

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 99 — 1521

[C - 99/35594]

30 MAART 1999. — Decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering

Het Vlaams Parlement heeft aangenomen en Wij, Regering, bekrachtigen hetgeen volgt :

HOOFDSTUK I. — Algemene bepalingen, definities, doelstelling en aansluitingsplicht

Afdeling 1. — Algemene bepalingen en definities

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Art. 2. In dit decreet wordt verstaan onder :

1° niet-medische hulp- en dienstverlening : de hulp en bijstand verleend door derden aan een persoon met een verminderd vermogen tot zelfzorg in residentieel, semi-residentieel of ambulantly verband;

2° verminderd zelfzorgvermogen : toestand van een persoon van wie de mogelijkheden tot zelfzorg zijn aangetast. Onder zelfzorg wordt verstaan : de beslissingen en de acties van een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende activiteiten die voornamelijk betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten en de mogelijkheid om sociale contacten te leggen, zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte;

3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die ten gevolge van een verminderd zelfzorgvermogen een beroep doet op niet-medische hulp- en dienstverlening;

4° voorziening : de voorziening die op een professionele basis een of meer vormen van niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt of organiseert;

5° professionele zorgverlener : de natuurlijke persoon die op een beroepsmatige basis niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt;

6° mantelzorg : de natuurlijke persoon die niet-beroepsmatig niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt.

Afdeling 2. — Doelstelling en aansluitingsplicht

Art. 3. De zorgverzekering geeft gebruikers, onder de voorwaarden van dit decreet en ten belope van een jaarlijks maximumbedrag, recht op tenlastenemingen door een zorgkas van kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening.

Art. 4. § 1. Elke persoon die binnen het Nederlandse taalgebied zijn woonplaats heeft, moet aangesloten zijn bij een krachtens dit decreet erkende zorgkas.

Wie binnen de door de regering te bepalen termijn niet aangesloten is bij een erkende zorgkas, wordt ambtshalve aangesloten bij de door het Vlaams Zorgfonds opgerichte zorgkas. In dit geval wordt de betrokkene hiervan onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte gebracht. Die aansluiting vervalt als de betrokkene alsnog aansluit bij een erkende zorgkas van zijn keuze.

§ 2. Elke persoon die binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad zijn woonplaats heeft, kan vrijwillig aansluiten bij een krachtens dit decreet erkende zorgkas.

§ 3. De regering bepaalt de nadere regels inzake de aansluiting, met inbegrip van de minimale verblijfstermijn en de minimale aansluitingstermijn die vereist zijn om aanspraak te kunnen maken op een tenlasteneming.

HOOFDSTUK II. — Toepassingsvoorwaarden en procedure

Afdeling 1. — Toepassingsvoorwaarden

Art. 5. Om aanspraak te maken op tenlastenemingen door een zorgkas van de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening, moet de gebruiker aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen; de regering bepaalt wat daaronder wordt verstaan;

2° aangesloten zijn bij een zorgkas; de regering bepaalt de nadere voorwaarden van de aansluiting;

3° werkelijk verblijven in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

4° in het lopende jaar geen tenlastenemingen volgens de bepalingen van dit decreet aanvragen bij een andere zorgkas.

Art. 6. § 1. De zorgkas neemt de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening ten laste onder de volgende voorwaarden :

1° de tenlasteneming betreft de gehele of gedeeltelijke dekking van effectief aan de gebruiker aangerekende kosten of prestaties voor niet-medische hulp- en dienstverlening; in geen geval geven medische of paramedische kosten aanleiding tot een tenlasteneming;

2° de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verleend door een door de regering krachtens dit decreet erkende voorziening, professionele zorgverlener of door een op basis van een activiteitenplan geregistreerde mantelzorger. De regering bepaalt de nadere regels betreffende de toekenning, weigering, verlenging, intrekking en schorsing van de erkenning van de voorziening en de professionele zorgverlener, en betreffende de registratie van de mantelzorger.

De zorgkas kan geen andere voorwaarden dan die krachtens dit decreet verbinden aan de tenlastenemingen.

De regering bepaalt de nadere regels en voorwaarden met betrekking tot de tenlastenemingen.

§ 2. De tenlastenemingen worden, volgens de regels en onder de voorwaarden die de regering vaststelt, geweigerd of verminderd, indien de gebruiker, krachtens andere wettelijke, decreetale of reglementaire bepalingen, aanspraak heeft op dekking van dezelfde kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening als krachtens dit decreet. De gebruiker moet zijn aanspraak krachtens andere wettelijke, decreetale of reglementaire bepalingen doen gelden.

