

**VOORONTWERP VAN DECREET HOUDENDE DE VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING**  
**MEMORIE VAN TOELICHTING**

**A. Algemene toelichting**

1. SITUERING

Met de zesde staatshervorming worden belangrijke onderdelen op het vlak van zorg en gezondheid overgedragen naar de deelstaten.

In het Regeerakkoord is ervoor gekozen om deze overgedragen bevoegdheden op vlak van (langdurige) zorg, hulpmiddelen en revalidatie niet te versnipperen maar als één geheel te bekijken. Dit geeft de deelstaten de kans om een meer coherent beleid te voeren op vlak van zorg. Op die manier wordt een Vlaamse sociale zekerheid uitgebouwd complementair aan de federale sociale zekerheid.

Daarbij wordt gekozen voor een verzekeringsmodel waarbij de betaling van een premie gekoppeld is aan rechten op financiële tegemoetkomingen en vergoedingen voor zorg, naar het model van de zorgverzekering. De huidige premie zorgverzekering wordt de premie Vlaamse sociale bescherming (VSB). Het is de bedoeling dat die premie wordt gekoppeld aan de pijlers die de verzekering stapsgewijs zal omvatten. De VSB betreft de financiering van volgende pijlers, die hoofdzakelijk persoonsvolgend zal zijn,:

- 1° de zorgverzekeringstegemoetkoming;
- 2° de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB);
- 3° het basisondersteuningsbudget (BOB);
- 4° de residentiële ouderenzorg;
- 5° de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waaronder de zorg en/of behandeling in Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW), Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) maar ook met inbegrip van revalidatie die gericht is op de psychosociale aspecten;
- 6° de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies;
- 7° de thuiszorg;
- 8° de mobiliteitshulpmiddelen;
- 9° de transmurale zorg.

De uitvoering van VSB wordt toevertrouwd aan de zorgkassen die in Vlaanderen en Brussel de functie van uniek loket kunnen opnemen voor alle rechten op tegemoetkomingen voor zorg.

De Vlaamse sociale bescherming uitwerken is een ingrijpende en omvangrijke opdracht, waarbij zowel de overname van nieuwe onderdelen in het kader van de zesde

staatshervorming wordt gerealiseerd als de integratie van bestaande tegemoetkomingen en financieringen, waarvoor Vlaanderen reeds bevoegd was.

De geformuleerde ambities zijn groot, nu alleen al de loutere overname van de bevoegdheden, meer dan aanvankelijk ingeschat, een immense operatie is op wetgevend, organisatorisch en ICT-vlak.

In een eerste fase werd de overgehevelde THAB met de zorgverzekering en het nieuwe basisondersteuningsbudget als eerste drie pijlers ondergebracht in één Vlaams verzekeringsmodel: de VSB. Dit werd gerealiseerd met het eerste decreet VSB, afgekondigd op 24 juni 2016. Dit eerste luik omvat de cash-vergoedingen waarmee wordt tegemoetgekomen aan diverse meerkosten van gebruikers ten gevolge van een verlies aan zelfredzaamheid.

Een uitvoeringsbesluit werd goedgekeurd op de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016. Sinds 1 januari 2017 is de THAB geïntegreerd in een Vlaams verzekeringsmodel en gekoppeld aan de premie.

We hanteren in dit ontwerp van decreet reeds een nieuwe benaming voor de drie tegemoetkomingen die vrij kunnen worden besteed. Voortaan gaat het om een basisondersteuningsbudget (BOB), een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zorgverzekering) en een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (THAB).

Wetenschappelijk onderzoek zal de verdere integratie van deze verschillende cash-vergoedingen binnen een nieuw VSB-concept voorbereiden.

Doelstelling is te komen tot één cash zorgbudget dat verschillende trappen kent volgens zorgprofiel en waarvan een deel inkomensgerelateerd is (vandaag is de THAB immers ook al gerelateerd aan inkomen). Een eerste stap hierin is het gebruik van de Belrai-screener voor deze verschillende zorgbudgetten.

Door dit ontwerp van decreet wordt de Vlaamse sociale bescherming aangevuld met nieuwe onderdelen. In de toekomst spreken we hier over "zorgtickets". Dit zorgticket wordt bepaald op basis van een indicatiestelling en komt overeen met een aantal eenheden zorg. De zorgtickets kunnen in tegenstelling tot de zorgbudgetten enkel worden gebruikt voor het vergoeden van erkende zorg en zijn dus niet vrij besteedbaar.

Het betreft zowel onderdelen waarvoor de bevoegdheid is overgeheveld in het kader van de zesde staatshervorming, als onderdelen waarvoor Vlaanderen reeds bevoegd was en die verwant zijn met de overgehevelde materies, zoals de gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's). De tweede fase betreft met name thuiszorg (gezinszorg en aanvullende thuiszorg, respijtzorg, dagverzorging (DVC) en kortverblijf (KV)), residentiële ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg (CGG, PVT en IBW, en revalidatie voornamelijk gericht op psychosociale aspecten), de revalidatie voornamelijk gericht op het herstel van fysieke functies, de transmurale zorg, voor zover deze tot de Vlaamse bevoegdheid behoort, en de mobiliteitshulpmiddelen.

Na de zesde staatshervorming werd een overgangsprotocol gesloten met de federale overheid om de continuïteit te verzekeren. De deelstaten zijn bevoegd, de uitvoering

gebeurt op basis van dit overgangsprotocol nog door de federale overheid. Deze periode werd verlengd op vraag van de deelstaten tot ten laatste 31 december 2018. Het overgangsprotocol werd hiertoe met één jaar verlengd voor woonzorgcentra, inclusief bijkomende erkenningen RVT, dagverzorging en kortverblijf, mobiliteitshulpmiddelen, revalidatie, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen.

Vanaf 1 januari 2019 worden de transitieprotocols beëindigd en gaat voor Vlaanderen de zgn. 'intervalfase' van start, waarbij Vlaanderen effectief de dienstverlening voor de overgehevelde bevoegdheden overneemt van het RIZIV. De nadruk ligt hier in principe op het garanderen van de continuïteit. De nieuwe concepten worden in de intervalfase nog niet volledig geoperationaliseerd.

Ook de integratie in het Vlaams verzekeringsmodel loopt gefaseerd. Het verzekerd zijn in het kader van de federale ziekteverzekering, door bewijs van arbeidsperiodes of daarmee gelijkgesteld, wordt stapsgewijs vervangen door de koppeling aan de Vlaamse VSB-bijdrage.

Voorliggend ontwerp van VSB-decreet neemt reeds met ingang van 1 januari 2019 de mobiliteitshulpmiddelen en ouderenzorg op in een verzekeringsmodel. Zij worden al gekoppeld aan de VSB-bijdrage. Voor de woonzorgcentra (WZC), dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf wordt daarbij in eerste instantie de huidige financieringswijze behouden, waarbij vereenvoudiging en maximale digitalisering van gegevensstromen centraal staan. Voor het onderdeel mobiliteitshulpmiddelen willen we reeds vanaf 1 januari 2019 hervormingen en kwalitatieve verbeteringen in gang laten gaan (o.a. renting en hergebruik).

Anderzijds zorgt dit ontwerp van decreet voor een juridische verankering van de basisprincipes en het vastleggen van de krijtlijnen van een nieuw financieringsmodel voor alle onderdelen van VSB, dus ook de onderdelen die in 2019 nog niet gekoppeld zijn aan de VSB-bijdrage .

Na 2019 volgt de verdere integratie in het Vlaams verzekeringsmodel.

De onderdelen thuiszorg (gezinszorg, respijtzorg, DVC en KV), CGG, PVT, IBW, en revalidatie worden losgekoppeld van het verzekeringsprincipe van de federale ziekteverzekering en opgenomen in het decreet VSB. Dit vergt een verdere digitalisering van gegevensstromen waarvoor reeds de basis wordt gelegd in deze legislatuur. Door de integratie van de verschillende onderdelen in één digitaal platform van het Vlaams Agentschap VSB, kunnen we bestaande toepassingen maximaal hergebruiken en effenen we het pad voor een geïntegreerd systeem van gegevensuitwisseling dat heel wat opportuniteiten biedt inzake de vermindering van administratieve lasten, de automatische toekenning van rechten en het genereren van belangrijke beleidsinformatie.

Over de legislatuur heen wordt ook gewerkt aan de operationalisering van de toekomstvisie. De uitvoering van de doelstelling van een persoonsvolgende financiering van zorg en behandeling over sectoren heen is daarin een belangrijke doelstelling.

Voor de verdere uitwerking van deze krijtlijnen is er nood aan wetenschappelijk onderzoek, testfases, proefprojecten m.b.t. persoonsvolgende financiering en de (geleidelijke) invoering van de BeLRAI. Een grondige voorbereiding en aftoetsing, ook in overleg met betrokken actoren, is noodzakelijk en vergt de nodige tijd. Dit onderzoek is gestart in 2016 en daarvan wordt de komende jaren verder werk gemaakt.

Deze fasering van de Vlaamse sociale bescherming vinden we terug in de juridische verankering van de VSB:

- a. Het VSB-decreet van 24 juni 2016, dat inmiddels in werking is getreden omvatte de zorgbudgetten, waarbij de continuïteit centraal stond.
- b. In het voorliggend ontwerp van decreet, met inwerkingtreding op 1 januari 2019, worden voor alle onderdelen al de belangrijkste krijtlijnen vastgelegd voor de nieuwe concepten van de VSB. Voor WZC, DVC, CKV en mobiliteitshulpmiddelen, die vanaf 1 januari 2019 al opgenomen zijn in het Vlaams verzekeringsmodel, legt voorliggend ontwerp van decreet ook de decretale basis om de financiering te kunnen continueren van bij aanvang van de intervalfase. Wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, worden reeds een aantal hervormingen doorgevoerd.
- c. Naast het VSB-decreet wordt ook gewerkt aan een ontwerp van overgangsdecreet voor de overname van PVT/IBW en revalidatie, die op 1 januari 2019 nog niet geïntegreerd zullen zijn in het Vlaams verzekeringsmodel. De integratie in een Vlaams verzekeringsmodel vergt immers een digitalisering van gegevensstromen. Dit gelijktijdig realiseren voor alle sectoren tegen 1 januari 2019 is niet haalbaar. Het ontwerp van overgangsdecreet dat binnenkort aan het parlement zal worden voorgelegd, zal de overname realiseren van de opdrachten van het RIZIV door de Vlaamse overheid, waardoor Vlaanderen reeds eigen beleid kan voeren.

