cadre du présent décret et qui sont utiles à l'exercice de sa mission, telle que visée à l'article 6, 2° du décret précité.

Art. 51. En vue de l'admission d'un usager dans une structure de soins ou en vue de la fourniture d'une aide à la mobilité à un usager, la structure de soins ou le fournisseur d'aides à la mobilité concernés ont accès aux données suivantes :

1° les données de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur concerné est affilié ;

2° la situation en matière d'assurance de l'utilisateur concerné, y compris les arriérés éventuels que l'utilisateur a dans le cadre du paiement des cotisations.

Art. 52. § 1^{er}. Les caisses d'assurance soins sont tenues 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 pour vérifier l'exactitude de ces informations.

Par dérogation à l'alinéa premier, les caisses d'assurance soins peuvent faire appel à une autre source dans la mesure où les informations ne peuvent pas être obtenues auprès du Registre national.

§ 2. Les données d'information, telles que visées au paragraphe 1^{er}, qui ont été obtenues auprès du Registre national des personnes physiques et qui ont été sauvegardées dans un fichier électronique et jointes au dossier, ont valeur probante jusqu'à preuve du contraire.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures selon lesquelles les données d'information, telles que visées à l'alinéa premier, doivent être sauvegardées afin de garantir leur valeur probante en ce qui concerne leur origine et date.

Si la preuve du contraire, telle que visée dans l'alinéa premier, est acceptée par l'institution concernée, celle-ci communique le contenu de l'information ainsi acceptée, en tant que renseignement, au Registre national des personnes physiques et joint à ces communications les pièces justificatives y afférentes.

Art. 53. § 1^{er}. L'agence est tenue de s'adresser au Registre national des personnes physiques pour obtenir les informations telles que visées à l'article 3, alinéas premier et deux, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, ou pour vérifier l'exactitude de ces informations.

Par dérogation à l'alinéa premier, l'agence peut faire appel à une autre source dans la mesure que les informations ne peuvent pas être obtenues auprès du Registre national.

§ 2. Les données d'information, telles que visées au paragraphe 1^{er}, qui ont été obtenues auprès du Registre national des personnes physiques et qui ont été sauvegardées dans un fichier électronique et jointes au dossier, ont valeur probante jusqu'à preuve du contraire.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures selon lesquelles les données d'information, telles que visées à l'alinéa premier, doivent être sauvegardées afin de garantir leur valeur probante en ce qui concerne leur origine et date.

Si la preuve du contraire, telle que visée dans l'alinéa premier, est acceptée par l'institution concernée, celle-ci communique le contenu de l'information ainsi acceptée, en tant que renseignement, au Registre national des personnes physiques et joint à ces communications les pièces justificatives y afférentes.

Art. 54. Dans tous les cas dans lesquels le présent décret ou ses arrêtés d'exécution prévoient l'envoi de pièces ou la réalisation de paiements à la résidence principale, il doit être fait usage de l'information relative à la résidence principale, telle que visée à l'article 3, alinéa premier, 5° de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques.

Il peut être dérogé de l'obligation, telle que visée à l'alinéa premier dans les cas arrêtés par le Gouvernement flamand.

TITRE 9. — *Interventions pour soins particuliers*

Art. 55. Dans les limites d'une quote-part des crédits budgétaires prévus pour le financement de la protection sociale flamande, que le Gouvernement flamand arrêtera, des interventions pour soins particuliers peuvent être octroyées à des usagers dans le cadre de la revalidation et les soins de santé mentale.

Les usagers ont droit aux interventions, telles que visées à l'alinéa premier, s'ils ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère ou supranationale ou en vertu d'une convention conclue individuellement ou collectivement, lorsque les montants demandés sont effectivement dus et qu'il a été satisfait aux conditions supplémentaires, telles que visées par le Gouvernement flamand.

La caisse d'assurance soins décide de l'octroi des interventions, telles que visées à l'alinéa premier, après avis conforme de la "Expertcommissie", telle que visée à l'article 39.

Le Gouvernement flamand arrête les critères auxquels il doit être satisfait pour que des soins soient considérés comme des soins particuliers et les conditions et les procédures relatives à la demande et au paiement des interventions, telles que visées à l'alinéa premier.

Dans les cas dans lesquels les soins particuliers sont offerts en dehors de la région de langue néerlandaise et en dehors des structures de soins agréées par la Communauté flamande dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, une intervention dans les frais de parcours et de séjour peut être octroyée à l'utilisateur ou à la personne accompagnant l'utilisateur, conformément aux conditions et procédures arrêtées par le Gouvernement flamand.

Art. 56. L'utilisateur peut interjeter appel contre les décisions de la caisse d'assurance soins, telles que visées à l'article 55, auprès du tribunal du travail dans un délai de trois mois après réception de la décision contestée. L'appel contre la décision de la caisse d'assurance soins fait en même temps office d'appel contre l'avis conforme de la "Expertcommissie".

Dans les cas, tels que visés dans l'alinéa premier, tant la caisse d'assurance soins que l'agence sont convoquées pour comparaître comme défenderesses dans la procédure devant le tribunal du travail. Si l'utilisateur néglige de faire convoquer les deux parties, conformément à la requête qu'il a déposée, le Ministère public auprès des tribunaux du travail associe la partie absente encore à la procédure conformément à l'article 138bis du Code judiciaire.

L'agence peut faire appel à la "Expertcommissie" dans le cadre de la défense devant le tribunal du travail.

TITRE 10. — *Soins offerts à des personnes non affiliées*

Art. 57. Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure pour l'indemnisation de soins offerts dans des structures de soins, qui sont situées dans la région de langue néerlandaise ou dans les structures de soins agréées par la Communauté flamande, situées dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, aux personnes auxquelles la protection sociale flamande ne s'applique pas ou qui ne sont pas affiliées de leur propre initiative auprès d'une caisse d'assurance soins.

Les personnes, telles que visées à l'alinéa premier, peuvent relever d'une des catégories suivantes :

1° les personnes qui résident dans la région de langue allemande ou dans la région de langue française, auxquelles la protection sociale flamande ne s'applique pas et qui se déplacent vers la région de langue néerlandaise ou vers la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans le but de recevoir des soins pendant leur séjour dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande dans les structures de soins agréées par la Communauté flamande ;

2° les personnes qui résident dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui ne se sont pas affiliées de leur propre initiative à une caisse d'assurance soins et qui voyagent vers la région de langue néerlandaise dans le but de recevoir des soins pendant leur séjour dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande ou qui reçoivent des soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande dans des structures de soins agréées par la Communauté flamande dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

3° les personnes, telles que visées aux articles 43 et 44 du présent décret.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des catégories supplémentaires auxquelles les personnes, telles que visées à l'alinéa premier, peuvent ressortir.

Partie 2. — Le financement lié aux soins

TITRE 1^{er}. — *Dispositions communes*

CHAPITRE 1^{er}. — *Octroi d'interventions*

Art. 58. Le financement lié aux soins est constitué de l'octroi par la caisse d'assurance soins d'interventions en faveur d'utilisateurs sous forme d'un budget qui suit la personne. Ce budget qui suit la personne peut prendre la forme de l'octroi d'un budget de soins, de l'octroi d'un ticket de soins ou de l'octroi d'une intervention pour aides à la mobilité.

Le budget de soins, tel que visé à l'alinéa premier, a trait aux piliers suivants de la protection sociale flamande :

- 1° le budget des soins pour personnes en grande dépendance de soins ;
- 2° le budget des soins pour des personnes âgées nécessitant des soins ;
- 3° le budget d'assistance de base.

Le ticket de soins, tel que visé à l'alinéa premier, a trait aux piliers suivants de la protection sociale flamande :

- 1° les soins résidentiels aux personnes âgées ;
- 2° les soins de santé mentale, y compris la revalidation qui est en premier lieu axée sur les aspects psycho-sociaux ;
- 3° la revalidation qui est en premier lieu axée sur le rétablissement de fonctions physiques ;
- 4° l'aide à domicile ;
- 5° les soins transmuraux.

Art. 59. La caisse d'assurance soins décide de l'octroi du budget qui suit la personne. Elle ne peut pas assortir les interventions d'autres conditions que celles prévues en vertu du présent décret.

Art. 60. Le Gouvernement flamand arrête les modalités de l'octroi à l'utilisateur du budget qui suit la personne.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités et le mode dont les interventions, y compris les interventions rétroactives, peuvent être mises en œuvre.

Art. 61. Le Gouvernement flamand arrête les cas auxquels les interventions sont suspendues en tout ou en partie pour les bénéficiaires qui sont enfermés dans des prisons ou qui sont admis dans des institutions de défense sociale, organisées par l'autorité fédérale, ou dans des centres de psychiatrie légale, organisés par l'autorité fédérale. Le cas échéant, le Gouvernement flamand arrête la durée de la suspension.

Art. 62. Le paiement des interventions se prescrit après deux ans, à compter du jour auquel le droit à l'intervention a été ouvert.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités et les conditions selon lesquelles la prescription du paiement des interventions est suspendue ou arrêtée.

CHAPITRE 2. — *Indication*

Art. 63. § 1^{er}. Sans préjudice de l'application de l'article 108, le financement lié aux soins est déterminé sur la base du besoin en soins de l'utilisateur.

Pour ce qui concerne la revalidation, le financement lié aux soins, tel que visé à l'alinéa premier, peut également être lié à la pathologie et être établi sur la base des besoins en soins, y compris des besoins en revalidation de l'utilisateur.

Dans l'alinéa deux, on entend par 'besoin en revalidation' : le besoin de revalidation, qu'elle soit ambulatoire, résidentielle ou multidisciplinaire, que ressent l'utilisateur et tenant compte de la pathologie, la perte de fonction et d'activité et la perte de participation concomitantes et tenant compte des objectifs de la révalidation.

Pour l'application du présent décret, la gravité et la durée de l'autonomie réduite, telle que visée à l'article 82, la réduction de l'autonomie, telle que visée à l'article 84 et le besoin en soins et en soutien, tel que visé à l'article 91, sont assimilés au besoin en soins.

§ 2. Le besoin en soins de l'utilisateur est évalué au moyen de l'échelle BelRAI, en application d'une indication par un indicateur, sans que l'indication puisse compromettre l'offre de soins urgents.

Dans l'alinéa premier, il faut entendre par soins urgents : les soins offerts dans une situation qui ne peut pas être appréciée d'avance et qui nécessite des soins et du soutien immédiats ou urgents. Le Gouvernement flamand peut arrêter les modalités selon lesquelles les soins sont considérés comme des soins urgents.

Le Gouvernement flamand établit les conditions et les procédures pour l'agrément des indicateurs et fixe les procédures pour l'application des indications.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles l'indicateur est indemnisé pour l'application d'indications et fixe le montant de ces indemnités.

Pour l'application du présent décret, les organisations, structures de soins ou prestataires de soins autorisés, tels que visés à l'article 82, sont assimilés à des indicateurs.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 2, le besoin en soins de l'utilisateur peut être temporairement évalué au moyen d'un autre instrument d'évaluation que le Gouvernement flamand arrête. Le Gouvernement flamand arrête le délai endéans lequel l'instrument d'évaluation qu'il désigne, est utilisé.

Par dérogation au paragraphe 2, le Gouvernement flamand peut fixer d'autres critères d'évaluation pour les demandes de soins spécifiques qu'il désigne en vue de l'évaluation du besoin en soins de l'utilisateur.

Sans préjudice de l'application du paragraphe 2, le Gouvernement flamand peut arrêter des critères d'évaluation supplémentaires pour l'évaluation du besoin en soins de l'utilisateur.

Art. 64. Dans le cadre de la revalidation et des soins de santé mentale, la Communauté flamande peut également intervenir dans les frais découlant du diagnostic interdisciplinaire, si celui-ci n'a pas déjà été financé par d'autres sources de financement au moyen du financement lié aux soins, outre l'intervention pour la revalidation ou les soins de santé mentale de l'utilisateur, conformément à l'article 63, § 1^{er}. Le Gouvernement flamand fixe les conditions et la procédure pour l'intervention dans ces frais.

Dans le présent article, on entend par diagnostic : la pose d'un diagnostic interdisciplinaire, suivi ou non de l'application d'une indication, telle que visée à l'article 63, § 2.

Art. 65. Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le contrôle sur les indications, telle que visée à l'article 63 et peut à cette fin faire appel à la "Zorgkassencommissie" ou à des prestataires de services externes, qui, le cas échéant, recevront une indemnisation fixée par le Gouvernement flamand.

Les contrôles, tels que visés à l'alinéa premier, sont initiés par l'agence, qui peut entre autres faire une sélection des cas qui sont éligibles à un contrôle. L'agence dispose, le cas échéant, des données nécessaires à l'initiation.

Dans le cadre des contrôles qui sont effectués en vue de l'application de l'alinéa premier, les données relatives au besoin en soins, que la "Zorgkassencommissie" et les prestataires de services externes ont collectées, ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le monitoring de la qualité, de l'exactitude, de l'objectivité, de l'égalité de traitement et de l'uniformité relatives aux indications.

Art. 66. Si la "Zorgkassencommissie" constate qu'un indicateur applique les indications, telles que visées à l'article 63, de façon erronée, l'agence peut imposer les mesures suivantes :

- 1° le suivi d'un parcours de remédiation ;
- 2° la révision des indications et de l'impact financier qui en découle.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par une application erronée des indications, telle que visée à l'alinéa premier et arrête la concrétisation des mesures, telles que visées à l'alinéa premier.

L'utilisateur ou son représentant et la structure de soins concernée peuvent former recours contre la décision de l'agence, telle que visée à l'alinéa premier, 2° devant le tribunal du travail. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

L'agence peut faire appel à l'équipe concernée de la "Zorgkassencommissie" dans le cadre de la défense devant le tribunal du travail.