Afdeling 2. — Procedure

Art. 7. De aan de gebruiker aangerekende kosten of prestaties van niet-medische hulp- en dienstverlening worden ten laste genomen op aanvraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De aanvraag, met inbegrip van de vaststelling krachtens artikel 9 van de ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen, wordt ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, overeenkomstig artikel 4. De regering bepaalt de voorschriften waaraan de aanvraag moet voldoen.

Art. 8. § 1. De zorgkas onderzoekt de aanvragen en aanvaardt, wijzigt of verwerpt de vastgestelde ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen. De zorgkas kan daarvoor bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten. Op eigen verzoek wordt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger gehoord door de zorgkas. De zorgkas beslist over de tenlastenemingen binnen een termijn van zestig dagen na indiening van de aanvraag. De beslissing moet, op straffe van nietigheid, met redenen worden omkleed.

De regering stelt de nadere regels vast met betrekking tot de behandeling van de aanvraag.

§ 2. De zorgkas berekent voor de gebruiker het jaarlijkse maximumbedrag van de tenlastenemingen op basis van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen. De regering bepaalt de referentiebedragen en de regels voor het berekenen van het jaarlijkse maximumbedrag van de tenlastenemingen.

§ 3. De zorgkas kan de beslissing over de tenlastenemingen herzien, indien zich een wijziging voordoet in de toestand van de gebruiker. De regering regelt de herzieningsprocedure.

§ 4. De gebruiker kan bezwaar aantekenen tegen de voorgenomen beslissing van de zorgkas. De regering regelt de bezwaarprocedure. Zij kan een multidisciplinair samengestelde bezwaarcommissie oprichten of bepalen wie het bezwaar behandelt.

In voorkomend geval bepaalt de regering de presentiegelden van de commissieleden.

Art. 9. De ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen worden vastgesteld door daartoe door de regering, onder de door haar vastgestelde voorwaarden, gemachtigde voorzieningen, professionele zorgverleners of personen. De ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen worden vastgesteld aan de hand van een meetinstrument dat door de regering wordt vastgesteld.

De regering bepaalt de wijze waarop de vaststelling van de ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen wordt uitgevoerd en herzien.

Art. 10. De uitvoering van de tenlastenemingen gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend. De tenlastenemingen worden door de zorgkas uitgevoerd bij middel van zorgcheques op naam van de gebruiker of bij middel van daarmee gelijkgestelde dragers. De regering bepaalt de voorwaarden en wijze waarop de zorgcheque wordt uitgereikt en geïnd.

HOOFDSTUK III. — Organisatie

Afdeling 1. — Het Vlaams Zorgfonds

Art. 11. Er wordt een Vlaams Zorgfonds opgericht met de volgende opdrachten :

1° verstrekken van subsidies aan de zorgkassen; het Vlaams Zorgfonds treedt daarbij eveneens op als compensatiefonds om structurele verschillen in risico tussen de zorgkassen te compenseren;

2° aanleggen en beheren van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen;

3° onverminderd de controle door de Controledienst der Verzekeringen en de Controledienst der Ziekenfondsen, uitoefenen van het toezicht en de controle op het beheer, de werking en de financiële situatie van de zorgkassen;

4° verzamelen en verwerken van gegevens van de zorgkassen die nuttig zijn voor de toepassing van dit decreet.

Het Vlaams Zorgfonds wordt opgericht als een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid. De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de organisatie, de samenstelling, de werking en het beheer van het Vlaams Zorgfonds, evenals de regels betreffende het toezicht op dat fonds.

Art. 12. De regering kan een adviesorgaan oprichten, samengesteld uit afgevaardigden van de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, de erkende voorzieningen, de erkende professionele zorgverleners en de erkende zorgkassen, dat het Vlaams Zorgfonds advies verleent bij de uitoefening van zijn opdrachten.

De regering benoemt de leden van het adviesorgaan, regelt zijn werking en bepaalt de modaliteiten van de adviesverstrekking.

Art. 13. De begroting van het Vlaams Zorgfonds wordt gestijfd door de volgende middelen :

- 1° de dotatie ten laste van de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap;
- 2° het, per 31 december van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar, beschikbare saldo van het Vlaams Zorgfonds;
- 3° ontvangsten voortvloeiend uit solidaire bijdragen;
- 4° de opbrengsten van beleggingen, terugstortingen en toevallige ontvangsten;
- 5° alle andere middelen die nuttig zijn in het kader van de doelstelling van het Vlaams Zorgfonds en die inzonderheid ingevolge wettelijke, decretaale of reglementaire bepalingen aan het Vlaams Zorgfonds toekomen.