In een latere stap en rekening houdend met het wetenschappelijk onderzoek en testfases, zal de nieuwe financiering voor de verschillende onderdelen van de VSB verder concreet worden uitgewerkt in uitvoeringsbesluiten na 2019.

Deze fasering zorgt uiteraard voor de nodige juridische complexiteit. Het voorliggend ontwerp van decreet bouwt voort op het decreet van 24 juni 2016. Er werd voor gekozen om niet te werken met een wijzigingsdecreet, maar om het decreet VSB van 24 juni 2016 in zijn geheel te vervangen. Dit maakt de leesbaarheid ervan een stuk gemakkelijker en zo wordt bovendien vermeden dat achteraf nog een gecoördineerde versie moet worden gemaakt.

## 2. GEFASEERDE IMPLEMENTATIE (nieuw)

Fasering tweede luik VSB	<b>2019</b> Decreet VSB BVR VSB	<b>2019</b> Overnamedecreet Uitvoeringsbesluit overnamedecreet	<b>Na 2019</b> Wijziging/opheffing Overnamedecreet
--------------------------------	---------------------------------------	---	--

			Verdere uitvoering VSB door aanvullend BVR VSB
Mobiliteits-hulpmiddelen	Opname in VSB in werking Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  Hervormingen (renting, schrappen leeftijdsgrens, ..)		Verdere vereenvoudiging
Woonzorg centra	Opname in VSB in werking Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  Overname financiering AS IS		PVF op basis van BELRAI
PVT en IBW	Opname in VSB nog niet in werking	Behoud verzekeringsmodel ziekteverzekering  AS IS financiering  Vlaamse overheid neemt rol RIZIV over	Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  PVF op basis van BELRAI
CGG	Opname in VSB nog niet in werking		Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  PVF op basis van BELRAI
Revalidatie GGZ	Opname in VSB nog niet in werking	Behoud verzekeringsmodel ziekteverzekering  AS IS financiering	Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  PVF op basis van BELRAI + pathologie

		Vlaamse overheid neemt rol RIZIV over	
Revalidatie ziekenhuizen	Opname in VSB nog niet in werking	Behoud verzekeringsmodel ziekteverzekering  AS IS financiering  Vlaamse overheid neemt rol RIZIV over	Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  PVF op basis van BELRAI + pathologie
Gezinszorg	Opname in VSB nog niet in werking		Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  PVF op basis van BELRAI
Dagverzorging en kortverblijf	Opname in VSB in werking Recht gekoppeld aan bijdrage VSB  Overname financiering AS IS		PVF op basis van BELRAI

### 3. DOELSTELLING VSB

De VSB vertrekt van een vaststelling van de zorgbehoefte en wil mensen met een zorgbehoefte de mogelijkheid bieden om de regie van hun zorg in eigen handen te houden en hun autonomie te versterken of te behouden. De VSB maakt zorg, zowel thuis als residentieel, financieel toegankelijk, in zoverre de kosten een Vlaamse bevoegdheid zijn. De VSB - geënt op de zorgverzekering - wordt daartoe uitgebouwd als een volksverzekering.

### 4. CIRKELMODEL ALS CONCEPTUEEL REFERENTIEKADER

De uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming vertrekt net zoals de nieuwe financiering voor personen met een handicap conceptueel van het cirkelmodel van de American Association on Mental Retardation (AAMR). Dat model is zo opgebouwd dat het als referentiekader kan gelden voor een ondersteuningsconcept voor zowel personen met een handicap, chronisch zieken en ouderen in kwetsbare situaties.

In het cirkelmodel staat de cliënt centraal en bepaalt deze - indien mogelijk in overleg met zijn informele en formele zorgverleners - welke ondersteuningsniveaus een bijdrage kunnen leveren aan zijn gezondheid en welzijn. De focus ligt op inclusie en de regie over het eigen leven.

Op basis van dit cirkelmodel kunnen de verschillende onderdelen van VSB als volgt gedefinieerd en gepositioneerd worden:

1. Zelfzorg: de zorg en ondersteuning die de persoon met een zorgbehoefte zelf opneemt;
2. Zorg en ondersteuning die thuis geboden wordt door mantelzorgers: familie en vrienden;
3. De informele zorg door vrijwilligers en buurtgerichte ondersteuning;
4. Professionele zorg en ondersteuning: de gezinszorg en aanvullende thuiszorg, dagverzorging en kortverblijf, thuisverpleging, residentiële ouderenzorg, PVT, IBW, CGG, revalidatie ...;
5. Voor de personen met een handicap is er gezien hun bijzondere noden, nog de cirkel van de specifieke professionele zorg en ondersteuning van trap 2 van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap. Een geëigende procedure en prioritering wordt bepaald voor de toegang (cf decreet persoonsvolgende financiering voor Personen met een Handicap). Deze cirkel valt buiten de VSB.

Volgens het principe van de complementariteit bouwen de verschillende ondersteuningssystemen in dit model op elkaar verder en groeit het ondersteuningsniveau mee met de behoefte van de cliënt. Het cirkelmodel veronderstelt ook dat de cliënt kan overschakelen tussen diverse zorgvormen naargelang zijn evoluerende noden. Dit vereist niet enkel een goede beoordeling van de zorg- en ondersteuningsbehoeften maar ook een performante gegevensuitwisseling. Het cirkelmodel mag niet gezien worden als een rigide systeem, waarbij de krachten in een bepaalde cirkel volledig moeten uitgeput zijn vooraleer een volgende cirkel kan worden aangesproken. Het is telkenmale een oefening op maat waarbij wordt nagegaan wat wenselijk en haalbaar is, rekening houdende met de wensen van de verzekerde en de draagkracht van alle cirkels.

De toepassing van het cirkelmodel heeft belangrijke consequenties. Het financieringssysteem en de eigen bijdrageregeling moeten toelaten dat er makkelijker en op maat van de noden van de gebruiker kan worden overgeschakeld tussen zorgvormen. Het financieringsmodel kan ook incentives omvatten om zorgvormen te stimuleren om met elkaar samen te werken, om verschillende zorgvormen onder één dak te kunnen aanbieden en om de continuïteit van zorg te garanderen.

Dit cirkelmodel is een algemeen referentiekader. Bepaalde onderdelen van de VSB zullen een specifieke benadering vragen. Dit zal blijken bij de uitvoering van de staatshervorming voor elk van deze onderdelen.

## 5. DE BASISPRINCIPES VAN VSB

De basisprincipes van VSB kunnen in volgende begrippen samengevat worden:

- Vraaggestuurde zorg, regie over de eigen zorg met het oog op behoud en versterking van autonomie en kwaliteit van leven;
- Afdwingbare rechten op tegemoetkomingen voor zorg;
- Financiële toegankelijkheid van kwalitatieve zorg;
- Vereenvoudiging van rechten en procedures;
- Vermijden dubbele inschaling door een uniek inschalingsinstrument
- Automatisch toekennen van rechten;
- Eén loket voor alle vragen.

### *Regie over de eigen zorg*

De sociale bescherming moet ervoor zorgen dat personen met een zorg- en ondersteuningsnood versterkt worden en toegang krijgen tot de gepaste zorg en ondersteuning. De persoon met een zorgnood moet de mogelijkheid krijgen om zijn autonomie en de regie van de eigen zorg in handen te houden. Het uiteindelijke doel is de kwaliteit van leven te behouden of versterken. Dit realiseren we via een solidair verzekeringsmodel. Persoonsvolgende financieringen en vergoedingen die zorg en hulpmiddelen, zowel thuis als residentieel, financieel toegankelijk maken, worden hierin ondergebracht.

### *Afdwingbare rechten op tegemoetkomingen*

De zorgbudgetten zijn afdwingbare rechten. Dat betekent dat wie beantwoordt aan de criteria een tegemoetkoming ontvangt zonder prioritering van de noden.

Ook wat de zorgtickets binnen de VSB betreft, gaat het om afdwingbare rechten op tegemoetkomingen, voor zover men een beroep doet op zorg. Deze zorgtickets veronderstellen in tegenstelling tot de zorgbudgetten, het effectief gebruik van erkende zorg zoals bepaald in uitvoering van dit decreet.

### *Financiële toegankelijkheid van kwalitatieve zorg*

De financiële toegankelijkheid van zorg moet voor elke persoon met een zorgnood worden gewaarborgd. Dit veronderstelt ook een flankerend beleid om een voldoende kwalitatief en toegankelijk aanbod van zorg te garanderen met een regelgevend kader voor de woon- en leefkost. Dit laatste is ook een gedeelde verantwoordelijkheid met andere beleidsdomeinen en beleidsniveaus.

### *Vereenvoudiging van rechten en procedures*



Het samenbrengen van verschillende tegemoetkomingen in één systeem van sociale bescherming heeft tot doel om een meer integraal beleid te kunnen voeren. Het beleid voor ouderen, personen met een beperking, geestelijke gezondheidszorg, hulpmiddelen, revalidatie, ... kan zo worden uitgewerkt als één consistent systeem dat het zorgprofiel en ook de zorgondersteuning objectiviseert. Die integratie zal gefaseerd tot stand komen. De Vlaamse sociale bescherming wordt hierdoor een herkenbaar geheel van rechten.