Art. 67. L'agrément d'une organisation, structure de soins ou prestataire de soins comme indicateur peut être suspendu ou retiré si cette organisation, structure de soins ou prestataire de soins applique les indications, telles que visées à l'article 63, incorrectement de façon systématique.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par l'application incorrecte systématique des indications, telle que visée à l'alinéa premier et par qui la suspension ou le retrait de l'agrément doit être imposé. Le Gouvernement flamand arrête le délai de la suspension de l'agrément.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures relatives à l'imposition de la suspension ou du retrait de l'agrément, à l'inclusion de la possibilité d'introduire une objection auprès du Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, tel que visé à l'article 12 du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande du Bien-Etre, de la Santé et de la Famille et d'un Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Après épuisement de la procédure de réclamation, visée à l'alinéa trois, un recours contre la décision peut être formé auprès du Conseil d'État. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de soixante jours à compter de la date de réception de la décision contestée.

Art. 68. § 1^{er}. L'agence peut imposer une amende administrative à un indicateur qui applique les indications, telles que visées à l'article 63, incorrectement de façon systématique ou qui transmet à l'agence les résultats des indications, telles que visées à l'article 63, incorrectement de façon systématique.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par une application incorrecte systématique des indications et une transmission incorrecte systématique des résultats des indications, telle que visée à l'alinéa premier.

Le montant de l'amende administrative, visée à l'alinéa premier, s'élève entre 500 et 5000 euros.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les modalités relatives à l'imposition et au paiement de l'amende administrative. Il désigne les fonctionnaires qui sont habilités à imposer l'amende administrative.

§ 3. L'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, peut être recouvrée par voie de contrainte.

Cette contrainte est visée et déclarée exécutoire par le fonctionnaire désigné à cet effet par le Gouvernement flamand. La contrainte est signifiée par exploit d'huissier contenant commandement à payer.

Les dispositions de la partie V du Code judiciaire s'appliquent à la contrainte.

§ 4. L'action en recouvrement de l'amende administrative se prescrit après cinq ans, à compter du jour où elle a été établie. La prescription est interrompue conformément aux articles 2244 à 2250 du Code civil.

§ 5. L'indicateur peut former recours devant le Conseil d'État contre la décision de l'agence d'imposer une amende administrative, conformément à l'alinéa premier. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de soixante jours à compter de la date de réception de la décision contestée.

Art. 69. S'il y a une modification dans le besoin en soins de l'utilisateur, la caisse d'assurance soins peut revoir la décision relative à l'octroi du financement lié aux soins conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand. Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel l'évaluation du besoin en soins de l'utilisateur est revu.

Art. 70. Dans le cadre des indications, telles que visées à l'article 63, on se sert d'une base de données, dans laquelle des données relatives aux indications appliquées sont recueillies.

Le Gouvernement flamand peut arrêter le mode selon lequel et la forme sous laquelle les données relatives aux indications sont autant que possible transmises ou ajoutées sous forme numérisée à la base de données, telle que visée à l'alinéa premier. Ces données peuvent être fournies par le prestataire de soins individuel qui agit comme indicateur ou, et ce sous les conditions arrêtées par le Gouvernement flamand, au niveau de l'organisation ou de la structure de soins au sein de laquelle la personne qui agit comme indicateur, est mise à l'emploi.

Les conditions, telles que visées à l'alinéa deux, comprennent au minimum l'obligation pour les organisations et structures concernées, de pouvoir vérifier, par indication, l'auteur et la date de l'application de l'indication.

Aux acteurs chargés de tâches et de compétences, qui sont réglées par ou en vertu du présent décret, et à l'utilisateur ou à l'aidant proche qui y est habilité par l'utilisateur, il peut être donné accès à la base de données, telle que visée à l'alinéa premier, dans le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée. L'accès à la base de données est limitée pour chaque acteur aux données qui sont nécessaires aux missions à exécuter et à la période dans laquelle ces missions sont exécutées.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions et procédures supplémentaires relatives à l'accès des acteurs, tels que visés à l'alinéa quatre, à la base de données, telle que visée à l'alinéa premier.

CHAPITRE 3. — Procédures de recours

Art. 71. L'utilisateur ou son représentant peuvent, dans les cas arrêtés par le Gouvernement flamand, former un recours administratif contre les décisions de la caisse d'assurance soins au sujet de l'octroi du budget qui suit la personne ou contre des révisions de ces décisions par la caisse d'assurance soins, conformément à l'article 69. Le Gouvernement flamand règle la procédure de recours administratif et peut arrêter quelle instance traitera le recours administratif.

La procédure de recours administratif, tel que visé à l'alinéa premier, peut consister en l'application d'une nouvelle indication, sur la base de laquelle le recours administratif est déclaré fondé ou non-fondé. Dans les cas dans lesquels le recours administratif est déclaré non-fondé, une partie ou l'ensemble des frais de la nouvelle indication peuvent être recouverts auprès de l'utilisateur, conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand.

Art. 72. Après épuisement de la procédure de recours administratif, telle que visée à l'article 71, l'utilisateur ou son représentant peuvent former recours contre les décisions relatives à l'octroi du financement lié aux soins ou contre les révisions de ces décisions devant le tribunal du travail. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

CHAPITRE 4. — Cumul et subrogation

Art. 73. Le Gouvernement flamand peut arrêter des modalités et conditions relatives au cumul éventuel d'interventions pour plusieurs piliers de la protection sociale flamande ou plusieurs formes de soins. Il peut notamment arrêter des modalités et conditions qui s'appliquent spécifiquement aux usagers habitant en région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Art. 74. Selon les règles et aux conditions que le Gouvernement flamand peut arrêter, les interventions dans le cadre du présent décret sont refusées ou diminuées si l'utilisateur ou, dans le cas du budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin de soins, la personne avec laquelle il constitue un ménage, a déjà obtenu une intervention pour le même besoin de soins en vertu d'autres lois, décrets, ordonnances ou dispositions réglementaires ou en vertu de lois étrangères.

L'utilisateur ou, dans le cas du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, la personne avec laquelle il constitue un ménage, doit faire valoir son droit à l'intervention, telle que visée à l'alinéa premier et en informe la caisse d'assurance soins, le cas échéant.

Art. 75. § 1^{er}. Les interventions dans le cadre du présent décret sont refusées ou diminuées, conformément aux règles et sous les conditions que le Gouvernement flamand peut arrêter, si l'utilisateur reçoit de fait une indemnisation pour les mêmes dommages et sur la base du même besoin en soins, en vertu d'autres lois, décrets, ordonnances ou dispositions réglementaires ou en vertu de lois étrangères, du droit commun ou en vertu d'une convention.

L'utilisateur doit faire valoir son droit à l'indemnisation, telle que visée à l'alinéa premier, et en informe la caisse d'assurance soins, le cas échéant.

Si le montant de l'indemnisation, telle que visée à l'alinéa premier, est inférieur aux interventions qui ont été octroyées dans le cadre de la protection sociale flamande, l'utilisateur a droit à la différence entre les deux à charge de la protection sociale flamande.

Le Gouvernement flamand peut arrêter les conditions sous lesquelles les interventions accordées dans le cadre de la protection sociale flamande sont octroyées dans l'attente de la réception effective par l'utilisateur de l'indemnisation, telle que visée à l'alinéa premier.

§ 2. La caisse d'assurance soins est subrogée dans les droits de l'utilisateur pour réclamer l'indemnisation et en informe l'utilisateur. Cette subrogation s'applique à concurrence du montant des interventions accordées, telles que visées à l'alinéa premier du paragraphe 1^{er}, pour le total des sommes dues en vertu d'autres lois, décrets, ordonnances ou dispositions réglementaires ou en vertu de lois étrangères, du droit commun ou en vertu d'une convention.

Si celui qui est redevable d'une indemnisation, informe l'organisme assureur, tel que visé à l'article 136, § 2, de la Loi sur l'assurance maladie, de son intention d'indemniser l'ayant droit, l'organisme assureur informe la caisse d'assurance soins de l'ayant droit de cette notification, pour autant que l'indemnisation concerne un des piliers de la protection sociale flamande.

Celui qui est redevable de l'indemnisation, peut également informer la caisse d'assurance soins directement de son intention d'indemniser l'utilisateur.

La convention qui a été conclue entre l'utilisateur et celui qui est redevable de l'indemnisation, ne peut pas être invoquée à l'encontre de la caisse d'assurance soins sans son assentiment. Si la caisse d'assurance soins n'est pas partie à la convention, l'utilisateur lui remet une copie des accords conclus ou des décisions judiciaires.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure pour l'exercice des droits, tels que visés à l'alinéa premier. Le Gouvernement flamand peut arrêter qu'à cette fin un appel est fait à un prestataire de services externe, qui est désigné par lui.

CHAPITRE 5. — *Recouvrement d'interventions indûment payées*

Art. 76. § 1^{er}. Les caisses d'assurance soins recouvrent les interventions indûment payées. Le Gouvernement flamand arrête les conditions auxquelles doit satisfaire la décision de recouvrement et la notification de cette décision, ainsi que les cas, l'ampleur, et les conditions sous lesquelles le recouvrement des interventions indûment payées peut être limité ou les cas dans lesquels il peut être renoncé au recouvrement.

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

§ 3. Le recouvrement des interventions indûment payées se prescrit après deux ans, à compter de la date du paiement de l'intervention.

Par dérogation à l'alinéa premier, le délai de deux ans pour le recouvrement des interventions indûment payées est changé en cinq ans si les interventions indûment payées ont été obtenues par des actions frauduleuses ou par des déclarations fausses ou intentionnellement incomplètes de l'utilisateur ou de son représentant.

Une lettre recommandée interrompt la prescription.

§ 4. Le Gouvernement flamand arrête, dans les situations visées aux paragraphes 1 à 3 inclus, quelle est l'instance financièrement responsable pour les interventions non recouvrées.

§ 5. L'utilisateur ou son représentant peut former un recours administratif contre les décisions de la caisse d'assurance soins relatives au recouvrement. Le Gouvernement flamand règle la procédure de recours administratif. Il peut mettre en place une commission d'appel administratif multidisciplinaire ou déterminer l'instance chargée du recours administratif. Le Gouvernement flamand arrête la composition de cette commission d'appel et peut instaurer différentes chambres au sein de cette commission d'appel administratif. Il peut déterminer les jetons de présence et les indemnités.

Après épuisement de la procédure de recours administratif, visée à l'alinéa premier, un recours peut être formé par l'utilisateur ou par son représentant devant le tribunal du travail. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

TITRE 2. — *Le budget des soins*

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions communes*

Art. 77. Le Gouvernement flamand évalue le budget des soins pour personnes en grande dépendance de soins, le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins et le budget d'assistance de base trois ans après la date d'entrée en vigueur de la présente disposition en vue d'une future intégration de ces trois interventions.

CHAPITRE 2. — *Le budget des soins pour personnes en grande dépendance de soins*

Section 1^{re}. — *Modalités d'application*

Art. 78. La caisse d'assurance soins accorde un budget de soins pour personnes en grande dépendance de soins pour les frais de la prestation d'aide et de services non médicaux aux usagers souffrant d'une réduction grave et de longue durée de leur autonomie.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par 'souffrant d'une réduction grave et de longue durée de l'autonomie.

Art. 79. La caisse d'assurance soins accorde une intervention forfaitaire mensuelle à l'usager tel que visé à l'article 78, qui remplit une ou plusieurs des conditions suivantes :

1° l'usager réside dans son environnement familial.

2° l'usager réside dans une structure de soins agréée par le Gouvernement flamand en vertu du présent décret ou dans une structure y assimilée.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités concernant l'octroi, le refus, le retrait et la suspension de l'agrément des structures de soins, et concernant l'assimilation à un agrément.

Section 2. — Procédure

Art. 80. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins décide de l'intervention dans un délai de soixante jours après la réception des données provenant de fichiers donnant lieu à un octroi automatique tel que visé à l'article 8, ou après l'introduction de la demande, visée à l'article 8.

Le Gouvernement arrête les circonstances dans lesquelles il peut être dérogé au délai de soixante jours, visé à l'alinéa premier.

La demande, visée à l'alinéa premier, est introduite auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, conformément à l'article 42. Le Gouvernement flamand arrête les règles auxquelles la demande doit satisfaire.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités relatives au traitement de la demande ou à l'octroi d'office.

§ 2. L'intervention s'élève à 130 euros par mois.

Le montant visé à l'alinéa premier, est rattaché, le 1^{er} janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice de santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice de santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril en 2014, à partir de l'année calendaire à arrêter par le Gouvernement flamand.

§ 3. La caisse d'assurance soins arrête la durée de l'intervention dans les limites fixées par le Gouvernement flamand. Si la décision ne vaut pas pour une durée indéterminée, le Gouvernement flamand règle la procédure de prolongation de la décision.

§ 4. La caisse d'assurance soins peut revoir la décision sur l'intervention si une modification se produit dans la situation de l'usager. Le Gouvernement flamand règle la procédure de révision.

§ 5. L'usager ou son représentant peut former un recours administratif contre la décision de la caisse d'assurance soins. Le Gouvernement flamand règle la procédure de recours administratif. Il peut mettre en place une commission d'appel administratif multidisciplinaire ou déterminer l'instance chargée du recours administratif. Le Gouvernement flamand peut instituer différentes chambres au sein de cette commission d'appel administratif. Il peut déterminer des jetons de présence et des indemnités.