De dotatie en de omvang van de bijdragen, bedoeld in het eerste lid, 1° en 3°, worden voor elk begrotingsjaar berekend op basis van parameters aangaande het aantal en de som van de tenlastenemingen die worden toegekend, het profiel van de gebruikers inzake de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen, het aanleggen van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen, en de andere middelen die het Vlaams Zorgfonds toekomen.

De regering regelt de berekening van de parameters en van de dotatie.

De bijdragen, bedoeld in het eerste lid, 3°, zijn jaarlijks te betalen door de personen die aangesloten zijn bij een krachtens dit decreet erkende zorgkas. De regering bepaalt de wijze van vaststelling en de hoogte van de bijdragen op basis van parameters aangaande de draagkracht van de aangeslotenen.

Het Vlaams Zorgfonds kan de zorgkassen belasten met het innen van deze bijdragen. De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot het innen van de bijdragen.

Het geheel van de middelen wordt aangewend in een gemengd systeem van kapitalisatie en repartitie.

Afdeling 2. — De Zorgkassen

Art. 14. Een zorgkas kan door de volgende instanties worden opgericht :

- 1° ziekenfondsen, landsbonden van ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand, onderworpen aan de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 2° de Kas der Geneeskundige Verzorging als bedoeld in artikel 6 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 3° verzekeringsondernemingen die vallen onder toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

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

Het Vlaams Zorgfonds richt een zorgkas op.

Art. 15. De regering erkent een zorgkas volgens de regels die zij bepaalt betreffende de toekenning, weigering, verlenging, intrekking en schorsing van de erkenning. Die regels zijn voor alle zorgkassen identiek.

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 in artikel 14 bepaalde instanties en ten aanzien van het Vlaams Zorgfonds volledig gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen;
- 2° wegens haar organisatie beschouwd worden als uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap;
- 3° elk verzoek tot aansluiting overeenkomstig artikel 4 aanvaarden;
- 4° elke aanvraag die geldig ingediend wordt, behandelen op de wijze bepaald in artikel 8, § 1, en derhalve een totaal verbod op risicoselectie in acht nemen;
- 5° geen andere activiteiten ontplooien dan vermeld in artikel 16;
- 6° noch rechtstreeks, noch zijdelings andere verzekeringen, tenlastenemingen, tussenkomsten, tegemoetkomingen of voordelen aanbieden of toekennen, die gekoppeld zijn aan de in artikel 4 bedoelde aansluiting of de, in artikel 16, eerste lid, bedoelde, tenlastenemingen.

Art. 16. Een zorgkas heeft de volgende opdrachten :

- 1° zij onderzoekt de aanvragen en beslist over de tenlastenemingen overeenkomstig de bepalingen van artikel 8;
- 2° zij staat in voor de uitvoering van de tenlastenemingen overeenkomstig de bepalingen van artikel 10;
- 3° zij registreert de gegevens betreffende de aanvragen en de tenlastenemingen en legt die jaarlijks voor aan het Vlaams Zorgfonds;
- 4° zij int in voorkomend geval, zoals bepaald in artikel 13, de bijdragen van de aangeslotenen.

De regering bepaalt eenvormige regels met betrekking tot de controle op en de werking, de organisatie en het beheer van de zorgkassen.

Art. 17. Een erkende zorgkas ontvangt een subsidie die jaarlijks door het Vlaams Zorgfonds wordt vastgesteld op basis van :

- 1° de som van de effectieve tenlastenemingen;
- 2° gewogen parameters die rekening houden met het aantal gebruikers die bij de zorgkas zijn aangesloten en het profiel van die gebruikers inzake de ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen, de leeftijd en het inkomen;
- 3° een forfaitair bedrag per tenlasteneming ter dekking van de administratieve kosten.

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

De regering bepaalt de voorwaarden van de vaststelling, uitbetaling en terugvordering van de subsidies, van het financiële evenwicht en van de berekening van de gewogen parameters.

Art. 18. De persoonsgegevens van de aangeslotenen worden door de zorgkassen en het Vlaams Zorgfonds aangewend met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de aangeslotenen.

HOOFDSTUK IV. — *Toezicht en controle*

Art. 19. De zorgkassen staan onder het toezicht en de controle van het Vlaams Zorgfonds en leggen jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan het Vlaams Zorgfonds volgens de, door de regering te bepalen, vormvereisten.

Art. 20. Het Vlaams Zorgfonds legt jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan de regering volgens de, door de regering te bepalen, vormvereisten.