We opteren voor administratieve eenvoud en transparantie: we doen dit via de creatie van een uniek loket voor de gebruiker bij zijn zorgkas en het gebruik van automatische en zoveel mogelijk digitale gegevensstromen.

#### *Vermijden dubbele inschaling*

Door verschillende tegemoetkomingen in te bedden in één decreet beogen we dubbele inschalingen te vermijden. De toekomstige implementatie van de BelRAI-screener en BelRAI, samengaan met een efficiënte digitale gegevensdeling, zal hierbij een belangrijke rol spelen.

#### *Automatisch toekennen van rechten*

Een beperking van het aantal inschalingsinstrumenten zal het automatisch toekennen van rechten voor meerdere pijlers mogelijk maken.

#### *Uniek loket*

De rechten worden zoveel mogelijk automatisch toegekend. Daarnaast heeft de gebruiker voor tegemoetkomingen van de VSB één aanspreekpunt. De zorgkas int de bijdrage, informeert de gebruiker, behandelt de aanvraag, waarborgt de dossieropvolging, beoordeelt of aan de voorwaarden voldaan is, beslist en betaalt uit conform het decreet en zijn uitvoeringsbesluiten. De gebruiker weet dat hij met al zijn vragen over tegemoetkomingen in de zorg bij zijn zorgkas terecht kan. Dat is duidelijk, eenvoudig en transparant voor de burger. In dit kader responsabiliseren we de zorgkassen en bewaken we een uniforme werking. Er wordt een besluit uitgewerkt waarin de parameters en het systeem van responsabilisering worden opgenomen.

We vermijden dat mensen bij verschillende instanties moeten aankloppen en geconfronteerd worden met diverse procedures. Dit moet leiden tot efficiëntiewinsten.

## 6. ZORGBUDGET EN ZORGTICKET

We maken in dit ontwerp van decreet een onderscheid tussen zorgbudgetten, zorgtickets en tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen. Het persoonsvolgend budget is de overkoepelende naam voor tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

## *Zorgbudgetten*

Binnen het persoonsvolgend budget zijn er drie vrij besteedbare zorgbudgetten, vastgesteld op basis van een indicatiestelling van de zorgbehoevendheid.

Meer bepaald het basisondersteuningsbudget (BOB), het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zorgverzekering) en het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (THAB).

Het zorgbudget beoogt met laagdrempelig toegankelijk en beperkte tegemoetkomingen de eigen bijdrage van de zorg en andere diverse meerkosten ten gevolge van zorgbehoevendheid betaalbaar te maken. Het kan ook fungeren als een forfaitaire en beperkte tussenkomst voor mantelzorg.

## *Het zorgticket*

Binnen het persoonsvolgend zorgbudget zijn er bovendien zorgtickets voor verschillende zorgsectoren opgenomen in de VSB. Zorgtickets zijn tegemoetkomingen, vastgesteld op basis van een indicatiestelling, waarmee zorg kan worden ingekocht bij een erkende zorgvoorziening en (die via een derde betalingsstelsel worden uitbetaald). Het gaat om een vorm van trekkingsrecht waarvan de hoogte afhankelijk is van de vastgestelde zorgzwaarte en die kan variëren naargelang van de pijler waarop de tegemoetkoming betrekking heeft.

## 7. ZORGBUDGETTEN

### A. Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden

De Vlaamse zorgverzekering betaalde in 2016 voor 357,5 miljoen euro tegemoetkomingen uit aan meer dan 253.372 zwaar zorgbehoevende personen. Daarvan waren 78.244 tegemoetkomingen bestemd voor personen die verblijven in een residentiële voorziening en 175.128 tegemoetkomingen waren bestemd voor personen die in het thuismilieu verblijven.

De tegemoetkomingen mantel- en thuiszorg en de tegemoetkomingen in de residentiële sector (woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis) bedragen 130 euro per maand. Dit budget kan cash worden opgenomen en is vrij besteedbaar.

Voor de zorgverzekering verandert er weinig. Er is enkel een mogelijkheid opgenomen om het bedrag te indexeren en een mogelijkheid om de carentijd te schrappen in geval van palliatieve zorg. Dit vergt echter een uitvoeringsbesluit. Verder is ook de mogelijkheid voorzien van vrijwillige aansluiting van uitgaande grensarbeiders.

### B. Basisondersteuningsbudget

Met het decreet persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap werd een getrap en persoonsvolgend financieringssysteem geïntroduceerd. Alle personen met een erkende handicap en een duidelijk vastgestelde behoefte aan zorg en ondersteuning hebben in de eerste trap recht op een vrij besteedbaar basisondersteuningsbudget (BOB). Personen met een handicap die nood hebben aan frequente, intensieve of gespecialiseerde ondersteuning kunnen in de tweede trap aanspraak maken op een budget voor niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

Het is de verwachting dat het nieuwe, persoonsvolgende financieringssysteem in belangrijke mate zal bijdragen tot het realiseren van zorggarantie en vraaggestuurde zorg. Personen met een handicap gaan financiële middelen ontvangen op maat van hun ondersteuningsnoden, waarbij ze zelf bepalen hoe ze hiermee hun zorg en ondersteuning organiseren.

Het BOB is een maandelijks forfaitair bedrag van 300 euro dat vrij besteedbaar is en men niet moet verantwoorden. Men kan het bedrag inzetten voor het vergoeden van mantelzorg, voor het inkopen van (meer) reguliere dienstverlening of voor het inkopen van rechtstreeks toegankelijke dienstverlening. De persoon met een beperking kan zelf een op maat georganiseerde mix, vanuit de verschillende ondersteuningsbronnen samenstellen. De regie ligt bij de persoon met een beperking.

Het BOB wordt toegekend tot de leeftijd van 65 jaar. Voor personen aan wie het BOB toegekend wordt voor de leeftijd van 65 jaar, kan het BOB doorlopen na deze leeftijd.

Het BOB is een pijler van de Vlaamse sociale bescherming. De zorgkas kent de tegemoetkoming automatisch toe of behandelt de aanvraag, beslist over het toekennen van een BOB, zorgt voor de maandelijkse uitbetaling van het BOB en is het aanspreekpunt voor de gebruiker.

Het basisondersteuningsbudget wordt in drie fasen geïmplementeerd.

De Vlaamse Regering stelt jaarlijks het beschikbare budget vast voor de gefaseerde uitrol van de pijler basisondersteuningsbudget. In 2016 werd gestart met het BOB voor personen die geregistreerd staan op de Centrale Registratie Zorgvragen en nog geen ondersteuning van het VAPH hebben ontvangen. Aan 5.820 personen is in 2016 in totaal 6,4 mio euro uitbetaald. In 2017 zijn daar de kinderen en jongeren aan toegevoegd die geregistreerd zijn bij de intersectorale toegangspoort met een actieve zorgvraag en nog geen beroep doen op niet rechtstreeks toegankelijke hulp in het kader van integrale jeugdhulp. Ten slotte wordt vanaf september 2017 de doelgroep uitgebreid met kinderen en jongeren die recht hebben op de verhoogde kinderbijslag of een integratietegemoetkoming op basis van een bepaalde zorgprofiel die vastgesteld is in de medisch sociale schaal. Het concrete groeipad werd beschreven in het uitvoeringsbesluit van 14 oktober 2016 bij het decreet

van 24 juni 2016. Ook de hoogte van de tegemoetkoming werd opgenomen in het uitvoeringsbesluit. Het budget 2017 wordt geraamd op 38,9 mio.

In 2018 volgt een evaluatie van het systeem, op basis waarvan het BOB voor nieuwe doelgroepen kan opengesteld worden. Finaal is het de bedoeling dat het BOB toegankelijk is voor iedereen die een erkende handicap en een vastgestelde ondersteuningsnood heeft.

Het basisondersteuningsbudget kan gecumuleerd worden met een andere tegemoetkoming uit het Vlaams zorgbudget, maar niet met een tegemoetkoming voor niet rechtstreeks toegankelijke hulp VAPH (tweede trap decreet persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap).

### C. Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

De THAB heeft tot doel ouderen met een zorgnood met een beperkt inkomen die bijkomende kosten hebben vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid in staat te stellen een deel van de bijkomende kosten te financieren.

Momenteel gelden volgende bedragen per zorgzwaartecategorie per jaar of per maand.

Categorie 1 (7-8 punten)	1.001,32	83,44
Categorie 2 (9-11 punten)	3.822,28	318,52
Categorie 3 (12-14 punten)	4.647,27	387,27
Categorie 4 (15-16 punten)	5.472,03	456,00
Categorie 5 (17-18 punten)	6.721,61	560,13

De THAB is een belangrijk instrument om:

- de mogelijkheid te geven om thuis te blijven wonen, door een financiële ondersteuning in de kosten omwille van de moeilijkheden die ze ondervinden in de activiteiten van het dagelijks leven;
- de financiële toegankelijkheid van de woonzorgcentra te verbeteren.

De THAB wordt toegekend vanaf de leeftijd van 65 jaar, in functie van de zorgbehoefendheid, met een getrapte inschaling. De tegemoetkoming is hoger naargelang het gebrek aan zelfredzaamheid (de score op de schaal) hoger is.

Bij het bepalen van de THAB wordt ook het inkomen van de betrokkene of de persoon met wie hij een gezin vormt, in rekening gebracht. Bepaalde vrijstellingen worden echter toegepast op die inkomsten. In de praktijk maken vooral ouderen met een laag pensioen aanspraak op een THAB.

Voor THAB wordt een profielschaal sui generis (de medisch-sociale schaal) gehanteerd, die ook wordt gebruikt voor de integratietegemoetkoming. Er wordt gewerkt met een vragenlijst die raakvlakken heeft met de BEL-schaal en met de KATZ-schaal.