Art. 81. Après épuisement de la procédure de recours administratif, telle que visée à l'article 80, § 5, l'usager ou son représentant peuvent former un recours devant le tribunal du travail. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

Art. 82. La gravité et la durée de la réduction d'autonomie réduite sont établies par les organisations, structures de soins ou prestataires de soins habilités à cette fin par le Gouvernement flamand sous les conditions qu'il a arrêtées. La gravité et la durée de la réduction de l'autonomie sont établies à l'aide d'un instrument de mesure établi le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand arrête la manière dont l'établissement de la gravité et de la durée de la réduction de l'autonomie est exécuté, révisé et contrôlé. Le Gouvernement flamand arrête la manière dont la qualité, l'exactitude, l'objectivité, l'égalité de traitement et l'uniformité de l'établissement de la gravité et de la durée de la réduction de l'autonomie sont surveillées.

Art. 83. Le droit à une intervention est ouvert au moment suivant :

1° à la date à laquelle la gravité et la durée de la réduction de l'autonomie prend cours, selon l'établissement conforme à l'article 82 ;

2° à la date de l'admission dans une structure de soins, telle que visée à l'article 79, alinéa premier, 2° ;

3° à la date de la demande si la date, visée au point 1°, est postérieure à la date de la demande.

Il y a un délai de carence, ce qui implique que l'exécution de l'intervention commence au plus tôt le premier jour du quatrième mois qui suit la date à laquelle le droit à une intervention a été ouvert.

Le Gouvernement flamand peut, dans les cas qu'il arrête, déroger du délai de carence.

CHAPITRE 3. — *Le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin de soins*

Section 1^{re}. — Modalités d'application

Art. 84. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins octroie le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin de soins à la personne à autonomie réduite qui a au moins 65 ans.

Le Gouvernement flamand détermine par qui, selon quels critères et de quelle manière la réduction de l'autonomie est établie, ainsi que le mode de rémunération de cet établissement.

§ 2. L'intervention ne peut être cumulée avec une des interventions suivantes :

1° une allocation d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus, telles que visées à 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 d'un 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 à titre de complément du revenu garanti aux personnes âgées.

§ 3. Le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est octroyé par la caisse d'assurance soins sous forme d'un montant annuel, dont un douzième est payé mensuellement.

Art. 85. § 1^{er}. Le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est octroyé après le calcul des revenus de la famille. L'allocation ne peut être octroyée que si le montant du revenu de la personne à autonomie réduite et éventuellement de la personne avec laquelle elle constitue un ménage, ne dépasse pas le montant de l'allocation, visée à l'article 86.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par revenu, tel que visé au paragraphe 1^{er} et par qui, selon quels critères et de quelle manière son montant doit être défini.

Le Gouvernement flamand peut arrêter que certains revenus ou certaines parties du revenu ne sont pas ou ne sont que partiellement pris en compte, aux conditions qu'il arrête. A cet effet, il peut faire une distinction sur la base :

- 1° de la composition du ménage de l'utilisateur ;
- 2° des membres du ménage pour lesquels le revenu est déterminé ;
- 3° de la source du revenu.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par ménage, tel que visé à l'alinéa deux.

§ 3. L'utilisateur et les personnes avec lesquelles il constitue un ménage, doivent faire valoir leurs droits aux allocations sociales en matière de maladie et invalidité, de chômage, d'accidents de travail, de maladies professionnelles, de pensions de retraite et de survie, à la garantie de revenus aux personnes âgées et au revenu garanti aux personnes âgées.

Art. 86. Le montant du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins varie selon le degré d'autonomie et selon la catégorie à laquelle l'utilisateur appartient, de la façon suivante :

1° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est établi à 7 ou 8 points, relève de la catégorie 1. Il reçoit un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, qui est égal à un montant annuel de 1021,34 euros ;

2° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est établi à 9 ou 11 points, relève de la catégorie 2. Il reçoit un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, qui est égal à un montant annuel de 3898,70 euros ;

3° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est établi à 12 ou 14 points, relève de la catégorie 3. Il reçoit un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, qui est égal à un montant annuel de 4740,17 euros ;

4° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est établi à 15 ou 16 points, relève de la catégorie 4. Il reçoit un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, qui est égal à un montant annuel de 5581,42 euros ;

5° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est établi à au moins 17 points, relève de la catégorie 5. Il reçoit un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, qui est égal à un montant annuel de 6855,99 euros.

Les montants visés à l'alinéa 1^{er} sont liés 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.

La caisse d'assurance soins assure l'exécution sur la base des critères, visés à l'alinéa 1^{er}.

Section 2. — Procédure

Art. 87. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête les délais dans lesquels la caisse d'assurance soins décide du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins. Ces délais ne peuvent pas dépasser les six mois. Le délai prend cours après la réception des données provenant de fichiers donnant lieu à un octroi automatique, tel que visé à l'article 8, ou après l'introduction de la demande, telle que visée à l'article 8.

§ 2. En cas d'un octroi automatique, le Gouvernement flamand arrête les règles relatives au traitement.

§ 3. Dans le cas d'une demande, le Gouvernement flamand détermine comment, par qui, à partir de quand et de quelle manière la demande est introduite. Le Gouvernement flamand arrête également les cas auxquels une demande de révision peut être introduite et comment, par qui et de quelle manière la demande de révision est introduite. Les demandes sont introduites auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Le Gouvernement flamand arrête comment les demandes d'un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ou les demandes de révision de ces budgets sont traitées.

§ 4. Le droit à une intervention est ouvert au moment suivant :

- 1° à la date d'établissement de l'autonomie réduite, conformément à l'article 84 ;
- 2° à la date de la demande si la date, visée au point 1°, est postérieure à la date de la demande.

L'exécution de l'intervention commence à partir du premier jour du mois qui suit la date à laquelle le droit à une intervention est ouvert.

§ 5. En cas d'un déménagement vers la région de langue néerlandaise d'un usager qui, dans sa région linguistique initiale, avait droit à un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, le Gouvernement flamand arrête le moment auquel le droit à une intervention est ouvert.

Art. 88. § 1^{er}. L'utilisateur auquel un budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est octroyé, ou son représentant, communique de nouvelles données susceptibles de donner lieu à une réduction du montant de l'allocation sans délai. Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel et les délais endéans lesquels ces modifications doivent être communiquées.

Par dérogation à l'alinéa premier, le Gouvernement flamand peut arrêter qu'aucune communication n'est requise pour les données qu'elle identifie.

§ 2. La caisse d'assurance soins revoit la décision sur l'allocation d'office si de nouvelles données donnent lieu à une modification du montant de l'allocation. Le Gouvernement flamand règle la procédure de révision.

§ 3. L'utilisateur ou son représentant peut former un recours administratif contre la décision de la caisse d'assurance soins. Le Gouvernement flamand règle la procédure de recours administratif. Il peut mettre en place une commission d'appel administratif multidisciplinaire ou déterminer l'instance chargée du recours administratif. Le Gouvernement flamand peut instituer différentes chambres au sein de cette commission d'appel administratif. Il peut fixer des jetons de présence et des indemnités.

Art. 89. Après l'épuisement de la procédure de recours administratif, visée à l'article 88, § 3, un recours peut être formé auprès du tribunal du travail par l'utilisateur ou par son représentant. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

Art. 90. Le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est payé conformément aux dispositions arrêtées par le Gouvernement flamand.

L'allocation peut sur demande être octroyée à l'utilisateur comme une avance aux allocations et indemnités, visées aux articles 75 et article 85, § 3. Le Gouvernement flamand arrête les conditions, le mode et le montant maximal pour l'octroi des avances, ainsi que le mode de leur recouvrement. La caisse d'assurance soins est subrogée aux droits de l'utilisateur jusqu'au montant des avances accordées.

CHAPITRE 4. — *Le budget d'assistance de base*

Section 1^{re}. — Modalités d'application

Art. 91. La caisse d'assurance soins octroie un budget d'assistance de base aux personnes handicapées qui ont un besoin de soins et de soutien qui peut clairement être établi. Le budget d'assistance de base est octroyé conformément aux articles 4, 5 et 6 du décret portant le financement qui suit la personne.

La caisse d'assurance soins octroie le budget d'assistance de base sous forme d'un montant forfaitaire mensuel.

Section 2. — Procédure

Art. 92. § 1^{er}. La caisse d'assurance soins décide de l'intervention après la réception des données provenant de fichiers qui donnent lieu à un octroi automatique tel que visé à l'article 8.

La demande, telle que visée à l'article 8, est introduite auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié conformément à l'article 42. Le Gouvernement flamand arrête les règles auxquelles la demande doit satisfaire.

Le Gouvernement flamand peut arrêter les modalités relatives au traitement de la demande ou à l'octroi automatique, ainsi que le délai endéans lequel la décision est prise.

La décision à la suite de la demande, visée à l'alinéa deux, sur l'évaluation du handicap et du besoin de soins et de soutien qui peut clairement être établi est communiquée à la caisse d'assurance soins par voie de fichier. La caisse d'assurance soins prend une décision conformément à l'alinéa premier.

§ 2. L'intervention s'élève à 300 euros par mois. Le Gouvernement flamand peut arrêter l'indexation de ce montant. La caisse d'assurance soins assure l'exécution.

§ 3. La caisse d'assurance soins établit la durée de l'intervention dans les limites fixées par le Gouvernement flamand. Si la décision n'est pas valide pour une durée indéterminée, le Gouvernement flamand règle la procédure de prolongation de la décision.

§ 4. La caisse d'assurance soins peut revoir la décision sur l'intervention si une modification se produit dans la situation de l'utilisateur. Le Gouvernement flamand règle la procédure de révision.

§ 5. L'utilisateur ou son représentant peut former un recours administratif contre la décision de la caisse d'assurance soins. Le Gouvernement flamand règle la procédure de recours administratif, et peut instituer une procédure de recours administratif distincte et différenciée portant sur le besoin de soins et de soutien qui peut être clairement constaté, tel que visé à l'article 91, alinéa premier. Il peut mettre en place une commission d'appel administratif multidisciplinaire ou déterminer l'instance chargée du recours administratif. Le Gouvernement flamand peut instituer différentes chambres au sein de cette commission d'appel administratif. Il peut fixer des jetons de présence et des indemnités.

Art. 93. Après l'épuisement de la procédure de recours administratif, telle que visée à l'article 92, § 3, un recours peut être formé auprès du tribunal du travail par l'utilisateur ou par son représentant. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

Art. 94. Le droit à une intervention est, selon le cas, ouvert au moment suivant :

1° à la date de début de l'attestation sur la base de laquelle le besoin de soins et de soutien qui peut être clairement établi, a effectivement été établi, si le budget d'assistance de base est octroyé sur la base d'une attestation ;

2° à la date de la demande si le budget d'assistance de base est octroyé après qu'une demande a été introduite ;

3° à la date de cessation du budget de soins et d'aide indirectement accessibles, tel que visé à l'article 15 du décret portant le financement qui suit la personne.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le droit à une intervention est ouvert sur la base de la date fixe déterminée par le Gouvernement flamand en application de l'octroi progressif du budget d'assistance de base, visé à l'article 4, alinéa 3, du décret portant le financement qui suit la personne.

L'exécution de l'intervention commence à partir du premier jour du mois qui suit la date à laquelle le droit à une intervention est ouvert.

TITRE 3. — *Le ticket de soins*

CHAPITRE 1^{er}. — *Octroi de tickets de soins*

Art. 95. § 1^{er}. Sur la base d'une indication, telle que visée à l'article 63, § 2, un profil de soins de la personne présentant un besoin en soins, est établi.

L'indication peut ouvrir le droit de l'utilisateur à un ticket de soins. Ce ticket permet à l'utilisateur de bénéficier de soins de son choix dans une infrastructure de soins agréée. Dans des situations de soins complexes, un plan de soins est établi, auquel l'utilisateur a accès et qui permet d'affecter le ticket de soins aux soins intégrés et qui tient compte des choix et des buts de la vie de l'utilisateur, qui tient la régie en mains. Les interventions sont accordées par la caisse d'assurance soins au moyen d'un droit de tirage.

Le Gouvernement flamand peut arrêter que le ticket de soins est exprimé en catégories de budget ou en points qui correspondent à un nombre d'unités de soins.

Le Gouvernement flamand arrête pour chaque profil de dépendance entre autres :

1° la composition, l'ampleur et le mode de calcul des tickets de soins ;

2° les infrastructures de soins et les soins auxquels l'utilisateur peut, selon son choix, affecter les tickets de soins ;

3° les modalités sous lesquelles les tickets de soins sont octroyés.

Le Gouvernement flamand peut dans ce cadre à titre temporaire faire une distinction entre les différents piliers ou endéans un pilier de la protection sociale flamande, en tenant compte des caractéristiques spécifiques du pilier ou du type d'infrastructure de soins.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure pour le recouvrement par les infrastructures de soins agréées des tickets de soins, tels que visés au paragraphe 1^{er} auprès des caisses d'assurance soins.

§ 3. Sur la base de l'évaluation des projets pilotes, tels que visés à l'article 139, le Gouvernement flamand peut, par dérogation au paragraphe 1^{er}, convertir, en tout ou en partie, le paiement au moyen d'un droit de tirage pour les piliers, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4^o et 7^o, en un paiement direct d'un budget en espèces à la personne présentant un besoin en soins.

Le Gouvernement flamand règle, le cas échéant, le mode dont la caisse d'assurance soins exerce un contrôle sur l'affectation par l'utilisateur du budget en espèces au bénéfice des infrastructures de soins de son choix.

CHAPITRE 2. — *Cotisation d'usager*

Art. 96. § 1^{er}. Une contribution d'usager peut être demandée à un usager à qui des soins sont administrés dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4^o à 8^o inclus.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités pour chaque pilier et peut établir les tarifs. Le Gouvernement flamand peut appliquer des corrections sociales à la contribution d'usager. Il tient compte de la capacité financière de l'usager et peut également tenir compte de la spécificité de certains piliers ou structures de soins.

§ 2. Le Gouvernement flamand peut établir des modalités pour le mode de calcul de la contribution pour les frais de logement et du coût de la vie, qui sont à charge de l'usager qui fait appel aux soins, qui impliquent un séjour de jour ou de nuit.