Art. 21. § 1. De regering legt jaarlijks en uiterlijk op 31 oktober de begroting van het Vlaams Zorgfonds voor het volgende jaar aan het Vlaams Parlement voor.

§ 2. De regering brengt jaarlijks vóór 30 juni aan het Vlaams Parlement omstandig verslag uit over de inkomsten en uitgaven en de werking van het Vlaams Zorgfonds tijdens het afgelopen begrotingsjaar.

HOOFDSTUK V. — *Slotbepalingen en inwerkingtreding*

Art. 22. Artikel 6 van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, wordt vervangen door wat volgt :

« Artikel 6. De tegemoetkoming van het Fonds wordt geweigerd of verminderd indien de persoon met een handicap op basis van andere wettelijke of reglementaire bepalingen aanspraak heeft op bijstand tot sociale integratie, tot dekking van dezelfde behoefte en op grond van dezelfde handicap als in toepassing van dit decreet, met uitzondering van de dekking die geregeld is in het kader van het decreet van [...] houdende de organisatie van de zorgverzekering. »

Art. 23. Aan artikel 582 van het Gerechtelijk Wetboek wordt, wat de Vlaamse Gemeenschap betreft, een 6° toegevoegd, dat luidt als volgt :

« 6° van de geschillen betreffende de rechten en verplichtingen die voortvloeien uit de toepassing van het decreet van [...] houdende de organisatie van de zorgverzekering. » .

Art. 24. De artikelen 1, 2, 11, 12, 13, eerste lid, 1° en 4°, 14, 15, 18 en 21 van dit decreet treden in werking op 1 januari 1999.

Voor de artikelen 4 en 13, eerste lid, 3° stelt de regering de datum van inwerkingtreding vast.

De overige bepalingen treden in werking op 1 januari 2000.

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

Brussel, 30 maart 1999.

De minister-president van de Vlaamse regering,

L. VAN DEN BRANDE

De Vlaamse minister van Cultuur, Gezin en Welzijn,

L. MARTENS

—
Nota

(1) *Zitting 1998-1999.*

Stukken. — Voorstel van decreet : 1239. — nr. 1. — Motie : 1239. — nr. 2. — Advies van de Raad van State : 1239. nr. 3. — Amendementen : 1239. — nrs. 4 tot 6. — Verslag : 1239. — nr. 7. — Opmerking van het Rekenhof : 1239. — nr. 8. — Amendementen : 1239. — nr. 9.

Handelingen. — Bespreking en aanneming. Vergaderingen van 16 en 17 maart 1999.

TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 99 — 1521

[C - 99/35594]

30 MARS 1999. — Décret portant organisation de l'assurance soins

Le Parlement flamand a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions générales, définitions, objectif et obligation d'affiliation*

Section 1^{re}. — *Dispositions générales et définitions*

Article 1^{er}. Le présent décret règle une matière communautaire.

Art. 2. Dans le présent décret, il faut entendre par :

1° prestation d'aide et de services non médicaux : l'aide et l'assistance fournies par des tiers à une personne ayant une capacité réduite d'autonomie dans un cadre résidentiel, semi-résidentiel ou ambulatoire;

2° autonomie réduite : condition d'une personne dont les capacités d'autonomie sont amputées. Par autonomie, il faut entendre : les décisions prises et les actions entreprises par une personne physique dans sa vie quotidienne en vue de subvenir à ses propres besoins de base, ainsi que les activités connexes se rapportant surtout à l'exécution des activités ménagères et à la capacité d'établir des contacts sociaux, de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et dans l'espace;

3° usager : toute personne physique qui, en raison d'une autonomie réduite, fait appel à une prestation d'aide ou de services non médicaux;

4° structure : la structure qui fournit ou organise de façon professionnelle une ou plusieurs formes d'aide et de services non médicaux;

5° prestataire de soins professionnel : la personne physique qui fournit de l'aide et des services non médicaux sur une base professionnelle;

6° intervenant de proximité : la personne physique qui fournit de l'aide et des services non médicaux sur une base non professionnelle.

Section 2. — Objectif et obligation d'affiliation

Art. 3. Sous réserve des conditions du présent décret et jusqu'à concurrence d'un montant annuel maximal, l'assurance soins donne droit à la prise en charge par une caisse d'assurance soins des frais encourus pour des prestations d'aide et de services non médicaux.

Art. 4. § 1. Toute personne ayant son domicile en région linguistique néerlandaise, doit être affiliée à une caisse d'assurance soins agréée par le présent décret.