De principes voor het uitkeren van een Vlaams zorgbudget voor ouderen met een zorgnood blijven overeind. Dit budget is vrij besteedbaar en kan in cash worden opgenomen door de oudere met een zorgnood.

In 2016 ontvingen ongeveer 105.000 bejaarden in het Vlaams gewest een THAB voor een totaal bedrag van 356,0 mio euro. De gemiddelde tegemoetkoming per maand bedraagt momenteel 269 euro. In 2017 worden de uitgaven geraamd op 359,6 mio euro.

#### D. Integratie in een Vlaams gemoduleerd zorgbudget

Een volgende stap wordt ondertussen voorbereid in een wetenschappelijk onderzoek. Deze beoogt, rekening houdend met de evaluatie van het basisondersteuningsbudget en met de invoering van de BelRAI-screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, een integratie van de drie cash-tegemoetkomingen in één zorgbudget. Zo kan een recht ontstaan op één zorgbudget met verschillende bedragen in functie van zorgprofiel en waarbij ook een deel gerelateerd zal worden aan het inkomen, zoals dit nu reeds het geval is bij het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Waar nodig kan daarbij ook rekening gehouden worden met bijzondere noden van specifieke doelgroepen.

Het decreet kan niet voorop lopen op de uitkomst van het wetenschappelijk onderzoek en zal ten gepasten tijde worden aangepast om dit te realiseren.

## 8. ZORGTICKETS EN TEGEMOETKOMINGEN VOOR MOBILITEITSHULPMIDDELEN

### 8.1. Onderdelen

In dit ontwerp van decreet wordt elke zorgvorm in een aparte pijler omschreven omwille van de nood aan een aantal specifieke bepalingen per pijler in de intervalfase maar ook om het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming af te bakenen. Zo wordt de dienstverlening van een Lokaal Dienstencentrum, de vrijwillige oppas of een Dienst maatschappelijk werk geen voorwerp van de VSB.

Voor de VSB wordt een meer geïntegreerde benadering vooropgesteld van de verschillende persoonsvolgende financieringen van zorg en behandeling. Een vastgestelde zorgbehoefte zal in deze fase een recht openen op een zorgticket voor de betrokkene, die hiermee de zorg en/of behandeling kan opnemen en financieren in een erkende zorgvoorziening, wat in overleg met de zorgvoorziening vertaald zal worden in zorg- en/of behandelingsdoelstellingen vertrekkende vanuit de levensdoelen van die persoon.

Concreet gaat het over volgende zorgvoorzieningen:

- De residentiële ouderenzorg;
- De geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten;
- De revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies;
- De thuiszorg
- De transmurale zorg;

- De mobiliteitshulpmiddelen.

## 8.2. Verzekeringsprincipe toegepast op de zorgtickets en de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen

### a. bijdragebetaling

De financiële tegemoetkomingen voor zorg en behandeling in het kader van de VSB zullen in de toekomst niet of niet langer gekoppeld zijn aan de federale ziekteverzekering. Ze worden gekoppeld aan de aansluiting bij de VSB die verplicht is in Vlaanderen en vrijwillig in Brussel. Aansluiten gebeurt door het betalen van een jaarlijkse premie van 50 respectievelijk 25 euro voor rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering.

Deze omschakeling wordt gefaseerd uitgevoerd, te beginnen met de mobiliteitshulpmiddelen en de woonzorgcentra inclusief dagverzorging en kortverblijf vanaf 1 januari 2019. Voor revalidatie, IBW en PVT zullen op 1 januari 2019 nog steeds de verzekeringsvoorwaarden uit de ziekteverzekeringswet gelden.

Ook voor de sectoren die reeds Vlaams gefinancierd zijn (CGG en gezinszorg) zal de integratie in het verzekeringsmodel VSB pas later worden gerealiseerd.

Door de digitalisering van gegevensstromen zullen de betrokken zorgvoorzieningen en verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen onmiddellijk kunnen nagaan of iemand verzekerd is. Voor acute zorg mag deze controle geen belemmering vormen voor een snelle opstart van de zorg en/of behandeling.

De gevolgen van het niet voldoen aan de VSB-verzekeringsprincipes, zoals deze geregeld zijn in het decreet van 24 juni 2016, zijn ook gedeeltelijk van toepassing in het kader van de nieuwe onderdelen van het decreet.

Aangezien iedereen die in een WZC en PVT verblijft, ook recht heeft op het Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, zullen achterstallige premies worden verrekend met de tegemoetkoming van het Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, zoals dit reeds geregeld is in het decreet eerste fase.

Voor thuiszorg, CGG, IBW, revalidatie en mobiliteitshulpmiddelen is dat niet mogelijk en zal de zorgkas eerst de premiebetaling in orde moeten brengen alvorens rechten kunnen worden geopend. De zorgvoorziening waarop iemand beroep doet of de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen zal kunnen nagaan of iemand verzekerd is. Als er op dat moment nog achterstallige premies zijn, moeten die eerst worden betaald.

De zorgkas neemt proactief initiatief om de verzekeraarbaarheid van deze personen in orde te brengen.

Er wordt een vrijstelling van de bijdrage voorzien voor mensen die één of twee keer hun bijdrage niet hebben betaald maar zich in een situatie van behartigenswaardigheid bevinden (bijv. zware financiële of psychosociale problemen) op het moment dat zij een

beroep doen op zorg. Zo vermijden we dat zij hierdoor geen toegang zouden hebben tot zorg.

In die gevallen zal dit ook een signaal zijn in het kader van de nood aan hulpverlening vanuit het breed onthaal. Het geïntegreerd breed onthaal heeft tot doel de toegankelijkheid en herkenbaarheid van de minst ingrijpende, generalistische hulp te verhogen en onderbescherming tegen te gaan. Afstemming en samenwerking tussen de verschillende actoren op het terrein, waaronder de kernactoren OCMW en gemeente, de Centra Algemeen Welzijnswerk en de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen, is hierbij een middel om ervoor te zorgen dat elke burger, en in het bijzonder de meest kwetsbaren, kan rekenen op de nodige ondersteuning op maat en maximaal zijn grondrechten realiseert.

#### b. Verblijfsvoorwaarde van vijf jaar

In principe zijn de rechten in het kader van de VSB enkel van toepassing op inwoners van Vlaanderen.

Om recht te hebben op tegemoetkomingen is er, wat de zorgbudgetten betreft, bovendien een verblijfsvoorwaarde van vijf jaar. Wonen of werken in een EU-lidstaat wordt hiermee gelijkgesteld.

#### c. Toepassing EU-recht

In principe is de aansluiting bij de VSB enkel mogelijk voor wie woont in Vlaanderen of Brussel. Door toepassing van het EU-recht zijn er een aantal uitzonderingen op de vereiste van woonplaats in Vlaanderen.

De verschillende onderdelen van VSB zijn sociale zekerheidsprestaties in Europeesrechtelijke zin. Dit houdt in dat zij onder de Europese Verordening (EG) Nr. 883/2004, hierna "de Verordening") vallen. In tegenstelling tot de zorgbudgetten gaat het voor de nieuwe onderdelen van het decreet niet om uitkeringen maar verstrekkingen.

Sommige daarvan vallen ook onder de Europese Patiëntenrichtlijn (Richtlijn 2011/24/EU, hierna "de Patiëntenrichtlijn") en in alle gevallen is ook het vrij verkeer van diensten van toepassing. De toepassing hiervan in de rechtspraak, o.a. het arrest "Decker en Kohll", heeft ook gevolgen voor deze onderdelen van VSB.

Bepaalde buitenlands verzekerden hebben recht op zorg in Vlaanderen en omgekeerd hebben Vlaams verzekerden ook recht op zorg in het buitenland, soms na voorafgaande toestemming (bijv. revalidatie) en soms zonder voorafgaande toestemming.

De Verordening voorziet in een Europees circuit om uitgaven voor sociaal verzekerden in een andere EU-lidstaat te recupereren. Daarbij geldt als principe dat wie woont in een andere lidstaat maar Belgisch sociaal verzekerd is, daar recht heeft op zorg, voor rekening van België/Vlaanderen, volgens de toegepaste wetgeving in het woonland, alsof men daar verzekerd is. Ook omgekeerd kunnen buitenlands verzekerden, die in Vlaanderen verblijven, hier zorg genieten en kan de financiering hiervan worden gerecupereerd in het land waar de betrokkene sociaal verzekerd is.

Om het administratief zo eenvoudig mogelijk te maken wat de toepassing van de EU-Verordening 883-04 betreft, opteren we voor een samenwerking met het RIZIV. Dit moet nog in een samenwerkingsakkoord worden geregeld met het RIZIV en met de andere deelstaten.

We gaan ervan uit dat iemand die buitenlands verzekerd is maar in Vlaanderen woont, zal moeten aansluiten bij VSB maar geen bijdrage zal moeten betalen om recht te hebben op zorg. Het gaat om een zogenaamde administratieve aansluiting. Dit is nodig omdat de betrokken zorgkas instaat voor het uitbetalen van de financiering van de zorg in de zorgvoorzieningen. Nadien kan die financiering via het bestaande EU-Verordeningscircuit worden gerecupereerd door de ziekenfondsen, zoals dit momenteel gebeurt.

Het is de bedoeling om dit regelen in een samenwerkingsakkoord met de federale overheid en de andere deelstaten. Daartoe is overleg opgestart.

Er zal in die gevallen blijvend controle nodig zijn van de ziekteverzekeringsstatus door de ziekenfondsen.

De Verordening maar ook de Patiëntenrichtlijn voorzien ook in de mogelijkheid om, voor residentiële zorg, met voorafgaande toestemming, zorg te genieten in een andere EU-lidstaat. Die voorafgaande toestemming wordt nu afgeleverd door het College van geneesheren directeurs of adviserend geneesheren van het ziekenfonds.