Le Gouvernement flamand peut prévoir des exemptions pour des groupes-cibles particuliers et des corrections sociales, en tenant compte de la capacité financière de l'usager.

§ 3. Pour définir la capacité financière de l'usager, il est au moins tenu compte des revenus et de la composition du ménage.

§ 4. Sans préjudice de l'application de l'article 2, alinéa premier, 6^o, le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par les notions de 'frais de logement' et de 'frais du coût de la vie'.

Art. 97. Le Gouvernement flamand règle le contrôle par échantillonnage que les caisses d'assurance soins exercent sur l'imputation des contributions d'usager et des contributions pour les frais de logement et du coût de la vie, tels que visés à l'article 96 par les infrastructures de soins.

Art. 98. Si des dérogations systématiques sont constatées dans le cadre de l'imputation des montants, tels que visés à l'article 96, l'agrément de l'infrastructure de soins concernée peut être suspendu ou retiré.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par dérogations systématiques, telles que visées à l'alinéa premier et l'instance qui impose la suspension ou le retrait. Le Gouvernement flamand arrête la période de la suspension de l'agrément.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures supplémentaires relatives à l'imposition de la suspension ou du retrait de l'agrément, qui contiennent au moins la possibilité d'introduire une objection auprès du Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille, tel que visé à l'article 12 du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande du Bien-Etre, de la Santé et de la Famille et d'un Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Après épuisement de la procédure de réclamation, visée à l'alinéa trois, un recours contre la décision peut être formé auprès du Conseil d'État. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de soixante jours de la date de réception de la décision contestée.

Art. 99. § 1^{er}. Si des dérogations systématiques sont constatées dans le cadre de l'imputation des montants, tels que visés à l'article 96, l'agence peut imposer une amende administrative à l'infrastructure de soins concernée.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par dérogations systématiques, telles que visées au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

Le montant de l'amende administrative, telle que visée à l'alinéa premier, s'élève entre 500 et 5000 euros.

§ 2. L'article 68, § 2 à § 5, s'applique par analogie.

Art. 100. Le Gouvernement flamand arrête la procédure et les conditions pour la facturation des cotisations d'usager et des contributions pour les frais de logement et le coût de la vie par les infrastructures de soins agréées aux usagers et pour le contrôle par échantillonnage sur ces contributions par les caisses d'assurance soins.

Le Gouvernement flamand arrête entre autres les composants dont sont constituées les factures rédigées par les infrastructures de soins agréées.

Art. 101. § 1^{er}. Si des défaillances systématiques sont constatées dans le cadre de l'observation de la procédure et des conditions, telles que visées à l'article 100, l'agence peut imposer une amende administrative à l'infrastructure de soins concernée.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par défaillances systématiques, telles que visées au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

Le montant de l'amende administrative, telle que visée à l'alinéa premier, s'élève entre 500 et 5000 euros.

§ 2. L'article 68, § 2 à § 5, s'applique par analogie.

Art. 102. Les réductions des sources de revenus d'infrastructures de soins agréées par l'application de sanctions ou d'autres mesures financières, ne peuvent pas être imputées aux usagers.

CHAPITRE 3. — *Soins offerts en dehors de la région de langue néerlandaise et en dehors d'infrastructures de soins agréées par la Communauté flamande dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale*

Art. 103. § 1^{er}. L'octroi de tickets de soins est refusé si l'utilisateur ne se trouve pas de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ou si les soins ne sont pas administrés par des infrastructures de soins en région de langue néerlandaise ou par des infrastructures dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, à cause de leur organisation, doivent être considérées comme relevant exclusivement de la Communauté flamande.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, les tickets de soins peuvent toutefois être octroyés :

1° aux conditions, telles que visées dans la réglementation internationale relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

2° aux conditions arrêtées par le Gouvernement flamand pour la réception de soins dans un autre état-membre de l'Union européenne, dans un autre état qui est partie à l'Espace économique européen ou en Suisse, conformément à la directive sur les droits des patients ou conformément aux conventions conclues entre l'Autorité flamande et les infrastructures de soins dans d'autres états-membres de l'Union européenne ;

3° aux conditions, arrêtées par le Gouvernement flamand, ou sur la base d'accords conclus dans le cadre d'accords de coopération avec d'autres états-membres, pour la réception ou l'administration de soins dans d'autres états-membres.

La caisse d'assurance soins décide de l'octroi des interventions, telles que visées à l'alinéa premier, après avis conforme de la " Expertencommissie ". Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure pour l'octroi des interventions, telles que visées au présent paragraphe.

Art. 104. L'utilisateur ou son représentant peut former un recours contre les décisions de la caisse d'assurance soins, telles que visées à l'article 103, auprès du tribunal du travail dans un délai de trois mois après la réception de la décision contestée. Le recours contre la décision de la caisse d'assurance soins fait en même temps office de recours contre l'avis conforme de la " Expertencommissie ".

Dans les cas, tels que visés dans l'alinéa premier, tant la caisse d'assurance soins que l'agence sont convoquées pour comparaître comme défenderesses dans la procédure devant le tribunal du travail. Si l'utilisateur néglige de faire convoquer les deux parties, conformément à la requête qu'il a déposée, le Ministère public auprès des tribunaux du travail associe la partie absente encore à la procédure conformément à l'article 138bis du Code judiciaire.

L'agence peut faire appel à la " Expertencommissie " dans le cadre de la défense devant le tribunal du travail.

TITRE 4. — L'intervention pour aides à la mobilité

CHAPITRE 1^{er}. — *Octroi d'interventions*

Art. 105. § 1^{er}. Le financement d'aides à la mobilité dans le cadre de la protection sociale flamande consiste en l'octroi par la caisse d'assurance soins d'une intervention à l'utilisateur, qui est établie conformément à l'article 108 et qui est payée au moyen de droits de tirage.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure pour le recouvrement par les fournisseurs d'aides à la mobilité des interventions, telles que visées au paragraphe 1^{er}, auprès des caisses d'assurance soins.

La facturation des interventions, telles que visées au paragraphe 1^{er}, est effectuée par le fournisseur d'aides à la mobilité en tant qu'indépendant ou par l'entreprise au service de laquelle le fournisseur concerné d'aides à la mobilité travaille. Le fournisseur d'aides à la mobilité autorise l'entreprise, le cas échéant, en vue de la facturation des interventions.

Art. 106. Le financement pour aides à la mobilité prend la forme d'interventions dans le cadre de l'achat d'aides à la mobilité, d'une part, et d'interventions sous la forme de forfaits de location périodiques d'autre part.

Le Gouvernement flamand arrête les cas dans lesquels un usager qui est éligible à une intervention pour une aide à la mobilité, a droit à une intervention dans le cadre de l'achat d'une aide à la mobilité ou à une intervention sous la forme d'un forfait de location périodique.

Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel les interventions, telles que visées à l'alinéa premier, sont indexées.

Art. 107. Le Gouvernement flamand fixe le montant des interventions pour les aides à la mobilité et arrête les conditions auxquelles il doit être satisfait pour qu'une intervention pour une aide à la mobilité peut être octroyée. Dans ce cadre, le Gouvernement flamand définit entre autres :

- 1° l'utilisation prévue des aides à la mobilité ;
- 2° les spécifications fonctionnelles des aides à la mobilité ;
- 3° les critères de renouvellement pour les différentes aides à la mobilité ;
- 4° les critères de paiement pour l'aide à la mobilité, pour la mise à l'essai de l'aide à la mobilité et les ajustements à l'aide à la mobilité ;
- 5° les cumuls possibles d'aides à la mobilité ;
- 6° les critères de paiement pour l'entretien et la réparation.

CHAPITRE 2. — *Indication*

Art. 108. § 1^{er}. L'intervention octroyée à l'utilisateur, telle que visée à l'article 105, est établie en fonction de l'aide à la mobilité pour laquelle l'utilisateur entre en ligne de compte, compte tenu de la réduction de sa mobilité, de ses besoins fonctionnels et de ses buts dans la vie.

§ 2. La réduction de la mobilité de l'utilisateur, ses besoins fonctionnels et ses buts dans la vie sont évalués au moyen de l'ICF, par des indicateurs qui ont été désignés à cette fin dans les procédures de demande qui ont été arrêtées par le Gouvernement flamand conformément à l'article 126, suite à l'application d'une indication par un indicateur.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures pour l'agrément d'indicateurs et arrête les procédures pour l'application par des indicateurs d'indications et pour l'évaluation par le fournisseur d'aides à la mobilité de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usage entre en ligne de compte sur la base de l'indication.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles l'indicateur est indemnisé pour la l'application d'indications et fixe le montant des indemnités.

§ 3. Conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand, l'utilisateur souffrant d'une maladie dégénérative progressive, qui dispose déjà d'une aide à la mobilité suite à l'application d'une indication, telle que visée au paragraphe 2, peut introduire une demande motivée pour obtenir une intervention pour une autre aide à la mobilité sans qu'une nouvelle indication ne soit requise.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures pour l'introduction des demandes motivées, telles que visées à l'alinéa premier.

En vue de la motivation de la demande, telle que visée à l'alinéa premier, l'utilisateur ou son représentant peut faire appel à l'assistance, qui est accordée par les organisations qui ont été désignées à cet effet par le Gouvernement flamand. Le Gouvernement flamand arrête les modalités d'octroi de cette assistance.

Art. 109. Le Gouvernement flamand définit la procédure pour le contrôle par la ' Zorgkassencommissie ' sur les indications, telles que visées à l'article 108, § 2 et sur l'évaluation par le fournisseur d'aides à la mobilité de l'aide à la mobilité pour laquelle l'utilisateur entre en ligne de compte.

Les contrôles, tels que visés à l'alinéa premier, et dans les cas, tels qu'arrêtés par le Gouvernement flamand, sont initiés par l'agence, qui peut entre autres faire une sélection des cas qui sont éligibles à un contrôle. L'agence dispose, le cas échéant, des données nécessaires à cette prise d'initiative.

Le Gouvernement flamand arrête la procédure à suivre pour assurer la qualité, l'exactitude, l'objectivité, l'égalité de traitement et l'uniformité de l'application de l'indication et de l'évaluation de l'aide à la mobilité pour laquelle l'utilisateur est éligible.

Art. 110. S'il est constaté qu'un indicateur applique les indications, telles que visées à l'article 108, § 2, de façon incorrecte ou qu'il ne les met pas en oeuvre endéans le délai prévu à cet effet, l'agence peut imposer des mesures, qui comprennent le suivi d'une trajectoire de rémediation.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par une application erronée des indications, telle que visée à l'alinéa premier et arrête la concrétisation des mesures, telles que visées à l'alinéa premier.

Art. 111. L'agrément d'une organisation, structure de soins ou prestataire de soins comme indicateur peut être suspendu ou retiré si cette organisation, structure de soins ou prestataire de soins persiste à appliquer les évaluations des besoins, telles que visées à l'article 108, § 2, incorrectement.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par la persistance d'une application incorrecte des indications et par la persistance dans la non-exécution des indications endéans le délai prévu à cet effet, tel que visé à l'alinéa premier et l'instance qui impose la suspension ou le retrait de l'agrément. Le Gouvernement flamand arrête la période de la suspension de l'agrément.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures supplémentaires relatives à l'imposition de la suspension ou du retrait de l'agrément, à l'inclusion de la possibilité d'introduire une objection auprès du Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, tel que visé à l'article 12 du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande du Bien-Etre, de la Santé et de la Famille et d'un Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Après épuisement de la procédure de réclamation, visée à l'alinéa trois, un recours contre la décision peut être formé auprès du Conseil d'État. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de soixante jours de la date de réception de la décision contestée.

Art. 112. § 1^{er}. L'agence peut imposer une amende administrative à un indicateur qui persiste à appliquer incorrectement les indications, telles que visées à l'article 108, § 2 ou qui ne les met pas en oeuvre endéans le délai prévu à cet effet ou à un fournisseur d'aides à la mobilité qui persiste à établir une évaluation erronée des aides à la mobilité auxquelles des usagers sont éligibles.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par une persistance dans l'application erronée d'indications, par une persistance dans la non-exécution d'indications endéans un délai prévu à cet effet et par une évaluation incorrecte systématique des aides à la mobilité auxquelles des usagers sont éligibles, telles que visées à l'alinéa premier.

Le montant de l'amende administrative, telle que visée à l'alinéa premier, s'élève entre 500 et 5000 euros.

§ 2. L'article 68, § 2 à § 5, s'applique par analogie.

CHAPITRE 3. — *Liste des produits admis au remboursement*

Art. 113. § 1^{er}. Pour que des usagers soient éligibles à une intervention pour aides à la mobilité et sans préjudice de l'application des articles 119 et 122, les aides à la mobilité concernées doivent figurer sur la liste de produits admis au remboursement, qui contient de l'information structurée et transparente relative aux prix des aides à la mobilité et au montant des interventions, telles que visées à l'article 105.

§ 2. La liste, telle que visée au paragraphe 1^{er}, est rédigée et ajustée par le Gouvernement flamand sur la base des conditions et procédures qu'il arrête et sur la base des critères d'adoption définis par lui, selon lesquels les aides à la mobilité peuvent être classées en différentes catégories.

Pour les aides à la mobilité qui sont prêtées à l'utilisateur, conformément à l'article 106, le Gouvernement flamand peut arrêter des critères d'adoption distincts.

§ 3. Le Gouvernement flamand arrête la procédure qui doit être suivie par les entreprises qui demandent l'adoption, un changement ou la radiation d'une aide à la mobilité dans la liste des produits admis au remboursement. Il arrête en plus les délais et les obligations qui doivent être respectés dans le cas d'une demande d'adoption, de modification ou de radiation.