Toute personne non affiliée à une caisse d'assurance soins agréée, dans un délai à déterminer par le gouvernement, sera d'office affiliée à la caisse d'assurance soins établie par le Fonds flamand d'Assurance Soins. Dans ce cas, l'intéressé en sera informé sans délai et par écrit. Cette affiliation échoit lorsque l'intéressé s'est entre-temps affilié à une caisse d'assurance soins agréée en vertu du présent décret.

§ 2. Toute personne ayant son domicile en région bilingue de Bruxelles-Capitale, a la possibilité de s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins agréée par le présent décret.

§ 3. Le gouvernement fixe les règles spécifiques en matière d'affiliation, y compris la durée minimale du séjour ainsi que la durée minimale d'affiliation qui sont requises pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

CHAPITRE II. — Conditions d'application et procédure

Section 1re. — Conditions d'application

Art. 5. Pour que l'usager puisse prétendre à une prise en charge par la caisse d'assurance soins des frais encourus pour la prestation d'aide et de services non médicaux, il faut qu'il remplisse les conditions suivantes :

1° être affecté par une autonomie réduite prolongée et grave; le gouvernement détermine ce qu'il faut entendre par cela;

2° être affilié à une caisse d'assurance soins; le gouvernement détermine les conditions spécifiques de l'affiliation;

3° effectivement résider en région linguistique néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale;

4° durant l'année en cours, ne pas demander de prise en charge conformément aux dispositions du présent décret auprès d'une autre caisse d'assurance soins.

Art. 6. § 1. La caisse d'assurance soins prend en charge les frais encourus pour la prestation d'aide et de services non médicaux, et ce aux conditions suivantes :

1° la prise en charge concerne la couverture partielle ou entière de frais ou de prestations effectivement portés en compte à l'usager pour la prestation d'aide et de services non médicaux; les frais médicaux ou paramédicaux ne feront en aucun cas l'objet d'une prise en charge;

2° la prestation d'aide et de services non médicaux est assurée par une structure, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité enregistré sur la base d'un plan d'activités agréés par le gouvernement en vertu du présent décret. Le gouvernement détermine les règles spécifiques relatives à l'octroi, au refus, au renouvellement, au retrait et à la suspension de l'agrément de la structure et du prestataire de soins professionnel, ainsi qu'à l'enregistrement de l'intervenant de proximité.

La caisse d'assurance soins ne peut soumettre les prises en charge à aucune autre condition que celles prévues dans le présent décret.

Le gouvernement fixe les règles et les conditions spécifiques relatives aux prises en charge.

§ 2. Conformément aux règles et conditions fixées par le gouvernement, les prises en charge sont refusées ou réduites, si l'usager a droit à la couverture des mêmes frais pour la prestation d'aide et de services non médicaux en vertu d'autres dispositions légales, décrétales ou réglementaires que celles prévues dans le présent décret. L'usager doit alors faire valoir sa revendication en vertu des autres dispositions légales, décrétales ou réglementaires.

Section 2. — Procédure

Art. 7. Les frais ou les prestations d'aide ou de services non médicaux portés en compte à l'usager, sont pris en charge à la demande de l'usager ou de son représentant. La demande, y compris la constatation de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite en vertu de l'article 9, est introduite auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, conformément à l'article 4. Le gouvernement détermine les prescriptions auxquelles la demande doit répondre.

Art. 8. § 1. La caisse d'assurance soins examine les demandes et accepte, modifie ou rejette la gravité et l'autonomie réduite constatées. A cet effet, la caisse d'assurance soins peut procéder ou faire procéder à des examens supplémentaires. A sa propre demande, l'usager même ou son représentant sera entendu par la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins décide des prises en charge dans les soixante jours de l'introduction de la demande. Sous peine de nullité, la décision doit être motivée.

Le gouvernement fixe les règles spécifiques relatives au traitement de la demande.

§ 2. En fonction de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite de l'usager, la caisse d'assurance soins calcule le montant annuel maximum des prises en charge. Le gouvernement fixe les montants de référence ainsi que les règles permettant de calculer le montant annuel maximum des prises en charge.

§ 3. La caisse d'assurance soins peut réviser la décision sur les prises en charge lorsqu'une modification se produit dans la situation de l'utilisateur. Le gouvernement règle la procédure de révision.

§ 4. L'utilisateur peut former opposition à la décision envisagée par la caisse d'assurance soins. Le gouvernement règle la procédure de réclamation. Elle peut soit constituer une commission de réclamation composée de façon multidisciplinaire, soit déterminer qui traitera la réclamation.