In de toekomst zal de Expertencommissie gespecialiseerde zorg, waarin onder meer artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, psychologen en paramedici zoals logopedisten en ergotherapeuten zetelen, die onafhankelijk zijn van de zorgvoorzieningen, deze toestemmingen verlenen. Hiervoor kan beroep gedaan worden op experts uit de Zorgkassencommissie en de academische wereld (zie ook 8.3. laatste alinea voor een beschrijving van de Zorgkassencommissie).

De regeling inzake toestemming in uitvoering van de Patiëntenrichtlijn zal worden verdergezet. In dat geval wordt de volledige kost echter ten laste gelegd van de patiënt, die dan vergoeding kan vragen in het land waar hij sociaal verzekerd is. De patiënt zal zelf het volledige bedrag moeten voorschieten en kan pas achteraf vergoeding vragen in Vlaanderen op basis van de daar toepasselijke regelgeving. Een voorafgaande toestemming kan worden gegeven door de Expertencommissie gespecialiseerde zorg.

De Vlaamse overheid zou ook contracten kunnen sluiten of faciliteren met buitenlandse zorgvoorzieningen wanneer het aanbod in andere landen als een zinvolle aanvulling op het Vlaamse aanbod kan worden meegenomen, mits afspraken die contractueel worden vastgelegd. In die voorwaarden kunnen bepaalde kwaliteitseisen, volumes en systemen van derde-betaler worden geregeld.

d. Brussel



In Brussel is de aansluiting bij de VSB vrijwillig. Om te vermijden dat mensen pas aansluiten op het moment dat een risico zich voordoet, geldt een wachttijd van 5 jaar voor wie niet tijdig aansluit.

Bij elke toevoeging van een nieuwe pijler bij VSB heeft een inwoner van Brussel echter de mogelijkheid om zonder wachttijd aan te sluiten bij de VSB, gedurende een bepaalde termijn. Voor dat nieuwe onderdeel geldt dan geen wachttijd wegens laattijdige aansluiting, ook al heeft hij een wachttijd opgelopen voor het Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

Driemaal geen premie betalen, leidt in Brussel tot de stopzetting van de aansluiting bij de VSB.

Wie van Brussel naar Vlaanderen verhuist, valt onmiddellijk onder de verplichte aansluiting en heeft, net zoals elke EU-onderdaan die naar Vlaanderen verhuist, ook dadelijk recht op de tegemoetkomingen.

Aansluiting in Brussel geeft recht op de zorgbudgetten en op financiering van zorg en behandeling in door Vlaanderen erkende zorgvoorzieningen d.w.z. in het unicommunautair Vlaamse aanbod en de Vlaams erkende zorgvoorzieningen.

Omdat er dus personen kunnen zijn die beroep willen doen op het unicommunautair Vlaams aanbod maar om diverse redenen nog niet aangesloten zijn, wordt een mogelijkheid van regularisatie van achterstallige bijdragen voorzien. Zo kan iemand op dat moment nog aansluiten mits het betalen van achterstallige bijdragen en een boete.

Vanaf 1 januari 2019 zal bovendien een overgangstermijn van drie jaar worden voorzien voor de verdere uitwerking van VSB in Brussel. In deze fase zal het verzekeringsprincipe in de Brusselse unicommunautaire zorgvoorzieningen nog niet worden toegepast en kan ook een monitoring gebeuren van de problemen die zich potentieel stellen. Deze monitoring wordt toegepast vanaf 1 januari 2019 gedurende drie jaar. Dit moet ons toelaten om concrete afspraken te maken met de GGC omtrent het samengaan van de financiering van zorg vanuit de GGC met de VSB en vice versa en deze te vertalen in een samenwerkingsakkoord met alle bevoegde overheden in Brussel. Ondertussen zal er meer duidelijkheid zijn over de wijze waarop de GGC haar bevoegdheden wenst in te vullen in Brussel en de mogelijkheden tot afstemming tussen beleidsmaatregelen van de GGC met de principes van dit decreet. Hierin moeten ook afspraken worden gemaakt omtrent de financiering. Het overleg hierover werd reeds opgestart. Daarbij hebben we ook oog voor de financiële leefbaarheid van de unicommunautaire Vlaamse voorzieningen in Brussel.

De opname van de mobiliteitshulpmiddelen in de VSB geldt, net zoals het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ook in Brussel. De zorgkas past voor de bij VSB aangesloten Brusselaars de Vlaamse regelgeving toe. Wie niet aangesloten is bij VSB kan terecht bij de GGC. Op die manier wordt in Brussel een uniek loket gecreëerd voor de mobiliteitshulpmiddelen.

Een samenwerkingsakkoord zal hierover worden gesloten.

#### e. Zorg over de grens van de deelstaten

Zorg over deelstaatgrenzen maar intern binnen België, is een internrechtelijke kwestie waar het EU-recht in principe niet op van toepassing is.

In overleg met de andere deelstaten moet een regeling getroffen worden opdat de zorg over de grens van een deelstaat mogelijk blijft en gefinancierd kan worden.

In de intervalfase, die start op 1 januari 2019, wordt de huidige financieringswijze nog verdergezet en wordt voorlopig dus nog geen rekening gehouden met het verzekerd zijn in de VSB voor inwoners van Wallonië of Brussel die in Vlaanderen zorg genieten. Ook andersom zouden ook inwoners van Vlaanderen nog terecht moeten kunnen in Waalse, door de GGC erkende bicommunautaire voorzieningen of unicommunautaire Franstalige zorgvoorzieningen in Brussel.

Er wordt in die intervalfase gedurende een periode van drie jaar een monitoring opgezet om de deelstaatoverschrijdende zorg in kaart te brengen. Dit zal worden geregeld in een samenwerkingsakkoord.

Op die manier wordt duidelijk voor welke zorgvormen er een financiële verrekening tussen deelstaten nodig is, zodra het VSB-verzekeringsprincipe ook effectief wordt toegepast.

Op dat moment zullen de zorgvoorzieningen in Vlaanderen immers niet langer een financiering ontvangen in het kader van VSB voor personen die niet verzekerd zijn omdat zij in Wallonië of Brussel wonen en niet aangesloten zijn bij VSB. De zorgkas kan de financiering wel nog voorschieten maar zal dit dan eventueel moeten recupereren bij de bevoegde instantie in Wallonië of Brussel. Ook andere meer forfaitaire regelingen zijn mogelijk. Dit alles zal moeten geregeld worden in een samenwerkingsakkoord en er wordt hierover dan ook overleg geïnitieerd met de andere entiteiten.

Voor revalidatie en IBW/PVT blijft in de intervalfase op 1 januari 2019 nog de koppeling bestaan aan de ziekteverzekeringsgerechtigdheid en geldt dus per definitie nog de huidige regeling, waarbij ongeacht de woonplaats, iemand zorg kan genieten in de verschillende deelstaten.

### 8.3. Indicatiestelling

Onder indicatiestelling verstaan we het vaststellen van de zorgbehoefte van de gebruiker met het oog op het bepalen van zorg- en/of behandelingsdoelstellingen en financiering of, wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, het vaststellen van de beperking van de mobiliteit van de gebruiker met het oog op het bepalen van passende mobiliteitshulpmiddelen en de daaraan gekoppelde financiering.

Een belangrijke doelstelling binnen de VSB is het afstemmen en integreren van de verschillende inschalingsinstrumenten die op dit moment gebruikt worden. Doel hierbij is om te komen tot vergelijkbare zorgprofielen, maar met een andere financiering en inzet van personeel naargelang de pijler van de VSB waarop de sociaal verzekerde beroep doet. Op deze manier maken we werk van transparantie en boeken we efficiëntiewinsten. De

samenwerking tussen de verschillende aanbieders van zorg en ondersteuning wordt eveneens gefaciliteerd in functie van zorg op maat.

De Conceptnota VSB vermeldt hierover het volgende:

*“We evolueren naar minder inschalinginstrumenten en werken hiervoor aan een verdere implementatie van de BELRAI-(screener). (...) De hervorming van de inschaling zal stapsgewijze gebeuren.*

*In een eerste fase wordt gestreefd naar een toepassing van dit instrument in de zorgverzekering en de gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Daaraan voorafgaand zal het instrument nog uitgebreid worden getest en zal de sector van de beslissingen omstandig geïnformeerd worden.”.*

Binnen de VSB wordt dan ook gewerkt aan de invoering van één indicatiestellingsinstrument, met name de BelRAI-screener en de BelRAI .

Uiteraard houden we daarbij ook rekening met de specificiteit van bijvoorbeeld revalidatie, waar ook de gestelde diagnose een belangrijke rol kan spelen voor het bepalen van revalidatiedoelen.

Bovendien is er nog heel wat onderzoek nodig om tot een uniforme inschaling te komen die in de verschillende onderdelen van de VSB kan worden toegepast.

Het belang van de keuze voor de BelRAI kan echter niet worden onderschat, temeer omdat ook de federale overheid hier werk van wil maken in de sectoren die nog federaal worden gefinancierd.

Door een invoering van de BelRAI in de VSB kunnen we bekomen dat er een unieke zorgzwaartemeting gerealiseerd wordt voor toegang tot zorg en ondersteuning. In bepaalde pijlers zoals de mobiliteitshulpmiddelen wordt ICF het instrument waarmee de indicatiestelling zal gebeuren. Voor de revalidatie wordt nog verder onderzocht in welke mate de RAI-inschalingen kunnen worden toegepast, al dan niet aangevuld met andere instrumenten.

We kiezen er niet voor om te evolueren naar een bureaucratisch model met zware toegangspoorten maar voor een beoordeling van de zorgbehoefte die niet los staat van de zorg en ondersteuning van de persoon met een zorgbehoefte. De indicatiestelling gebeurt best zo dicht mogelijk bij de gebruiker, en kan idealiter afgenomen worden door alle professionele instanties of actoren die in contact komen met de gebruiker. Een goede opleiding van de indicatiestellers en controles op de correctheid van de indicatiestellingen is hiervoor uiteraard noodzakelijk.