Dans le cas de la radiation d'une aide à la mobilité de la liste, le Gouvernement flamand arrête le délai après la date de la radiation endéans lequel l'aide à la mobilité concernée reste remboursable.

CHAPITRE 4. — *Tarifs et contributions d'utilisateur*

Art. 114. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête les tarifs que le fournisseur d'aides à la mobilité peut facturer dans le cadre de la vente et de la location d'aides à la mobilité. Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel les tarifs sont indexés.

Les tarifs, tels que visés à l'alinéa premier, sont facturés aux caisses d'assurance soins à concurrence du montant de l'intervention à laquelle l'utilisateur a droit, conformément à l'article 105.

Si les tarifs dépassent le montant de l'intervention à laquelle l'utilisateur a droit, ils sont facturés à l'utilisateur sous la forme d'un supplément.

Dans l'alinéa trois, il faut entendre par supplément : la différence entre le tarif complet, à facturer par le fournisseur d'aides à la mobilité pour une aide à la mobilité et le montant de l'intervention pour aides à la mobilité auquel l'utilisateur a droit.

§ 2. Une contribution d'utilisateur peut être facturée à un usager à qui une intervention pour une aide à la mobilité est octroyée, conformément à l'article 105. Le Gouvernement flamand arrête les tarifs, le cas échéant, et en fixe les modalités.

Le Gouvernement flamand peut appliquer des corrections sociales à la cotisation d'utilisateur, telle que visée à l'alinéa premier. Il peut dans ce cadre tenir compte de la capacité financière de l'utilisateur et de la situation familiale.

Art. 115. Le Gouvernement flamand règle le contrôle par les caisses d'assurance soins sur la facturation par les fournisseurs d'aides à la mobilité des tarifs et cotisations d'utilisateur, tels que visés à l'article 114.

Art. 116. Si des dérogations systématiques sont constatées dans le cadre de la facturation des montants, tels que visés à l'article 114, l'autorisation du fournisseur concerné d'aides à la mobilité, accordée conformément à l'article 122, peut être suspendue ou retirée.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par dérogations systématiques, telles que visées à l'alinéa premier et l'instance qui impose la suspension ou le retrait de l'autorisation. Le Gouvernement flamand arrête la période de la suspension de l'autorisation.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures supplémentaires relatives à l'imposition de la suspension ou du retrait de l'autorisation, à l'inclusion de la possibilité d'introduire une objection auprès du Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, tel que visé à l'article 12 du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande du Bien-Etre, de la Santé et de la Famille et d'un Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Après épuisement de la procédure de réclamation, visée à l'alinéa trois, un recours contre la décision peut être formé auprès du Conseil d'Etat. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de soixante jours de la date de réception de la décision contestée.

Art. 117. § 1^{er}. Si des dérogations systématiques sont constatées dans le cadre de la facturation des montants, telle que visée à l'article 114, l'agence peut imposer une amende administrative au fournisseur concerné d'aides à la mobilité ou à l'entreprise pour le compte de laquelle le fournisseur concerné d'aides à la mobilité travaille.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par dérogations systématiques, telles que visées au paragraphe 1^{er}, alinéa premier.

Le montant de l'amende administrative, telle que visée à l'alinéa premier, s'élève entre 500 et 5000 euros.

§ 2. L'article 68, § 2 à § 5, s'applique par analogie.

Art. 118. Les réductions des sources de revenus de fournisseurs d'aides à la mobilité pour cause de l'application de sanctions ou d'autres mesures financières, ne peuvent pas être imputées aux usagers.

CHAPITRE 5. — *Droit à une intervention pour aides à la mobilité*

Art. 119. § 1^{er}. Tout usager souffrant d'une réduction de la mobilité, qui est le résultat d'un trouble physique, mental, cognitif ou psychologique, est éligible à une intervention pour une aide à la mobilité, telle que visée à l'article 105. L'aide à la mobilité permet à l'utilisateur de mettre en oeuvre des activités ou des tâches de manière autonome ou avec moins d'assistance et favorise la participation de l'utilisateur dans la société.

La réduction de la mobilité de l'utilisateur doit être de nature définitive ou être au moins égale au délai de renouvellement qui est défini en application de l'article 107, 3^o.

Dans le premier alinéa, il faut entendre par trouble : une déviation dans ou la perte de fonctions ou de caractéristiques anatomiques.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 108, le Gouvernement flamand arrête les conditions supplémentaires sous lesquelles des usagers souffrant d'une réduction de la mobilité sont éligibles à une intervention pour une aide à la mobilité.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, le Gouvernement flamand peut arrêter des cas d'exception dans lesquels des usagers ne sont pas éligibles à une intervention pour aides à la mobilité.

Art. 120. Tout usager qui réside ou travaille dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui s'est de son plein gré affilié à une caisse d'assurance soins, peut demander une intervention pour une aide à la mobilité auprès de cette caisse d'assurance soins pour l'achat ou pour la location d'une aide à la mobilité, conformément aux conditions et aux procédures, telles que visées dans le présent titre.

L'intervention, telle que visée à l'alinéa premier, est refusée si l'utilisateur demande ou reçoit une intervention pour une aide à la mobilité, conformément à la réglementation arrêtée par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles le droit aux interventions, telles que visées à l'alinéa premier, peut être ouvert en faveur d'utilisateurs qui ont par le passé reçu une intervention conformément à la réglementation arrêtée par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale ou conformément à la réglementation de la région de langue française ou de langue allemande.

Art. 121. § 1^{er}. L'intervention pour aides à la mobilité, telles que visées à l'article 105, est refusée si l'utilisateur ne s'adresse pas à un fournisseur d'aides à la mobilité qui est autorisé, conformément à l'article 122, de louer ou de vendre des aides à la mobilité.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, les interventions, telles que visées au paragraphe 1^{er}, peuvent toutefois être octroyées :

1° aux conditions, telles que visées dans la réglementation internationale relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

2° aux conditions arrêtées par le Gouvernement flamand pour l'achat d'aides à la mobilité dans un autre état fédéré ou dans un autre état-membre de l'Union européenne, dans un autre état qui est partie à l'Espace économique européen ou en Suisse, conformément à la réglementation européenne.

La caisse d'assurance soins décide de l'octroi des interventions, telles que visées à l'alinéa premier, conformément aux conditions et aux procédures, telles qu'arrêtées par le Gouvernement flamand.

CHAPITRE 6. — Fournisseurs d'aides à la mobilité

Art. 122. Sans préjudice de l'application de l'obligation d'agrément, telle que visée dans l'article 72 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions supplémentaires auxquelles les fournisseurs d'aides à la mobilité et, le cas échéant, l'entreprise pour le compte de laquelle le fournisseur travaille, doivent satisfaire pour que les fournisseurs soient autorisés à vendre ou à louer des aides à la mobilité.

Ces conditions supplémentaires peuvent entre autres concerner :

1° des exigences relatives à la qualité et à la formation des prix conforme au marché et la transparence à ce sujet ;

2° le recyclage, qu'il soit périodique ou non ;

3° des compétences ou qualifications supplémentaires en vue de la vente ou de la location d'aides à la mobilité de usagers souffrant de maladies dégénératives progressives ;

4° des obligations administratives.

Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour l'application des conditions supplémentaires, telles que visées à l'alinéa premier, et organise le contrôle sur l'application de celles-ci.

Art. 123. Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures pour l'offre, la fourniture et l'entretien et la réparation des aides à la mobilité par les fournisseurs d'aides à la mobilité. Ces conditions et procédures concernent entre autres :

1° les délais et obligations de livraison ;

2° les obligations d'information ;

3° les aménagements à effectuer ;

4° les réparations à effectuer ;

5° la conclusion d'assurances responsabilité ;

6° les conditions de facturation ;

7° les conditions de garantie à respecter.

Le Gouvernement flamand règle la surveillance et le contrôle par les caisses d'assurance soins sur le respect des conditions et des procédures qui sont arrêtées conformément à l'alinéa premier.

Art. 124. Si des défaillances sont constatées dans le cadre des procédures et des conditions, telles que visées à l'article 123, ou s'il est constaté que le fournisseur d'aides à la mobilité persiste à effectuer des évaluations incorrectes des aides à la mobilité auxquelles des usagers sont éligibles, l'autorisation du fournisseur concerné d'aides à la mobilité, tel que visé à l'article 122, peut être suspendue ou retirée.

Le Gouvernement flamand désigne l'instance qui suspend ou retire l'autorisation. Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par une persistance dans l'évaluation incorrecte des aides à la mobilité auxquelles des usagers sont éligibles, telle que visée à l'alinéa premier et arrête la période de la suspension de l'autorisation.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et les procédures supplémentaires relatives à l'imposition de la suspension ou du retrait de l'autorisation, à l'inclusion de la possibilité d'introduire une objection auprès du Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, tel que visé à l'article 12 du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande du Bien-Etre, de la Santé et de la Famille et d'un Comité d'avis pour les Structures du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Après épuisement de la procédure de réclamation, visée à l'alinéa trois, un recours contre la décision peut être formé auprès du Conseil d'État. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de soixante jours de la date de réception de la décision contestée.

Art. 125. § 1^{er}. Si des défaillances sont constatées dans le cadre des procédures et conditions, telles que visées à l'article 123, l'agence peut imposer une amende administrative au fournisseur concerné d'aides à la mobilité ou à l'entreprise pour le compte de laquelle le fournisseur concerné d'aides à la mobilité travaille.

Le montant de l'amende administrative, telle que visée à l'alinéa premier, s'élève entre 500 et 5000 euros.

§ 2. L'article 68, § 2 à § 5, s'applique par analogie.

CHAPITRE 7. — *Procédure de demande après indication*

Art. 126. § 1^{er}. Toute demande d'une intervention pour l'achat ou la location d'une aide à la mobilité est introduite auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié conformément à l'article 42, conformément aux conditions et procédures arrêtées par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand peut prévoir des documents type, qui sont utilisés, le cas échéant, par l'utilisateur et les autres acteurs concernés par la demande.

§ 2. Les caisses d'assurance soins traitent chaque demande et prennent une décision conformément aux conditions, délais et procédures arrêtés par le Gouvernement flamand.

§ 3. Dans les cas dans lesquels, conformément à l'article 34, la 'Zorgkassencommissie' est chargée de contrôles préalables, elle émet un avis conforme à l'attention de la caisse d'assurance soins au sujet de l'indication et de l'évaluation de l'aide à la mobilité à laquelle l'utilisateur est éligible dans le délai arrêté par le Gouvernement flamand.

§ 4. Les conditions, délais et procédures relatifs à la demande d'une intervention et au traitement des demandes introduites, tels qu'arrêtés par le Gouvernement flamand, peuvent varier, entre autres en fonction de la complexité de l'aide à la mobilité demandée et en fonction du groupe-cible concerné.

Art. 127. L'utilisateur ou son représentant peut former un recours contre les décisions de la caisse d'assurance soins relatives à l'octroi de l'intervention, telle que visée à l'article 105, auprès du tribunal du travail dans un délai de trois mois après la réception de la décision contestée. Le recours contre la décision de la caisse d'assurance soins fait en même temps office de recours contre l'avis conforme de la "Zorgkassencommissie", délivré conformément à l'article 126, § 3.

Dans les cas, tels que visés dans l'alinéa premier, tant la caisse d'assurance soins que l'agence sont convoquées pour comparaître comme défenderesses dans la procédure devant le tribunal du travail. Si l'utilisateur néglige de faire convoquer les deux parties, conformément à la requête qu'il a déposée, le Ministère public auprès des tribunaux du travail associe la partie absente encore à la procédure conformément à l'article 138bis du Code judiciaire.

L'agence peut faire appel à la "Zorgkassencommissie" dans le cadre de la défense devant le tribunal du travail.

CHAPITRE 8. — *Dispositions qui s'appliquent uniquement aux interventions dans le cadre de l'achat d'aides à la mobilité*

Art. 128. La caisse d'assurance soins peut octroyer une intervention forfaitaire à l'utilisateur pour le compte de qui une demande est introduite pour l'achat d'une aide à la mobilité autre que l'aide à la mobilité à laquelle il est éligible sur la base de ses indications fonctionnelles. Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure relatives à l'octroi d'interventions forfaitaires.

Art. 129. S'il s'avère que l'aide à la mobilité à laquelle l'utilisateur est éligible, n'est pas reprise sur la liste des produits admis au remboursement, telle que visée à l'article 113, ou, si sur la base de la spécificité des besoins de l'utilisateur, une intervention supplémentaire est justifiée pour l'aide à la mobilité à laquelle l'utilisateur est éligible et qui est reprise sur la liste des produits admis au remboursement, telle que visée à l'article 113, l'utilisateur ou son représentant peut introduire une demande d'intervention sur la base de besoins spécifiques auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié conformément à l'article 42.

La caisse d'assurance traite les demandes, telles que visées à l'alinéa premier conformément aux conditions et aux procédures arrêtées par le Gouvernement flamand. La caisse d'assurance soins transmet les demandes, si elles sont recevables, à la "Bijzondere Technische Commissie", telle que visée à l'article 133. La "Bijzondere Technische Commissie" évalue les demandes sur la base des critères d'évaluation et endéans les délais arrêtés par le Gouvernement flamand et donne un avis conforme à la caisse d'assurance soins.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions, procédures et délais pour l'introduction, la recevabilité et l'évaluation des demandes, telles que visées à l'alinéa premier. Il peut, pour ce qui est de la recevabilité, faire appel à la "Zorgkassencommissie".

L'utilisateur ou son représentant peut former un recours auprès du tribunal du travail contre les décisions de la caisse d'assurance soins, prises conformément aux alinéas deux et trois, dans un délai de trois mois après la réception de la décision contestée. Le recours contre la décision de la caisse d'assurance soins fait en même temps office de recours contre l'avis conforme de la "Bijzondere Technische Commissie" ou de la "Zorgkassencommissie".