Le cas échéant, le gouvernement fixe les jetons de présence des membres de la commission.

Art. 9. La gravité et la durée de l'autonomie réduite sont constatées par les structures, les prestataires de soins professionnels ou les personnes mandatés par le gouvernement conformément aux conditions établies par ses soins. La gravité et la durée de l'autonomie réduite sont constatées à l'aide d'un instrument de mesure prescrit par le gouvernement.

Le gouvernement détermine la façon dont la constatation de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite a lieu et doit être révisée.

Art. 10. L'exécution des prises en charge prend cours à partir du premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande a été introduite. Les prises en charge sont exécutées par la caisse d'assurance soins au moyen de chèques-soins émis au nom de l'utilisateur ou au moyen de supports assimilés. Le gouvernement fixe les conditions et la manière dont le chèque-soins est délivré et encaissé.

CHAPITRE III. — Organisation

Section 1re. — Le Fonds flamand d'Assurance Soins

Art. 11. Il est créé un Fonds flamand d'Assurance Soins auquel les tâches suivantes sont confiées :

1° l'octroi de subventions aux caisses d'assurance soins; le Fonds flamand d'Assurance Soins fait également fonction de fonds de compensation pour compenser les différences structurelles existant au niveau des risques entre les caisses d'assurance soins;

2° la constitution et la gestion de réserves financières destinées à couvrir les obligations futures en matière de dépenses;

3° sans préjudice du contrôle par le Service de Contrôle des Assurances et par le Service de Contrôle des Mutuelles, la surveillance et le contrôle de la gestion, du fonctionnement et de la situation financière des caisses d'assurance soins;

4° la collecte et le traitement des données en provenance des caisses d'assurance soins qui sont utiles pour l'application du présent décret.

Le Fonds flamand d'Assurance Soins est créé sous forme d'un organisme d'intérêt public doté de la personnalité morale. Le gouvernement fixe les règles spécifiques relatives à l'organisation, à la composition, au fonctionnement et à la gestion du Fonds flamand d'Assurance Soins, ainsi que les règles relatives à la surveillance de ce fonds.

Art. 12. Le gouvernement peut établir un organe consultatif constitué de représentants des associations d'utilisateurs et d'intervenants de proximité, des structures agréées, des prestataires de soins professionnels et des caisses d'assurance soins agréées, chargé de conseiller le Fonds flamand d'Assurance Soins dans l'exercice de ses missions.

Le gouvernement désigne les membres de l'organisme consultatif, règle son fonctionnement et détermine les modalités de la consultation.

Art. 13. Le budget du Fonds flamand d'Assurance Soins est financé par les moyens suivants :

1° la dotation à charge du budget général des dépenses de la Communauté flamande;

2° le solde du Fonds flamand d'Assurance Soins disponible au 31 décembre de l'année précédant l'exercice budgétaire;

3° les recettes provenant des cotisations solidaires;

4° les revenus d'investissements, de remboursements et de revenus occasionnels;

5° tous les autres moyens pouvant être utiles dans le cadre de l'objectif du Fonds flamand d'Assurance Soins, et qui reviennent au Fonds flamand d'Assurance Soins en vertu de dispositions légales, décrétales et réglementaires spécifiques.

La dotation et l'importance des cotisations visées au premier alinéa, 1° et 3°, sont calculées pour chaque exercice budgétaire sur la base de paramètres relatifs au nombre et à la somme des prises en charge octroyées, du profil des usagers en termes de gravité et de durée d'autonomie réduite, de la constitution de réserves financières destinées à couvrir les obligations futures en matière de dépenses, et des autres moyens revenant au Fonds flamand d'Assurance Soins.

Le gouvernement règle le calcul des paramètres et des dotations.

Les cotisations visées au premier alinéa, 3°, sont à payer annuellement par les personnes affiliées à une caisse d'assurance soins agréée en vertu du présent décret. Le gouvernement détermine le mode de fixation et l'importance des cotisations sur la base de paramètres se rapportant aux moyens financiers des personnes affiliées.

Le Fonds flamand d'Assurance Soins peut charger les caisses d'assurance soins à encaisser ces cotisations. Le gouvernement fixe les règles spécifiques relatives à l'encaissement des cotisations.

L'ensemble des moyens est affecté dans le cadre d'un système mixte de capitalisation et de répartition.