De indicatiestelling zal in de toekomst immers verschillende functies vervullen:

- ondersteunen van vraagverheldering en het inschatten van de zorgbehoefte met het oog op het opmaken van zorgdoelstellingen en/of een zorgplan en de opvolging van de gebruiker;
- het bepalen van de zorgprofiel voor de toekenning van het recht op tegemoetkoming of persoonsvolgende financiering;

- de goede opvolging van cliënten, het verlenen van kwalitatieve zorg en het waarborgen van de continuïteit van de zorg.

Gezien de indicatiestelling al deze functies inhoudt, is het niet wenselijk dat deze van elkaar losgekoppeld moeten worden.

Het gemeenschappelijk gebruik van de schaal bij verschillende actoren voor één of meer van de hierboven vermelde functies zorgt, voor volgende voordelen:

- efficiëntiewinsten: gegevens dienen slechts één keer ingevuld te worden, aangezien de indicatiestellingen in de BELRAI-databank zijn opgenomen;
- een betere doorverwijzing, gezien er een vollediger beeld op bijvoorbeeld de beperkingen voorhanden is;
- een vlotter verloop van multidisciplinair overleg, omdat er richtlijnen voor een zorg- en ondersteuningsplan beschikbaar zijn (CAP's (clinical assessment protocol) en zorg-schalen) bij complexe zorg- en ondersteuningsvragen;
- een mogelijkheid tot optimalisatie van de allocatie van middelen en personeel;
- een mogelijkheid om betere zorgprognoses te realiseren en een programmatie van het zorgaanbod over sectoren heen.

Het risico op onjuiste indicatiestellingen, al dan niet bewust, moet zo goed mogelijk worden uitgesloten door een aantal maatregelen te nemen die de kwaliteit van de indicatiestellingen en de controle daarop moeten garanderen. De BelRAI-screener en zeker de volledige BelRAI biedt op dit vlak meer garanties tegen mogelijk misbruik.

Om te komen tot kwaliteitsvolle indicatiestellingen met maximale garanties op objectiviteit en uniformiteit zullen bijkomende inspanningen moeten gedaan worden op het vlak van aansturing en ondersteuning.

Gelijke behandeling nastreven impliceert ook dat indicatiestellers geen eigen interpretaties van het inschalingsinstrument ontwikkelen. De vooropgestelde kwaliteitscriteria zullen bijgevolg ook gelinkt zijn aan de attestering. Bij de verdere uitrol van de BelRAI zal een belangrijke taak weggelegd zijn voor het Vlaams overkoepelend "Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek en Indicatiestelling".

Dit Kwaliteitscentrum zal ook instaan voor coaching en opleiding van de indicatiestellers, in nauw overleg met de IVA VSB. Iedere betrokken organisatie kan de opgelegde kwaliteitscriteria vervolgens vertalen binnen een eigen kwaliteitssysteem.

Naast coaching blijft er ook nood aan controle en sancties. Een grote mate van autonomie bij de indicatiestellers en het kiezen voor a posteriori controles dient gepaard te gaan met een sluitende toezichtsprocedure. Het toezicht op de werking vormt het sluitstuk van de aansturing en ondersteuning van de indicatiestellers. Het - financieel - responsabiliseren van de stakeholders is daar een onderdeel van.

Responsabilisering impliceert dat bij tekortkomingen ook maatregelen kunnen genomen worden. De scores van de eerste indicatiesteller worden vergeleken met de scores van de controlerende instantie. Ook benchmarks via BELRAI-gegevens uit de databank tussen

zorgvoorzieningen onderling kunnen informatie opleveren over uitschieters. Deze informatie kan dan aanleiding geven tot meer gerichte controles.

Naast verplichte externe coaching, is er ook een financiële sanctie mogelijk, en bij blijvende afwijkingen ook de schorsing of intrekking van de erkenning van de organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener als indicatiesteller.

De concrete uitwerking van de controle op indicatiestellingen kan verschillen per sector. Er wordt een duidelijke scheiding voorzien tussen de functie van indicatiesteller en de functie van controleorgaan. Voor zorgbudgetten blijven we voor controle op indicatiestellingen vooralsnog werken met een externe dienstverlener met name Mediwe.

De controle op indicatiestellingen in de WZC en de mobiliteitshulpmiddelen zal vanaf 1 januari 2019 worden uitgevoerd door een Zorgkassencommissie. De zorgkassen voeren zelf geen indicatiestellingen uit.

Kernopdracht van de Zorgkassencommissie is controle uitoefenen, wat de nieuwe onderdelen van het decreet betreft, op indicatiestellingen en/of de correcte besteding van de middelen.

Deze controle kan zowel a priori als a posteriori zijn al dan niet met controle op het terrein.

De Zorgkassencommissie, die interdisciplinair is samengesteld, en aangestuurd wordt door het Agentschap VSB, zal ook de rol overnemen van de adviserend geneesheren inzake controle op revalidatiebehandelingen.

De Zorgkassencommissie is een pool van medici, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen en paramedici zoals logopedisten, ergotherapeuten, enz. De zorgkassen duiden aan hoeveel experts en welke er voor hen in de pool zitten, dit in verhouding tot hun ledental. Vanuit die pool worden verschillende, onafhankelijke teams samengesteld die instaan voor het uitvoeren van de hierboven genoemde opdrachten.

De Zorgkassencommissie hoeft geen fysieke eenheid te vormen (dus louter een pool waaruit kan worden geput). De controle wordt at random toegewezen aan een team van de Zorgkassencommissie, die over de zorgkassen heen zullen werken.

De zorgkassen kunnen ook een beroep doen op de expertise van de adviserend geneesheren, verpleegkundigen van de ziekenfondsen, kinesitherapeuten van de ziekenfondsen, psychologen of paramedici van de ziekenfondsen zoals logopedisten en ergotherapeuten, ... Ze kunnen ook beroep doen op externe medici of experts. Garanties inzake onafhankelijkheid van de artsen, paramedici, psychologen, ... die betrokken worden in de Zorgkassencommissie, zullen worden vastgelegd in uitvoering van dit decreet. Deze betreffen onder meer een onverenigbaarheid met een therapeutische relatie of met een bestuursmandaat in een gecontroleerde zorgvoorziening.

Een kinesitherapeut die tevens een erkenningsnummer heeft als bandagist om mobiliteitshulpmiddelen af te leveren kan dus geen lid zijn van de Zorgkassencommissie. Leden van de Zorgkassencommissie hebben geen conflict of interest met medische firma's, farmaceutische firma's, etc.

De aansturing van de controles gebeurt door het Agentschap. Dit betreft onder meer de samenstelling van de te controleren steekproef maar ook de opleiding van de leden van de Zorgkassencommissie en het zorgen voor uniformiteit door geregelde opvolging en intervisie. Zorginspectie zal bovendien waken over de kwaliteit van de werking van de Zorgkassencommissie. Zo zal er gestreefd worden naar meer efficiëntie in de controles, die ook een preventief effect hebben.

#### 8.4. Krijtlijnen voor de toekomstige persoonsvolgende financiering van zorg en behandeling

Centraal vertrekpunt voor de manier waarop we de zorg in de toekomst organiseren is de zorgvrager zelf. Dé opdracht voor de toekomst is om ervoor te zorgen dat er incentives zijn die de zorgactoren stimuleren om samen te werken of afspraken te maken in het belang van een geïntegreerde zorg rond de patiënt, eventueel op basis van een zorgplan, waarbij deze de regie in handen heeft.

Op basis van de indicatiestelling beslist de gebruiker zoveel mogelijk zelf hoe hij/zij die ondersteuning wil invullen en kiest hij zelf op welke erkende zorgactoren hij beroep wil doen, weliswaar binnen een geprogrammeerd aanbod.

Dit ontwerp van decreet legt onder andere de principes vast voor deze toekomstige **zorggebonden financiering die persoonsvolgend is.**

Onder zorggebonden financiering verstaan we hier een financiering die vertrekt van de objectief vastgestelde zorgnood van de persoon, gemeten met de BelRAI en eventueel aanvullende instrumenten van diagnostiek en indicatiestelling.

Voor de zorgtickets zal de tegemoetkoming bepaald worden op basis van een indicatiestelling die overeenkomt met een aantal eenheden zorg. Samen met het zorgbudget vormt dit het persoonsvolgend budget binnen de Vlaamse sociale bescherming. Dit zorgticket vertaalt zich in een budgethoogte of aantal punten waarmee de persoon met een zorgbehoefte de zorgvoorzieningen kan financieren en waarbij op aangeven van de persoon en in overleg met de zorgvoorzieningen en op basis van de indicatiestellingen ook zijn zorg- en/of behandelings-doelstellingen bepaald worden.

Enkele transversale krijtlijnen die hiervoor gelden zijn de volgende:

- de zorggebonden financiering moet de "geïndividualiseerde" kosten dekken die niet vallen onder de federale ziekteverzekering. Het gaat onder meer om de financiering van het zorgpersoneel dat instaat voor de verzorging, behandeling en begeleiding van de persoon met een zorgbehoefte;
- mantelzorg kan vergoed worden met de zorgbudgetten (huidige zorgverzekering, THAB, BOB);
- in tegenstelling tot de zorgbudgetten, reeds opgenomen in het decreet van 24 juni 2016, kan de zorggebonden financiering via zorgtickets enkel worden ingezet voor het gebruik van professionele erkende zorgvoorzieningen.

De zorggebonden financiering, zowel de zorgbudgetten als de zorgtickets, wordt uitbetaald door de zorgkassen in een derde betalingsregeling.