Dans les cas, tels que visés dans l'alinéa quatre, tant la caisse d'assurance soins que l'agence sont convoquées pour comparaître comme défenderesses dans la procédure devant le tribunal du travail. Si l'utilisateur néglige de faire convoquer les deux parties, conformément à la requête qu'il a déposée, le Ministère public auprès des tribunaux du travail associe la partie absente encore à la procédure conformément à l'article 138bis du Code judiciaire.

L'agence peut faire appel à la "Bijzondere Technische Commissie" ou à la "Zorgkassencommissie" dans le cadre de la défense devant le tribunal du travail.

CHAPITRE 9. — *Dispositions qui s'appliquent uniquement aux interventions sous la forme d'un forfait périodique de location*

Art. 130. Dans le présent chapitre, il faut entendre par forfait périodique de location : les interventions forfaitaires périodiques destinées à la location d'une aide à la mobilité, octroyée à l'utilisateur, dans les cas arrêtés par le Gouvernement flamand, conformément à l'article 106, alinéa deux.

Le forfait de location, tel que visé à l'alinéa premier, couvre la location périodique de l'aide à la mobilité concernée pour l'utilisateur d'une part et les frais arrêtés par le Gouvernement flamand d'autre part.

Art. 131. L'octroi d'un forfait périodique de location peut uniquement être octroyé à condition qu'un contrat de location soit conclu entre le fournisseur d'aides à la mobilité et l'utilisateur.

Le Gouvernement flamand arrête les engagements qui doivent être repris dans chaque contrat de location et fixe les modalités de résiliation des contrats de location.

Le Gouvernement flamand établit un modèle de contrat de location.

CHAPITRE 10. — *Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 132. § 1^{er}. Une 'Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen' est établie au sein de l'agence, qui émet des avis sur divers aspects du développement et de la mise en oeuvre de la politique en matière d'aides à la mobilité et dont le Gouvernement flamand arrête la composition, l'organisation et les règles de fonctionnement.

Le Gouvernement flamand arrête le statut et la rémunération des membres de la 'Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen' et définit les incompatibilités.

§ 2. La 'Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen' est chargée des tâches à arrêter par le Gouvernement flamand, qui comprennent entre autres :

1° la fourniture d'avis et la formulation de propositions dans le cadre des ajustements de la liste des produits admis au remboursement, telle que visée à l'article 113, § 2 ;

2° la fourniture d'avis et la formulation de propositions dans le cadre d'ajustements des montants des interventions pour aides à la mobilité qui ont été définis conformément à l'article 107 et la formulation des conditions auxquelles il doit être satisfait pour qu'une intervention pour une aide à la mobilité puisse être octroyée.

CHAPITRE 11. — *Bijzondere Technische Commissie*

Art. 133. § 1^{er}. La 'Bijzondere Technische Commissie', dont le Gouvernement flamand arrête la composition, l'organisation et les règles de fonctionnement, est établie au sein de l'agence

Le Gouvernement flamand peut imposer des conditions relatives à l'expertise dont les membres de la 'Bijzondere Technische Commissie' doivent disposer.

Le Gouvernement flamand arrête le statut et la rémunération des membres de la 'Bijzondere Technische Commissie' et définit les incompatibilités. L'agence est chargée du soutien administratif de la 'Bijzondere Technische Commissie'.

§ 2. La 'Bijzondere Technische Commissie' est entre autres chargée de l'évaluation individuelle de demandes d'interventions sur la base de besoins individuels spécifiques et dans le cadre d'aides innovatrices à la mobilité qui ne sont pas reprises sur la liste de produits admis au remboursement, introduites conformément à l'article 129.

Le Gouvernement flamand arrête ce qu'il faut entendre par besoins spécifiques, tels que visés à l'alinéa premier.

La 'Bijzondere Technische Commissie' peut, en ce qui concerne l'octroi d'interventions pour les aides à la mobilité, telles que visées à l'alinéa premier, uniquement donner des avis conformes, tels que visés à l'article 129, alinéa deux, à concurrence de la quote-part arrêtée par le Gouvernement flamand des crédits budgétaires prévus pour le financement d'aides à la mobilité.

§ 3. Périodiquement, aux moments que le Gouvernement flamand arrête et conformément à la procédure arrêtée par le Gouvernement flamand, la 'Bijzondere Technische Commissie' rend des comptes à l'égard de la 'Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen' au sujet des procédures d'évaluation individuelle, telles que visées au paragraphe 2, alinéa premier. La 'Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen' tient compte des comptes rendus au moment de la rédaction de son avis et lors de la formulation de ses propositions, telles que visées à l'article 132, § 2, 1° et 2°.

§ 4. Le Gouvernement flamand peut imposer des tâches supplémentaires à la 'Bijzondere Technische Commissie'.

§ 5. La 'Bijzondere Technische Commissie' dispose des données des usagers qui sont nécessaires à l'exercice de ses tâches.

§ 6. Les membres de la "Bijzondere Technische Commissie" sont tenus à l'obligation de secret concernant les données dont ils prennent connaissance pendant l'exercice de leur mission et qui s'y rapportent.

Toute infraction à ce paragraphe est passible d'une amende comprise entre cent et mille euros.

CHAPITRE 12. — *Centre de connaissances pour aides à la mobilité*

Art. 134. Le Gouvernement flamand peut arrêter les conditions et la procédure pour l'agrément et le subventionnement d'un centre de connaissances pour aides à la mobilité.

Le centre de connaissances, visé à l'alinéa premier, est, le cas échéant, entre autres chargé de :

1° la collecte de connaissance portant sur les aides à la mobilité et l'analyse de cette connaissance ;

2° la fourniture d'avis à l'attention des autorités et de ses organes consultatifs sur tous les aspects des aides à la mobilité ;

3° l'organisation de consultations du marché en vue de la détection du meilleur rapport qualité-prix ;

4° la mise en oeuvre systématique de comparaisons de prix internationales de produits similaires ;

5° le suivi de développements et d'innovations récents dans le secteur, également au niveau international ;

6° la fourniture d'information à tous les acteurs concernés.

Le Gouvernement flamand peut élargir la mission, telle que visée à l'alinéa deux.

CHAPITRE 13. — *Projets relatifs aux aides à la mobilité dans des centres de soins résidentiels*

Art. 135. Le Gouvernement flamand peut autoriser des projets dans le cadre desquels un budget est accordé directement à des centres de soins résidentiels bien définis pour l'achat ou la location d'aides à la mobilité bien définies, que les centres de soins résidentiels à leur tour mettent à la disposition de leurs résidents. Le Gouvernement flamand arrête des conditions et des règles supplémentaires en matière du budget et de l'octroi de ce budget pour ces projets.

Le Gouvernement flamand peut, pour les projets, tels que visés à l'alinéa premier, accorder des dérogations aux dispositions portant sur les interventions pour aides à la mobilité qu'il a arrêtées en exécution du présent décret.

Par projet, il faut entendre une initiative spécifique portant sur la mise à disposition, conformément à l'alinéa premier, d'un budget à des centres de soins résidentiels et caractérisé par son caractère temporaire, innovateur et expérimental.

Partie 3. — Le financement lié à l'organisation

Art. 136. § 1^{er}. Le financement lié à l'organisation concerne une contribution aux dépenses qui sont spécifiques et nécessaires à l'exploitation durable d'infrastructures de soins, indépendante des besoins en soins individuels des usagers.

§ 2. Le financement lié à l'organisation est payé aux infrastructures de soins par le Gouvernement flamand sous la forme d'un forfait.

Le forfait se décline en divers composants que le Gouvernement flamand arrête et qui peuvent avoir trait à, entre autres :

1° des frais de personnel supplémentaires et spécifiques, propres à une infrastructure de soins ;

2° des incitants à la qualité ;

3° des TIC.

Une partie de cette compensation constitue également la base d'une adéquation éventuelle entre un agrément et des garanties de qualité et une gestion efficace, ce qui sera entre autres évalué sur la base de paramètres de résultat.

Le forfait est établi au moyen d'un certain nombre de paramètres, que le Gouvernement flamand arrête.

§ 3. Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure pour l'exécution du financement lié à l'organisation et pour le contrôle sur ce financement.

Art. 137. Une subvention peut être octroyée à des infrastructures de soins qui effectuent des investissements en matière de TIC ou à des fournisseurs agréés d'aides à la mobilité ou à des entreprises pour le compte desquelles des fournisseurs agréés d'aides à la mobilité travaillent, qui font des investissements en matière de TIC.

Le Gouvernement flamand fixe les modalités relatives à la subvention, y compris le montant de la subvention, la procédure d'octroi, de même que la façon dont la surveillance concernant l'affectation des subventions est organisée.

Art. 138. Une subvention peut être octroyée pour des recherches ou pour des projets pilotes dans le cadre de la protection sociale flamande.

Le Gouvernement flamand fixe les modalités relatives à la subvention, y compris le montant de la subvention, la procédure d'octroi, de même que la façon dont la surveillance concernant l'affectation des subventions est organisée.

Art. 139. Pour les piliers, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4° et 7°, le Gouvernement flamand initie des projets pilotes pour l'essai de concepts en matière de l'octroi de tickets de soins sous la forme d'un budget en espèces, établi sur la base de BelRAI, en vue de l'utilisation de soins agréés. Le Gouvernement flamand en arrête les modalités.

Partie 4. — Dispositions temporaires

TITRE 1^{er}. — Dispositions temporaires pour les centres de soins résidentiels, les centres de soins de jour et les centres de court séjour

CHAPITRE 1^{er}. — Disposition générale

Art. 140. Dans le présent titre on entend par centre de soins de jour : un centre de soins de jour, tel que visé au décret sur les soins résidentiels du 13 mars 2009, à l'exception des centres de soins de jour qui sont agréés pour l'administration de soins et de services exclusivement à des usagers à qui de l'aide aux familles ou de l'aide complémentaire à domicile est octroyée, conformément à l'article 51 de l'annexe IX de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures soins résidentiels et d'associations d'usagers et d'aidants proches.

CHAPITRE 2. — Dispositions temporaires pour les centres de soins résidentiels, les centres de soins de jour et les centres de court séjour

Section 1^{re}. — Prix de journée et compensations supplémentaires

Art. 141. Le Gouvernement flamand arrête les droits et obligations mutuels de l'usager et du centre de soins résidentiels, du centre de soins de jour et du centre de court séjour pour ce qui concerne le prix de journée et les compensations supplémentaires qui peuvent être facturées et arrête les modalités relatives au contrôle de ceux-ci.

Le Gouvernement flamand arrête entre autres :

- 1° le montant et la composition du prix de journée, les services et fournitures susceptibles de donner lieu à la facturation d'une compensation supplémentaire ;
- 2° le règlement d'avances au bénéfice de tiers;
- 3° un règlement d'avance éventuel relatif au prix de journée ;
- 4° le montant éventuel de la caution et l'affectation éventuelle de celle-ci ;
- 5° le règlement et les tarifs pour le remboursement des livraisons et services non utilisés, notamment dans des cas d'absence temporaire ou en cas de décès ;
- 6° le règlement pour la transparence de la facture pour les résidents.

Dans le présent article, on entend par :

1° prix de journée: le prix par jour que le résident ou son représentant doit payer et qui comprend au minimum les éléments du coût pour le logement et les soins du résident, qui sont considérés comme faisant partie des activités normales d'un centre de soins résidentiels, d'un centre de soins de jour ou d'un centre de court séjour ;

2° avances au bénéfice de tiers : toute dépense qu'un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour effectuent au nom de l'usager et que l'usager ou son représentant rembourse à hauteur du même montant.

Section 2. — Maîtrise financière des dépenses

Art. 142. Le Gouvernement flamand peut arrêter des règles et critères pour la maîtrise des dépenses pour les soins dans les centres de soins résidentiels, les centres de soins de jour bénéficiant d'un agrément supplémentaire ou dans les centres de court séjour. Il peut dans ce cadre être tenu compte du nombre d'unités de logement pour lequel l'infrastructure de soins concernée a été agréée et avec du taux d'occupation. Le Gouvernement flamand peut également établir des quotas de jours de séjour

Section 3. — Accords sociaux

Art. 143. Dans le cadre de la mise en oeuvre des accords sociaux portant sur le secteur des soins de santé et pourvu que les accords sociaux concernent les centres de soins résidentiels, les centres de soins de jour et les centres de court séjour, le Gouvernement flamand arrête les mesures dont la Communauté flamande prend l'impact financier à sa charge et le Gouvernement flamand fixe les conditions et la procédure en vue de l'établissement de l'impact financier, du montant et du paiement de l'intervention financière.

Art. 144. Le Gouvernement flamand peut prendre des initiatives pour promouvoir l'attrait des professions de soins de santé dans des infrastructures de soins dont la Communauté flamande prend en charge l'impact financier. Ces initiatives peuvent entre autres avoir trait aux conditions de travail, aux conditions de rémunération, à la réduction du temps de travail et à la réduction de la charge de travail, à la formation, à la qualification et à la formation et à la participation dans le processus décisionnel.

Le Gouvernement flamand arrête les conditions et la procédure en vue de l'établissement de l'impact financier, du montant et du paiement de l'intervention financière.

CHAPITRE 3. — *Dispositions temporaires qui s'appliquent uniquement aux centres de soins résidentiels*

Art. 145. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête le montant de l'intervention pour les soins offerts dans des centres de soins résidentiels bénéficiant d'un agrément supplémentaire.

La caisse d'assurance soins paie l'intervention, telle que visée à l'alinéa premier, aux centres de soins résidentiels, tels que visés à l'alinéa premier, sous forme d'une intervention journalière.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles l'intervention est accordée. Ces conditions ont entre autres rapport avec la dépendance physique et psychique de l'utilisateur, établies sur la base d'un instrument d'évaluation que le Gouvernement flamand arrête.

Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel l'application de l'instrument d'évaluation, tel que visé à l'alinéa premier, est revue et contrôlée.

Pour les contrôles visés à l'alinéa deux, il est fait appel à la 'Zorgkassencommissie'. Les contrôles sont initiés par l'agence, qui dispose des données nécessaires à cette prise d'initiative.

Dans le cadre des contrôles qui sont effectués en vue de l'application du présent paragraphe, les données relatives au besoin en soins que la "Zorgkassencommissie" a collectées, ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

§ 3. Les caisses d'assurance soins sont chargées du paiement aux centres de soins résidentiels des interventions, telles que visées au paragraphe 1^{er}, alinéa deux. Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le paiement des interventions par les caisses d'assurance soins.

Art. 146. § 1^{er}. Si au cours des contrôles, tels que visés à l'article 145, la 'Zorgkassencommissie' évalue la dépendance de l'utilisateur différemment, l'intervention, telle que visée à l'article 145, § 1^{er}, alinéa deux, est ajustée en fonction du résultat de ce contrôle.

§ 2. Le Gouvernement flamand peut élaborer une procédure aux termes de laquelle les interventions, telles que visées à l'article 145, § 1^{er}, alinéa deux, sont diminuées dans le chef du centre de soins résidentiels s'il est constaté que l'instrument d'évaluation, tel que visé à l'article 145, § 2, est manifestement appliqué éronément.

Le Gouvernement flamand arrête pour l'application du premier alinéa :

- 1° les éléments sur la base desquels il peut être décidé d'octroyer une réduction ;
- 2° ce qu'il faut entendre par une application erronée manifeste de l'instrument d'évaluation, telle que visée à l'alinéa premier ;
- 3° la réduction des interventions ;
- 4° le délai de la réduction, telle que visée au point 3° et le mode dont celui-ci est défini ;
- 5° l'instance qui est chargée de la mise en oeuvre de la réduction.

Dans le cas de la réduction, telle que visée à l'alinéa premier, il est tenu compte de l'impact financier qui découle d'une évaluation incorrecte de la dépendance physique et psychique de l'utilisateur et d'un multiplicateur qui doit assurer que la réduction des interventions est plus grande que l'avantage calculé ou estimé qui découle de l'application erronée de l'instrument d'évaluation.

La réduction des interventions, telle que visée à l'alinéa premier, ne peut en aucune façon être réclamée auprès de l'utilisateur.

§ 3. L'agence peut imposer une amende administrative aux centres de soins résidentiels qui appliquent l'instrument d'évaluation, tel que visé à l'article 145, § 2 d'une façon manifestement incorrecte ou qui persistent dans une communication fautive à l'attention de l'agence des résultats de l'application de l'instrument d'évaluation, tel que visé à l'article 145, § 2.

Le Gouvernement flamand arrête pour l'application du premier alinéa :

- 1° ce qu'il faut entendre par l'application incorrecte manifeste de l'instrument d'évaluation et la persistance dans la communication fautive des résultats de l'application de l'instrument d'évaluation, tel que visé à l'alinéa premier ;
- 2° l'amende administrative, qui s'élève entre 500 euros et 5000 euros.

Si endéans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative a été imposée, l'infrastructure de soins concernée commet de nouveau une infraction similaire que l'infraction qui a abouti à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende qui a été imposée par le passé, est à chaque fois triplé.

L'amende administrative est imposée par l'agence.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités relatives à l'imposition et au paiement de l'amende administrative. Il désigne les fonctionnaires qui sont habilités à imposer l'amende administrative.

L'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, peut être recouvrée par voie de contrainte. Cette contrainte est visée et déclarée exécutoire par le fonctionnaire désigné à cet effet par le Gouvernement flamand. La contrainte est signifiée par exploit d'huissier contenant commandement à payer.

Les dispositions de la partie V du Code judiciaire s'appliquent à la contrainte.

L'action en recouvrement de l'amende administrative se prescrit après cinq ans, à compter du jour où elle a été établie. La prescription est interrompue conformément aux articles 2244 à 2250 inclus du Code civil.

§ 4. Le centre de soins résidentiels peut former un recours auprès du tribunal du travail contre la décision d'ajustement d'une intervention par l'agence, conformément au paragraphe 1^{er}, contre la décision de réduction d'interventions par l'agence, conformément au paragraphe 2 et contre la décision d'imposition d'une amende administrative par l'agence, conformément au paragraphe 3. Ce recours est introduit, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

L'agence peut faire appel à l'équipe concernée de la 'Zorgkassencommissie' dans le cadre de la défense devant le tribunal du travail.

Art. 147. Le Gouvernement flamand arrête le contenu du paquet de soins qui est couvert par l'intervention, telle que visée à l'article 145.

Art. 148. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête le montant de l'intervention pour les soins offerts dans des centres de soins résidentiels sans agrément supplémentaire.

L'intervention, telle que visée à l'alinéa premier, est payée aux centres de soins résidentiels, tels que visés à l'alinéa premier, sous forme d'une intervention journalière.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles l'intervention est accordée. Ces conditions peuvent entre autres avoir rapport avec la dépendance physique et psychique de l'utilisateur, établies sur la base d'un instrument d'évaluation que le Gouvernement flamand arrête.

Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel l'application de l'instrument d'évaluation qu'elle arrête, est revue et contrôlée.

Pour les contrôles visés à l'alinéa deux, il est fait appel à la 'Zorgkassencommissie'. Les contrôles sont initiés par l'agence, qui dispose des données nécessaires à cette prise d'initiative.

Dans le cadre des contrôles qui sont effectués en vue de l'application du présent paragraphe, les données relatives au besoin en soins que la "Zorgkassencommissie" a collectées, ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

L'article 146 s'applique par analogie aux centres de soins résidentiels, tels que visés au présent article.

§ 3. Les caisses d'assurance soins sont chargées du paiement des interventions aux centres de soins résidentiels, tels que visés au paragraphe 1^{er}, alinéa premier. Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le paiement des interventions par les caisses d'assurance soins.

Art. 149. Le Gouvernement flamand arrête le contenu du paquet de soins qui est couvert par l'intervention, telle que visée à l'article 148.

CHAPITRE 4. — *Dispositions temporaires qui s'appliquent uniquement aux centres de soins de jour*

Art. 150. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête le montant de l'intervention pour les soins offerts dans des centres de soins de jour bénéficiant d'un agrément supplémentaire.

L'intervention est payée aux centres de soins de jour, tels que visés à l'alinéa premier, sous forme d'une intervention journalière.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles l'intervention est accordée. Ces conditions peuvent entre autres avoir rapport avec la dépendance physique et psychique de l'utilisateur, établies sur la base d'un instrument d'évaluation que le Gouvernement flamand arrête.

Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel l'application de l'instrument d'évaluation qu'il arrête, est revue et contrôlée.

Pour les contrôles visés à l'alinéa deux, il est fait appel à la 'Zorgkassencommissie'. Les contrôles sont initiés par l'agence, qui dispose des données nécessaires à cette prise d'initiative.

Dans le cadre des contrôles qui sont effectués en vue de l'application du présent paragraphe, les données relatives au besoin en soins que la "Zorgkassencommissie" a collectées, ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

L'article 146 s'applique par analogie aux centres de soins de jour, tels que visés au présent article.

§ 3. Les caisses d'assurance soins sont chargées du paiement des interventions aux centres de soins de jour, tels que visés au paragraphe 1^{er}, alinéa premier. Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le paiement des interventions par les caisses d'assurance soins.

Art. 151. Le Gouvernement flamand arrête le contenu du paquet de soins qui est couvert par l'intervention, telle que visée à l'article 150.

CHAPITRE 5. — *Dispositions temporaires qui s'appliquent uniquement aux centres de court séjour*

Art. 152. § 1^{er}. Le Gouvernement flamand arrête le montant de l'intervention pour les soins offerts dans des centres de court séjour.

L'intervention est payée aux centres de court séjour, tels que visés à l'alinéa premier, sous forme d'une intervention journalière.

§ 2. Le Gouvernement flamand arrête les conditions sous lesquelles l'intervention est accordée. Ces conditions peuvent entre autres avoir rapport avec la dépendance physique et psychique de l'utilisateur, établies sur la base d'un instrument d'évaluation que le Gouvernement flamand arrête.

Le Gouvernement flamand arrête le mode selon lequel l'application de l'instrument d'évaluation qu'il arrête, est revue et contrôlée.

Pour les contrôles visés à l'alinéa deux, il est fait appel à la 'Zorgkassencommissie'. Les contrôles sont initiés par l'agence, qui dispose des données nécessaires à cette prise d'initiative.

Dans le cadre des contrôles qui sont effectués en vue de l'application du présent paragraphe, les données relatives au besoin en soins que la "Zorgkassencommissie" a collectées, ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

L'article 146 s'applique par analogie aux centres de court séjour, tels que visés au présent article.

§ 3. Les caisses d'assurance soins sont chargées du paiement des interventions aux centres de court séjour, tels que visés au paragraphe 1^{er}, alinéa premier. Le Gouvernement flamand arrête la procédure pour le paiement des interventions par les caisses d'assurance soins.

Art. 153. Le Gouvernement flamand arrête la composition du paquet de soins qui est couvert par l'intervention pour la réception de soins dans des centres de court séjour, tels que visés à l'article 152.

TITRE 2. — *Disposition temporaire pour l'octroi d'interventions pour aides à la mobilité*

Art. 154. Dans les cas d'exception que le Gouvernement flamand arrête, la caisse d'assurance soins n'effectue pas de paiement direct de l'intervention à laquelle l'utilisateur a droit conformément aux dispositions du présent chapitre au fournisseur d'aides à la mobilité jusqu'à une date que le Gouvernement flamand arrête et par dérogation à l'article 114. La caisse d'assurance soins paie l'intervention dans ce cas à l'utilisateur à condition que l'utilisateur ait déjà payé le coût complet de l'aide à la mobilité concernée.

Partie 5. — Dispositions modificatives**TITRE 1^{er}. — Modifications du Code judiciaire**

Art. 155. Dans l'article 582, 2° du Code judiciaire, modifié par les décrets des 12 novembre 1997, 7 mai 2004, 21 novembre 2008, 12 juillet 2011 et 24 juin 2016, le membre de phrase " visés aux articles 39, 45, 53 et 57 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande " est remplacé par le membre de phrase " visés aux articles 56, 66, 72, 76, 81, 89, 93, 104, 127, 129 et 146 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ".

Art. 156. L'article 1410, § 2. du Code judiciaire, modifié en dernier lieu par la loi du 27 décembre 2006, est complété par un point 12°, rédigé comme suit :

" 12° aux montants à payer ou payés à des usagers au titre d'interventions, telles que visées dans le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande. ".

TITRE 2. — Modifications de la loi du 26 mars 1971 sur la protection des eaux de surface contre la pollution

Art. 157. Dans l'article 35^{ter} de la loi du 26 mars 1971 sur la protection des eaux de surface contre la pollution, inséré par le décret du 21 décembre 1990, remplacé par le décret du 25 juin 1992 et modifié en dernier lieu par le décret du 25 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 5, alinéa premier, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

" 4° le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, tel que visé au décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ; " ;

2° au paragraphe 5, alinéa sept, le point 3°/1 est remplacé par ce qui suit :

« 3°/1 une attestation, délivrée par une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 2, premier alinéa, 47°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, démontrant que le redevable mentionné sur la feuille d'impôts, ou un membre de famille a bénéficié du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ; » ;

3° au paragraphe 6, alinéa premier, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

" 4° le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, tel que visé au décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ; " ;

4° au paragraphe 6, alinéa sept, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

« 4° une attestation, délivrée par une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 2, premier alinéa, 47°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, démontrant que la personne physique concernée a bénéficié du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins. ».

TITRE 3. — Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Art. 158. Dans l'article 34, alinéa premier, 4° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, remplacé par la loi du 13 décembre 2006, le membre de phrase " de voiturettes, " est abrogé.

Art. 159. Dans l'article 35, § 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 13 décembre 2006, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans l'alinéa deux, le membre de phrase " 4°, pour autant qu'il s'agisse de voiturettes, et ", le membre de phrase " 4°, pour autant qu'il s'agisse de voiturettes, " et la phrase "En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 4°, pour autant qu'il s'agisse de voiturettes, le Roi peut également fixer des critères d'admission distincts lorsque le produit est donné en location au bénéficiaire. " sont abrogés ;

2° l'alinéa trois est abrogé.

Art. 160. Dans l'article 69 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 25 décembre 2016, le paragraphe 4 est abrogé.

TITRE 4. — Modifications du décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine

Art. 161. Dans l'article 16^{sexies} du décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine, inséré par le décret du 21 décembre 2007, remplacé par le décret du 11 décembre 2015 et modifié par le décret du 24 juin 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa premier, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

" 4° le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins en application du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ; " ;

4° au paragraphe 1^{er}, alinéa sept, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

« 4° une attestation, délivrée par une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 2, premier alinéa, 47°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, démontrant que le bénéficiaire de l'exemption, visé à l'alinéa premier ou deux, a bénéficié du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins. » ;

3° au paragraphe 3, alinéa 1^{er}, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

" 4° le budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins en application du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ; " ;

4° au paragraphe 3, alinéa cinq, le point 4° est remplacé par ce qui suit :

« 4° une attestation, délivrée par une caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 2, premier alinéa, 47°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, démontrant que le bénéficiaire de l'intervention, visé à l'alinéa premier, a bénéficié du budget des soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins. ».

TITRE 5. — Modifications du décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées)

Art. 162. Dans l'article 16, alinéa premier du décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées), remplacé par le décret du 25 avril 2014 et modifié par le décret du 24 juin 2016, le

membre de phrase " octroyé dans le cadre de la protection sociale flamande, visée à l'article 4 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande " est remplacé par le membre de phrase " tel que visé dans l'article 4, alinéa premier, 3° du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ".