Section 2. — Les caisses d'assurance soins

Art. 14. Une caisse d'assurance soins peut être établie par les instances suivantes :

1° les mutuelles, les confédérations nationales des mutuelles et les sociétés d'assistance mutuelle assujetties à la loi du 6 août 1990 sur les mutuelles et confédérations nationales des mutuelles qui sont actives sur tout le territoire de la région linguistique néerlandaise et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale;

2° la Caisse des Soins de Santé visée à l'article 6 de la loi sur l'assurance obligatoire pour les soins et allocations médicaux, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° les sociétés d'assurances régies par la loi du 9 juillet 1975 sur le contrôle des sociétés d'assurances actives sur tout le territoire de la région linguistique néerlandaise et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Le gouvernement détermine ce qu'il faut entendre par « être actif sur tout le territoire de la région linguistique néerlandaise et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale ».

Le Fonds flamand d'Assurance Soins crée une caisse d'assurance soins.

Art. 15. Le gouvernement agréé une caisse d'assurance soins conformément aux règles qu'il détermine quant à l'octroi, au refus, au renouvellement, au retrait et à la suspension de l'agrément. Ces règles sont identiques pour toutes les caisses d'assurance soins.

Pour qu'une caisse d'assurance soins puisse être agréée, il faut qu'elle remplisse les conditions suivantes :

1° avoir été créée comme personnalité morale de droit privé qui remplit ses tâches sans but lucratif, et dont la gestion de la comptabilité et des moyens financiers est assurée de façon tout à fait indépendante vis-à-vis des instances visées à l'article 14 et vis-à-vis du Fonds flamand d'Assurance Soins;

2° être considérée comme appartenant exclusivement à la Communauté flamande du fait de son organisation;

3° accepter toute demande d'affiliation en vertu de l'article 4;

4° traiter toute demande dûment introduite de la façon prescrite à l'article 8, § 1^{er}, et par conséquent observer une interdiction totale de sélection sur base de risque;

5° ne pas déployer d'autres activités que celles mentionnées à l'article 16;

6° ni directement, ni indirectement offrir ou octroyer d'autres assurances, prises en charge, interventions, allocations ou avantages qui soient associés à l'affiliation visée à l'article 4 ou aux prises en charge visées à l'article 16, premier alinéa.

Art. 16. Une caisse d'assurance soins doit remplir les tâches suivantes :

1° elle examine les demandes et se prononce sur les prises en charge conformément aux dispositions de l'article 8;

2° elle veille à l'exécution des prises en charge conformément aux dispositions de l'article 10;

3° elle enregistre les données relatives aux demandes et aux prises en charge, et les soumet une fois par an au Fonds flamand d'Assurance Soins;

4° le cas échéant, elle encaisse les cotisations des affiliés conformément aux dispositions de l'article 13.

Le gouvernement fixe les règles uniformes relatives au contrôle, au fonctionnement, à l'organisation et à la gestion des caisses d'assurance soins.

Art. 17. Une caisse d'assurance soins agréée reçoit une subvention qui est fixée une fois par an par le Fonds flamand d'Assurance Soins en fonction :

1° de la somme des prises en charges effectives;

2° de paramètres pondérés qui tiennent compte du nombre d'usagers affiliés à la caisse d'assurance soins, et du profil des usagers en termes de gravité et de durée d'autonomie réduite, de leur âge et de leur revenu;

3° d'un montant forfaitaire par prise en charge pour couvrir les frais administratifs.

Une caisse d'assurance soins est responsable de l'équilibre financier entre ses revenus et ses dépenses.

Le gouvernement détermine les conditions relatives à la constatation, au paiement et au recouvrement des subventions, à l'équilibre financier, et au calcul des paramètres pondérés.

Art. 18. Les coordonnées des affiliés sont utilisées par les caisses d'assurance soins et par le Fonds flamand d'Assurance Soins tout en respectant la vie privée des affiliés.

CHAPITRE IV. — *Surveillance et contrôle*

Art. 19. Les caisses d'assurance soins se trouvent sous la surveillance et sous le contrôle du Fonds flamand d'Assurance Soins, et soumettent une fois par an un rapport comptable de toutes les transactions au Fonds flamand d'Assurance Soins conformément aux conditions de forme à fixer par le gouvernement.

Art. 20. Le Fonds flamand d'Assurance Soins soumet une fois par an un rapport comptable de toutes les transactions au gouvernement conformément aux conditions de forme à fixer par le gouvernement.

Art. 21. § 1. Une fois par an, et ce au plus tard le 31 octobre, le gouvernement présente au Parlement flamand le budget du Fonds flamand d'Assurance Soins pour l'année suivante.

§ 2. Une fois par an, et ce au plus tard le 30 juin, le gouvernement présente au Parlement flamand un compte-rendu circonstancié des revenus et dépenses, ainsi que du fonctionnement du Fonds flamand d'Assurance Soins au cours de l'exercice précédent.