Hiervoor wordt het digitaal platform van het agentschap VSB dat werd ontwikkeld voor de zorgbudgetten verder uitgebouwd. De zorgkassen zorgen voor transparantie over de tegemoetkomingen en de gebruikersbijdrage. Zij communiceren met de zorgvragers en beantwoorden vragen over hun indicatiestellingen, hun rechten op tegemoetkomingen en de mogelijkheden om deze aan te wenden voor zorg, de stand van hun dossier en hun gebruikersbijdrage.

Naast de zorggebonden financiering is er ook de **organisatiegebonden** financiering. Dit is een heroriëntering van de huidige werkmiddelen. Het betreft daarbij kosten die niet gelinkt zijn aan het zorgzwaarteprofiel van een persoon.

Met de organisatiegebonden financiering levert de Vlaamse overheid een bijdrage aan uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van een zorgvoorziening los van de individuele zorgbehoefte van de persoon.

Deze organisatiegebonden vergoeding kan al dan niet tijdelijke incentives bevatten inzake efficiënt beheer, kwaliteit, samenwerking, preventie, stimuli voor subsidiariteit van zorgvormen enz.

Vertrekkend van de zorgbehoefte van de persoon, zal er uiteraard naast een financieringsmodel ook een goede organisatie en voldoende en kwalitatief aanbod nodig zijn aan zorgvoorzieningen. Dit wordt geregeld in belendende decreten. De uiteindelijke toetssteen van de VSB is immers de kwaliteit van leven van de persoon met een zorgbehoefte.

De omschakeling is een ingrijpende en omvattende oefening, die niet verwezenlijkt kan worden op enkele jaren.

Bij de hervorming zal immers rekening moeten gehouden worden met de bestaande financiering en zal er een geleidelijk traject moeten gelopen worden naar meer gelijkvormigheid. Verder moet onderzocht worden of we hiervoor moeten evolueren naar het definiëren naar zorgfuncties, los van de specifieke zorgaanbieders, in plaats van de bestaande opdeling in zorgvormen.

Er zullen ook oplossingen moeten worden gezocht voor specifieke problemen die zich stellen om de zorgkost in een persoonsvolgend budget te vertalen.

Het wetenschappelijk onderzoek PVF dat gedurende vijf jaar (2016-2021) loopt bij het Steunpunt WVG (SWVG) zal de input leveren om een antwoord te geven op deze vragen. Hieronder enkele voorbeelden van aandachtspunten waarmee rekening moet worden gehouden bij de uitwerking van de PVF:

- in de revalidatievoorzieningen is naast behandeling ook **diagnostiek** een belangrijk onderdeel van hun zorgaanbod. Een tegemoetkoming voor diagnostiek, moet dus nog verder worden uitgewerkt;
- bij het uitwerken van de PVF zal rekening moeten gehouden worden met de specificiteit van sommige zorgnoden en zorgcontexten. Zo kan eigen regie soms op gespannen voet staan met **aanklampende zorg** die in bepaalde situaties noodzakelijk is (bijvoorbeeld psychiatrie, verslavingszorg, sociaal isolement, zorgmijders, ...). De omschakeling naar een financiering die vertrekt vanuit de zorgen en behandelingsnood van de persoon mag niet betekenen dat dit onmogelijk wordt. Aanklampende zorg is immers erg arbeidsintensief (meestal vergt dit een bezoek aan huis, mobiele zorg, ...). Dit is een opdracht voor de zorgverleners van de zorgvoorzieningen;
- ook voor **acute zorg** of niet-planbare zorg zal een aangepaste regeling moeten worden voorzien. Als bijvoorbeeld plots de mantelzorg wegvalt, moeten we rekening houden met een acute nood aan professionele zorg. De snelle opstart van zorg en aanpasbaarheid in functie van evoluerende noden is bij acute zorg cruciaal. Dit vergt een aangepaste intake en financieringswijze. Ook voor sommige zorgvormen zoals kraamzorg zal een aangepaste regeling moeten voorzien worden;
- maar het kan ook gaan om een plotse **fluctuatie van zorg**. Zo zal de PVF voor personen met een psychische problematiek fluctueren. Bij de ontwikkeling en toepassing van de BELRAI moet hiermee rekening worden gehouden;
- er is afstemming nodig met **andere financieringsinstrumenten**. Zo zal er controle nodig zijn op het vermijden van dubbele financiering bijvoorbeeld een financiering voor personen met een handicap door het VAPH en een financiering van zorg in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, of een financiering van een mobiliteitshulpmiddel in meerdere deelstaten;
- er is ten slotte afstemming nodig met **de federale ziekteverzekering** die in verschillende onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming tussenkomt in de financiering van zorg die als een prestatie is opgenomen in de ziekteverzekering.

Heel wat randvoorwaarden moeten dus worden vervuld alvorens te kunnen overstappen naar een nieuw financieringsmodel met een PVF op basis van de BelRAI.

De verdere modaliteiten van zowel de persoonsvolgende financiering en de organisatiegebonden financiering zullen worden geconcretiseerd de komende jaren.

**Wetenschappelijk onderzoek en overleg met de betrokken actoren** werd opgestart. De nieuwe financiering moet ook uitgetest worden in projecten en simulaties, begeleid door academici. Bij dergelijke simulaties moet men uitgaan van een realistische inschatting van de budgettaire mogelijkheden. Een correctere financiering van zwaar zorgbehoevenden in



de WZC zal een kritische succesfactor zijn voor deze omschakeling, aangezien de huidige financiering nog ongelijk verdeeld is omwille van historisch geplafonneerde RVT-erkenningen, en bijgevolg de omschakeling naar een zorgticket, dat enkel gebaseerd is op het zorgzwaarteprofiel van elke bewoner, bemoeilijkt. Voorstellen hieromtrent zullen in het kader van een hervorming van het Woonzorgdecreet worden uitgewerkt.

#### 8.5. Gebruikersbijdrage en woon- en leefkosten

In het ontwerp van decreet wordt een onderscheid gemaakt tussen de gebruikersbijdrage en de bijdrage voor woon- en leefkosten.

Een gebruikersbijdrage kan aangerekend worden, als eigen bijdrage voor zorg die verleend wordt op basis van een zorgticket. Daarbij kan de Vlaamse regering sociale correcties toepassen.

Daarnaast kan aan een gebruiker een bijdrage voor woon- en leefkosten gevraagd worden, die ten laste is van de gebruiker die een beroep doet op zorg, die gepaard gaat met een dag- of nachtverblijf.

Gezien het belang voor de financiële toegankelijkheid van de zorg en de transparantie hierover, moet een regelgevend kader voorzien worden m.b.t. de woon- en leefkost voor de verschillende doelgroepen van de Vlaamse sociale bescherming. Zo kunnen voor bijzondere doelgroepen vrijstellingen voorzien worden, o.m. voor kinderen onder de 18 jaar. Voor sociale correcties in functie van de financiële draagkracht van de gebruiker vertrekken we van de bestaande regelingen.

De inhoud van de gebruikersbijdrage en van de woon- en leefkosten moet transparant worden vermeld op de factuur van de gebruiker. De zorgkas staat de persoon met een zorgbehoefte bij als er zich problemen voordoen met de gebruikersfactuur. Bij structurele problemen kan de zorgkas deze melden aan het Agentschap.

Opgelegde sancties aan een zorgvoorziening kunnen niet doorgerekend worden aan de gebruiker.

### 9. BETROKKENHEID VAN ALLE ACTOREN

#### *Sectorale adviescommissies*

In het ontwerp van decreet wordt – conform de huidige adviesraden binnen RIZIV - de mogelijkheid gecreëerd om bij het agentschap VSB sectorale adviescommissies op te richten. Hierbij wordt overlap in kaart gebracht en worden overtollige organen vervangen. Deze commissies beogen de dialoog tussen de Minister en het werkveld vorm te geven. In een meer informele vorm bestaan deze overlegstructuren al. Het is de bedoeling dat zij

reeds in 2019 een rol kunnen opnemen. De adviezen van de sectorale commissies zullen ook bezorgd worden aan de bevoegde Raadgevende Comit es en het Overlegcomité WVG.

Dit moet leiden tot beleidsvoorstellen die de toets van de realiteit en uitvoerbaarheid doorstaan. Op deze manier ontstaat ook draagvlak voor de te nemen maatregelen.

Ook voor geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en revalidatie is deze dialoog met de actoren op het terrein noodzakelijk.

Deze commissies zijn vooral samengesteld uit een representatieve vertegenwoordiging van voorzieningen en/of verstrekkers binnen de respectievelijke sector, naast een of twee vertegenwoordigers van het Agentschap en de uitvoerings- en controleorganen. In bepaalde pijlers moet de samenstelling flexibel kunnen worden aangepast aan de noden van het overleg.

#### *Adviescommissie mobiliteitshulpmiddelen*

Bij het agentschap VSB wordt de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen opgericht.

In deze commissie zullen gebruikersverenigingen meer dan vandaag een stem hebben. Het gaat dan om vertegenwoordigers van personen met een handicap, ouderen en patiënten. Daarnaast zullen ook verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen, fabrikanten, indicatiestellers, zorgkassen en het Agentschap VSB vertegenwoordigd zijn.

Deze commissie is belast met het verlenen van advies en het formuleren van voorstellen voor aanpassingen van de lijst van voor vergoeding in aanmerking genomen producten. Tevens zal de commissie advies verlenen en voorstellen formuleren in het kader van wijzigingen aan de omvang van de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen en voorwaarden waaraan voldaan moet zijn opdat een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel kan worden verleend.

#### *Expertencommissie gespecialiseerde zorg*

Bij het agentschap wordt een Expertencommissie gespecialiseerde zorg opgericht, gelet op de complexiteit en diversiteit van sommige zorgvormen die onder de VSB vallen. Deze commissie voert een aantal operationele opdrachten uit voor het Agentschap VSB, maar bewaakt ook de *evidence based* beleidsvoering inzake geestelijke gezondheidszorg en revalidatie door samen met de sectorale adviescommissies en in nauw overleg met het Agentschap adviezen te formuleren over nieuwe behandelprogramma's.