TITRE 6. — Modifications de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations

Art. 163. Dans l'article 73bis, § 1^{er}, de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans l'alinéa premier, la disposition " - l'allocation pour l'aide aux personnes âgées instituée par la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées " est abrogée ;

2° au troisième alinéa, les mots « d'aide aux personnes âgées et » sont abrogés.

TITRE 7. — Modification du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de la Famille et d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants

Art. 164. Dans l'article 12 du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de la Famille et d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, modifié par les décrets des 20 avril 2012, 29 juin 2012 et 15 juillet, il est inséré deux alinéas entre les alinéas trois et quatre, rédigés comme suit :

" La commission traite la réclamation contre la décision de refus, de suspension ou de retrait de l'agrément d'une organisation, infrastructure de soins ou prestataire de soins en tant qu'indicateur, comme mentionné à l'article 67 ou à l'article 111 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, ou contre l'intention de prendre une telle décision.

La commission traite la réclamation contre la décision de refus, de suspension ou de retrait de l'autorisation d'un fournisseur comme mentionné à l'article 122 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, ou contre l'intention de prendre une telle décision.

TITRE 8. — Modifications du décret relatif aux soins résidentiels du 13 mars 2009

Art. 165. Dans le décret relatif aux soins résidentiels, modifié en dernier lieu par le décret du 20 janvier 2017, il est inséré un article 52/1, rédigé comme suit :

« Art. 52/1. Sans préjudice de l'application de l'article 48 et jusqu'à une date que le Gouvernement flamand arrête, le Gouvernement flamand peut, selon les normes qu'il arrête et dans les limites des crédits budgétaires, accorder un agrément supplémentaire à des centres de soins résidentiels qui offrent une structure de soins qui admet des personnes en grande dépendance de soins.

Toutes les maisons de repos et de soins qui ont été agréées avant le 1^{er} janvier 2019, conformément à l'article 170 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et d'autres infrastructures de soins sont d'office considérés comme des centres de soins résidentiels bénéficiant d'un agrément supplémentaire. ".

Art. 166. Dans le même décret, modifié en dernier lieu par le décret du 20 janvier 2017, il est inséré un article 52/2, rédigé comme suit :

« Art. 52/2. Sans préjudice de l'application de l'article 48 et jusqu'à une date que le Gouvernement flamand arrête, le Gouvernement flamand peut, selon les normes qu'il arrête et dans les limites des crédits budgétaires, accorder un agrément supplémentaire aux centres de soins de jour offrant une structure de soins qui prend en charge des personnes en grande dépendance de soins pendant la journée et qui offre l'assistance nécessaire pour que ces personnes puissent rester dans leur environnement familial et aux centres de soins de jour offrant une structure de soins qui prend en charge des personnes souffrant d'une maladie grave qui exige des soins adaptés pendant la journée et qui offre l'assistance nécessaire pour que ces personnes puissent rester dans leur environnement familial.

Tous les centres de soins de jour qui ont été agréés avant le 1^{er} janvier 2019, conformément à l'article 170 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et d'autres infrastructures de soins, sont d'office considérés comme des centres de soins de jour bénéficiant d'un agrément supplémentaire. ".

TITRE 9. — Modification du Code flamand de l'Aménagement du Territoire du 15 mai 2009

Art. 167. Dans l'article 4.1.1, 18°, d), 2) du Code flamand de l'aménagement du Territoire du 15 mai 2009, modifié par les décrets des 24 juin 2016 et 8 décembre 2017, le membre de phrase " à une prestation d'assurance-maladie, à une allocation d'aide aux personnes âgées ou à un budget d'assistance de base comme visé à l'article 4, premier alinéa, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande " est remplacé par le membre de phrase " à un budget de soins pour personnes en grande dépendance de soins, à un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ou à un budget d'assistance de base, tel que visé à l'article 4, alinéa premier, 1°, 2° et 3° du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ".

TITRE 10. — Modification du décret du 21 juin 2013 portant diverses dispositions relatives au domaine politique du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille

Art. 168. Dans l'article 12, alinéa quatre, du décret du 21 juin 2013 portant diverses dispositions relatives au domaine politique du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, modifié par le décret du 24 juin 2016, le membre de phrase « décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacé par le membre de phrase « décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

TITRE 11. — Modifications du décret du 25 avril 2014 relatif à l'organisation du réseau pour le partage de données entre acteurs des soins

Art. 169. Dans l'article 2 du décret du 25 avril 2014 relatif à l'organisation du réseau pour le partage de données entre acteurs des soins, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 18°, le membre de phrase « , visés à l'article 4 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacé par le membre de phrase « auxquels l'utilisateur de soins fait valoir son droit dans le cadre du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande » ;

2° le point 25° est remplacé par ce qui suit :

« 25° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 20 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ou la « Vlaamse Zorgkas », visée à l'article 21 du décret précité ; ».

TITRE 12. — Modifications du décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées

Art. 170. Dans l'article 2, 12° du 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, le membre de phrase " l'article 4 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande " est remplacé par le membre de phrase " l'article 5 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ".

Art. 171. À l'article 4 du même décret, modifié par le décret du 24 juin 2016, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans l'alinéa premier, 3°, le membre de phrase « décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacé par le membre de phrase « décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande » ;

2° dans l'alinéa deux, le membre de phrase « telle que visée à l'article 2, 11°, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacé par le membre de phrase « telle que visée à l'article 2, alinéa premier, 30°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 172. Dans l'article 7, alinéa premier, du même décret, remplacé par le décret du 24 juin 2016, sont apportées les modifications suivantes :

1° au point 1°, le membre de phrase « l'article 6 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacé par le membre de phrase « l'article 9 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande » ;

2° au point 2°, le membre de phrase « aux articles 15 ou 18 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacé par le membre de phrase « à l'article 18 ou à l'article 21 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

TITRE 13. — Modification du décret du 15 juillet 2016 portant diverses dispositions relatives au domaine politique du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille

Art. 173. Dans l'article 108, § 1^{er}, 8° du décret du 15 juillet 2016 portant diverses dispositions relatives au domaine politique du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, le membre de phrase « , la protection sociale flamande et l'assurance soins » est remplacé par les mots « et la protection sociale flamande ».

TITRE 14. — Modification du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale

Art. 174. Dans l'article 2, 11° du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, le membre de phrase " , la ' Zorgkassencommissie ' est inséré entre les mots " caisses d'assurance soins " et les mots " et des acteurs de paiement ".

TITRE 15. — Modification de l'arrêté royal n° 20 du 20 juillet 1970 fixant les taux de la taxe sur la valeur ajoutée et déterminant la répartition des biens et des services selon ces taux

Art. 175. Dans le tableau A, XXIII, 5° de l'arrêté royal n° 20 du 20 juillet 1970 fixant les taux de la taxe sur la valeur ajoutée et déterminant la répartition des biens et des services selon ces taux, le membre de phrase " repris dans l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités " est abrogé.

Partie 6. — Dispositions finales**TITRE 1^{er}. — Disposition abrogatoire**

Art. 176. Le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, modifié par le décret du 12 mai 2017, est abrogé.

TITRE 2. — Dispositions transitoires

Art. 177. Les cotisations qui sont dues sur la base de l'article 4, § 5, du décret sur l'assurance soins, tel qu'il était en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'article 82, 1°, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ou sur la base de l'article 30 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 176 du présent décret, restent dues.

L'amende administrative qui est imposée et est due sur la base de l'article 32 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 176 du présent décret, ou sur la base de l'article 21bis du décret sur l'assurance soins, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 82, 1°, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, reste due.

Pour l'application de l'amende administrative, telle que visée à l'article 47 du présent décret, le non-paiement ou le non-paiement partiel de la cotisation dans le cadre du décret du 24 juin 2016, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 176 du présent décret, ou dans le cadre du décret sur l'assurance soins, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 82, 1°, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, est également pris en compte, sans préjudice de l'application de l'article 47, § 1^{er}, alinéa trois, du présent décret.

Art. 178. Les arrêtés qui ont été pris en exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale restent en vigueur jusqu'à ce qu'ils sont abrogés par leurs auteurs ou jusqu'à ce que leur durée de validité échoit.

Art. 179. Le Gouvernement flamand arrête les mesures de transition pour les conditions auxquelles l'intervention pour l'aide aux personnes âgées qui ne pouvaient pas s'affilier à la protection sociale flamande sur la base du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, tel qu'il s'appliquait avant l'entrée en vigueur de l'article 176 du présent décret, continue à être mise en oeuvre sous la forme de l'octroi d'un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins.

Art. 180. Le Gouvernement flamand arrête les mesures de transition pour les conditions auxquelles les interventions de l'assurance soins de personnes qui ne peuvent plus s'affilier à la protection sociale flamande suite à l'application des règles d'assignation reprises au règlement (CE) n° 883/2004, continuent à être offertes sous la forme de l'octroi d'un budget des soins pour personnes en grande dépendance de soins.

Art. 181. Jusqu'à une date à arrêter par le Gouvernement flamand, ' ticket de soins ' doit être lu comme une ' intervention pour des soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour '.

Art. 182. Le Gouvernement flamand peut, pour chaque pilier de la protection sociale flamande, arrêter des mesures de transition pour le délai d'affiliation, tel que visé à l'article 41, § 1^{er}, alinéas deux et trois.

Art. 183. Dans le cadre de la rémunération des indicateurs, conforme à l'article 108, § 2, alinéa quatre, le Gouvernement flamand peut arrêter des mesures de transition pour la continuation temporaire de l'octroi de rémunérations à des équipes multidisciplinaires conformément à des contrats de revalidation pour la rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité.

Art. 184. Les médecins-conseils continuent à mettre en oeuvre les contrôles conformément à l'article 153, § 1^{er}, alinéa premier, 4) de la loi assurance maladie autant qu'il ne peut pas être fait appel à la 'Zorgkassencommissie' pour la mise en oeuvre des contrôles, tels que visés aux articles 109, 145, § 2, 148, § 2, 150, § 2, et 152, § 2, du présent décret.

Art. 185. Le Gouvernement flamand peut arrêter des mesures de transition pour le traitement de dossiers portant sur des interventions pour soins dans des centres de soins résidentiels, centres de soins de jour ou centres de court séjour, à des fins de revalidation, de soins de santé mentale, de soins à domicile ou d'aides à la mobilité, qui se réfèrent à la période avant l'entrée en vigueur des dispositions respectives du présent décret.

Le Gouvernement flamand peut arrêter des conditions et procédures pour le traitement de et la décision sur les demandes, telles que visées à l'alinéa premier et, le cas échéant, pour le paiement des interventions. Une convention peut être conclue à cette fin entre la Communauté flamande et les organismes assureurs, tels que visés à l'article 2, i) de la loi sur l'assurance maladie.

Art. 186. Pour les piliers de la protection sociale flamande, tels que visés à l'article 4, alinéa premier, 4^o et 9^o du présent décret, le Gouvernement flamand peut prévoir des mesures pour la transition de dépenses dans ce cadre par l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité aux organismes assureurs, tels que visés à l'article 2, i) de la loi sur l'assurance maladie vers des dépenses dans ce cadre par l'agence aux caisses d'assurance soins.

TITRE 3. — *Coordination*

Art. 187. Le Gouvernement flamand peut coordonner les dispositions du présent décret et les dispositions du décret sur les soins résidentiels du 13 mars 2009, du décret du 25 avril 2014 relatif à l'organisation du réseau pour le partage de données entre acteurs des soins, du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale et, en ce qui concerne le budget d'assistance de base, du décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) et du 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, tout en respectant les modifications qui y ont été apportées expressément ou tacitement jusqu'à la date de la coordination.

Le Gouvernement flamand peut à cette fin :

1^o modifier l'ordre et la numérotation des dispositions à coordonner et, de façon générale, modifier la forme dans laquelle sont présentés les textes ;

2^o mettre les références qui figurent dans les dispositions à coordonner en concordance avec la nouvelle numérotation ;

3^o sans porter atteinte aux principes contenus dans les dispositions à coordonner, modifier leur rédaction en vue d'en assurer la cohérence et d'en harmoniser la terminologie ;

4^o dans les dispositions qui ne sont pas reprises dans la coordination, adapter les références aux dispositions coordonnées et en changer la rédaction afin d'en harmoniser la terminologie ;

5^o déterminer l'intitulé de la coordination.

TITRE 4. — *Disposition d'entrée en vigueur*

Art. 188. Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception de l'article 4, 5^o, 6^o, 7^o et 8^o, l'article 7, l'article 34, alinéa premier, 3^o, l'article 38, alinéa deux, pour ce qui concerne le pilier, visé à l'article 4, 7^o, les articles 55 et 56, l'article 58, alinéa trois, 2^o, 3^o, 4^o et 5^o, les articles 63 à 72, l'article 95, l'article 96, les articles 97 à 101 et l'article 136, pour lesquels le Gouvernement flamand arrête la date de l'entrée en vigueur par disposition et à l'exception de l'article 139, qui entre en vigueur le dixième jour après la publication du présent décret au *Moniteur belge*.

Les articles 140 à 154 cessent d'être en vigueur à une date que le Gouvernement flamand arrête par disposition.

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

Bruxelles, le 18 mai 2018.

Le Ministre président du Gouvernement flamand,
G. BOURGEOIS

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

Note

(1) *Session 2017-2018*

Documents :

- Projet de décret : 1474 – N^o 1.

- Amendements : 1474 – N^o 2.

- Rapport : 1474 – N^o 3.

- Amendements proposés après introduction du rapport : 1474 – N^o 4.

- Texte adopté en séance plénière : 1474 – N^o 5.

Annales - Discussion et adoption : Séance du 2 mai 2018.