CHAPITRE V. — *Dispositions finales et entrée en vigueur*

Art. 22. L'article 6 du décret du 27 juin 1990 portant création d'un Fonds flamand pour l'Intégration sociale des Personnes handicapées, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 6

L'allocation du Fonds est refusée ou réduite si la personne handicapée a, en vertu d'autres dispositions légales ou réglementaires, droit à une allocation d'intégration sociale destinée à couvrir le même besoin et en raison du même handicap que celui en application du présent décret, à l'exception de la couverture réglée dans le cadre du décret du [...] portant organisation de l'assurance soins. »

Art. 23. A l'article 582 du Code Judiciaire, un 6° est ajouté pour ce qui concerne la Communauté flamande, libellé comme suit :

« 6° des litiges relatifs aux droits et aux obligations découlant de l'application du décret du [Y] portant organisation de l'assurance soins. »

Art. 24. Les articles 1, 2, 11, 12, 13, premier alinéa, 1° et 4°, 14, 15, 18 et 21 du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1999.

Pour les articles 4 et 13, premier alinéa, 3°, le gouvernement fixe la date d'entrée en vigueur.

Les autres dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

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

Bruxelles, le 30 mars 1999.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

L. VAN DEN BRANDE

Le Ministre flamand de la Culture, de la Famille et de l'Aide sociale,

L. MARTENS.

—
Note

(1) *Session 1998-1999.*

Documents. — Proposition de décret : 1239 - n° 1. — Motion : 1239 - n° 2. — Avis du Conseil d'Etat : 1239 - n° 3. — Amendements : 1239 - n°s 4 à 6. — Rapport : 1239 - n° 7. — Remarque de la Cour des Comptes : 1239 - n° 8. — Amendements : 1239 - n° 9.

Annales. — Discussion et adoption. Séances des 16 et 17 mars 1999.



N. 99 — 1522

[C - 99/35642]

16 MAART 1999. — Besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 1971 tot bepaling van de werken en handelingen die vrijgesteld zijn ofwel van de bemoeiing van de architect, ofwel van de bouwvergunning, ofwel van het eensluidend advies van de gemachtigde ambtenaar

De Vlaamse regering,

Gelet op het decreet betreffende de ruimtelijke ordening, gecoördineerd op 22 oktober 1996, inzonderheid op de artikelen 42, § 2, tweede lid, en 43, § 1, tweede lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 16 december 1971 tot bepaling van de werken en handelingen die vrijgesteld zijn ofwel van de bemoeiing van de architect, ofwel van de bouwvergunning, ofwel van het eensluidend advies van de gemachtigde ambtenaar, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 16 juli 1996, 7 januari 1997 en 4 november 1997;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 8 april 1998;

Gelet op de beraadslaging van de Vlaamse regering op 28 april 1998 betreffende de aanvraag om advies bij de Raad van State binnen één maand;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 25 juni 1998, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Openbare Werken, Vervoer en Ruimtelijke Ordening;

Na beraadslaging,

Besluit :

Artikel 1. Aan artikel 2 van het koninklijk besluit van 16 december 1971 tot bepaling van de werken en handelingen die vrijgesteld zijn ofwel van de bemoeiing van de architect, ofwel van de bouwvergunning, ofwel van het eensluidend advies van de gemachtigde ambtenaar, gewijzigd bij besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 1996, wordt een 13° toegevoegd, dat luidt als volgt :

« 13° het draineren voor landbouwdoeleinden van een goed door de aanleg van een geheel van ondergrondse zuig- en/of moerleidingen, omhullingsmaterialen en eindbuizen en van een geheel van boven- en/of ondergrondse uitmondingsvoorzieningen, controleputten en hulpstukken, mits aan de volgende vereisten voldaan is :

a) de bovengrondse zichtbare voorzieningen hebben maximale afmetingen van 1,00 m x 1,00 m en liggen gelijk met het maaiveld of met het talud van de ontvangende waterloop;

b) het drainageproject heeft geen betrekking op een goed met een aaneengesloten oppervlakte groter dan of gelijk aan 5 hectare;

c) de drainagewerken worden niet uitgevoerd in één of meer van de volgende gebieden of zones, aangeduid volgens een plan van aanleg, van kracht ingevolge de regelgeving met betrekking tot de ruimtelijke ordening :

- een groengebied;
- een natuurgebied;
- een natuurgebied met wetenschappelijke waarde;
- een natuurreservaat;
- een natuurontwikkelingsgebied;