De Expertencommissie gespecialiseerde zorg is interdisciplinair samengesteld. Daarvoor kan een beroep gedaan worden op de expertise aanwezig bij de artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen, op paramedici, maar ook op experts binnen de academische wereld. De neutraliteit moet worden gewaarborgd door een cumulverbod met mandaten of functies binnen het aanbod van zorgvoorzieningen.

Deze commissie is belast met het verlenen van eensluidend advies met het oog op:

- de door de zorgkas te verlenen voorafgaande toestemmingen aan gebruikers overeenkomstig de Verordening (EG) nr. 883/2004;

- 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;
- de door de zorgkas te nemen beslissingen over vragen om tegemoetkomingen voor buitengewone zorg;

Zij staat tevens in voor het inhoudelijk evalueren van bestaande en/of te ontwikkelen overeenkomsten in de revalidatiesector en dit samen met de betrokken sectorale commissies.

Zij wordt daarenboven vanaf 1.1.2019 tijdelijk belast met het verlenen van a priori goedkeuringen van aanvragen en behandelplannen revalidatie. De bedoeling is om hier op korte termijn te komen tot a posteriori controles. Dit zal geregeld worden in het overnamedecreet m.b.t. revalidatie met het oog op het verzekeren van de continuïteit. Zij neemt deze rol over van het College van Geneesheren Directeurs van het RIZIV.

Er wordt gewaakt over de **transparantie** inzake de adviezen die aangeleverd worden door de sectorale en expertencommissies.

Alle adviezen van de diverse commissies zijn publiek toegankelijk op de website van het agentschap.

## **B. Toelichting bij de artikelen**

### **Artikel 1**

Dit ontwerp van decreet betreft een gemeenschapsaangelegenheid, behalve de artikelen 154 en 159, die een gewestaangelegenheid betreffen, en artikel 174, dat een gemeenschaps- en een gewestaangelegenheid betreft.

Het tweede lid van artikel 1 maakt duidelijk dat het ontwerp geen afbreuk doet aan de bepalingen van het recht van de Europese Unie (Unierecht) en van internationale verdragen en protocollen. Het begrip 'Unierecht' dekt alle Unierechtelijke bepalingen (zoals verordening 883/2004 zijnde de verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, de EER-overeenkomst, de overeenkomst met Zwitserland, verordening 1408/71 die nog geldt in de verhouding met de EER-lidstaten en met het Verenigd Koninkrijk voor wat de derdelandsonderdanen betreft, enzovoort). Het gebruik van het begrip 'Unierecht' heeft ook als voordeel dat indien later een van deze specifieke instrumenten zou worden vervangen of indien er een nieuwe overeenkomst met een derde land zou worden gesloten, automatisch naar deze nieuwe instrumenten wordt verwezen zonder dat een wijziging van het decreet nodig is. Het algemene voorbehoud voor het Unierecht en het internationale recht wordt in artikel 1 geformuleerd om duidelijk te maken dat het van toepassing is op het gehele ontwerp van decreet.

## Artikel 2

Dit artikel bevat een opsomming van definities die verder gebruikt worden in het ontwerp van decreet.

'Administratief aansluiten' wordt gedefinieerd als de aansluiting zonder bijdragebetaling 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 Vlaamse sociale bescherming. Het gaat hier onder meer om buitenlands sociaal verzekerden die op grond van verordening 883/2004 zorg ontvangen in Vlaanderen of in de door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorzieningen in Brussel, ten laste van de lidstaat waar zij sociaal verzekerd zijn. De administratieve aansluiting is noodzakelijk omdat de betrokken zorgkas via een derdebetalersregeling instaat voor het uitbetalen van de financiering voor zorg in de zorgvoorzieningen. Nadien kan die financiering via de bestaande circuits worden gerecupereerd via de ziekenfondsen bij de lidstaat waar de persoon in kwestie sociaal verzekerd is.

Met 'BelRAI' wordt verwezen naar een geheel van wetenschappelijk onderbouwde beoordelingsinstrumenten, waarvan de ontwikkeling gebaseerd is op het internationale interRAI instrumentarium, zijnde een aantal interRAI-beoordelingsinstrumenten of (interRAI-)beoordelingen die de zorgverleners in verschillende zorgsettings helpen om aan de hand van gestructureerde items informatie te verzamelen over de zorgbehoeften en de capaciteiten van de gebruiker. Voor de verschillende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming wordt gewerkt aan de gefaseerde invoering van de BelRAI als uniek indicatiestellingsinstrument, aan de hand waarvan de zorgbehoefte van de gebruiker wordt geëvalueerd.

Voorbeelden van instrumenten die onder BelRAI ressorteren, zijn o.a. de volgende:

- BelRAI Screener: beoordelingsinstrument dat toepassing vindt in verschillende zorgsettings en op basis waarvan op vereenvoudigde wijze en binnen een beperkte tijdsperiode informatie kan worden verzameld over de verminderde zelfredzaamheid en zorgnood van gebruikers.
- BelRAI Home Care: beoordelingsinstrument dat toepassing vindt in het kader van de thuiszorg en in het kader van de opname van zorg in dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf.
- BelRAI Long Term Care Facilities: beoordelingsinstrument dat toepassing vindt in het kader van de opname van zorg in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf.
- BelRAI Mental Health en BelRAI Community Mental Health: beoordelingsinstrumenten die toepassing vinden in de geestelijke gezondheidszorg.

Voor de mobiliteitshulpmiddelen zal de beperking van de mobiliteit van de gebruiker evenwel worden geëvalueerd aan de hand van International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Een 'gebruiker' is iedere natuurlijke persoon die deelneemt aan de Vlaamse sociale bescherming. Het gaat hier om de potentiële begunstigen van de Vlaamse sociale bescherming.

Met 'indicatiestelling' wordt de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker bedoeld. Er wordt gestreefd naar een systeem waarbij de indicatiestelling zo dicht mogelijk bij de gebruiker gebeurt.

Een 'indicatiesteller' is een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener die erkend is om indicatiestellingen af te nemen.

'Mobiliteitshulpmiddelen' hebben als doel om de bewegingsfunctie van gebruikers te ondersteunen. Als mobiliteitshulpmiddelen worden beschouwd: rolstoelen, loophulpmiddelen, orthopedische driewielfietsen, stasystemen, zitkussens ter preventie van doorzitwonden, modulair aanpasbare systemen ter ondersteuning van de zithouding en onderstellen en hun aanpassingen. Met 'rolstoel' kan bedoeld worden op een manuele rolstoel, een elektronische rolstoel, een elektronische scooter, een manuele kinderrolstoel of een elektronische kinderrolstoel. Een stasysteem is statafel of rolstoel met een stafunctie, toestellen die personen met een ernstige of volledige beperking van de stafunctie toelaten rechtop te staan. De definities en omschrijvingen in het kader van de pijler mobiliteitshulpmiddelen zijn voornamelijk geïnspireerd op artikel 28, §8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 12 januari 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Met de overkoepelende term 'persoonsvolgend budget' wordt bedoeld op het geheel van de (zorggebonden) tegemoetkomingen die in het kader van het ontwerp van decreet worden toegekend, met name de zorgbudgetten, de zorgtickets en de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen.

'Revalidatie' wordt gedefinieerd als diagnostiek, behandeling of ondersteuning verleend in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, uiteraard binnen de bevoegdheidsgrenzen van de Vlaamse Gemeenschap. Een revalidatieziekenhuis is een zorgvoorziening die de zogenaamde geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie of de geïsoleerde geriatriediensten aanbiedt. Elke zorgvoorziening voor revalidatie die geen revalidatieziekenhuis is, is een revalidatievoorziening.

Wat revalidatie betreft, wordt bovendien nog een onderscheid gemaakt tussen revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten enerzijds en revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies anderzijds. De revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten hoort binnen het landschap van de Vlaamse sociale bescherming thuis onder de bredere pijler van de geestelijke gezondheidszorg. De toepassing van deze tweedeling op het huidige landschap heeft het volgende resultaat:

- de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten heeft betrekking op de conventies 953-965, 773, 772,7740, 7745 en 7746;
- de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies heeft betrekking op de conventies 969, 771 en 7765 en op de revalidatieziekenhuizen.

Hieronder de toelichting bij deze verschillende revalidatievormen, die werden overgeheveld en waarvan er een Vlaams aanbod bestaat.

- 953 of 965 : CAR (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 773 : verslaafden (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 969 : gezichtsstoornissen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 772 : psychosociale revalidatie voor volwassenen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 7745 : functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 7746 : autisme (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 771 : Instellingen van motorische revalidatie
- 7740 : kinderpsychiatrische aandoeningen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);
- 7765 : inrichtingen voor kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten).

De respijtzorg (776.6) zal in de toekomst opgenomen worden in de thuiszorgondersteunende diensten.

In het kader van de (psychosociale) revalidatie is de re-integratie op de arbeidsmarkt vaak een belangrijke doelstelling, die opgenomen wordt in het individuele behandelingsplan van de betreffende gebruiker en gefinancierd in het kader van de VSB.

Omdat een degelijke diagnostiek een belangrijke doelstelling kan zijn van revalidatie, kan ook een tussenkomst worden voorzien in de kosten van interdisciplinaire diagnostiek, voor zover deze niet reeds via andere financieringsbronnen wordt gefinancierd (infra).

‘Tegemoetkoming’ wordt in het ontwerp van decreet gehanteerd als een verzamelterm voor alle tegemoetkomingen die worden toegekend in het kader van de Vlaamse sociale bescherming. Het gaat in de eerste plaats om de zorgbudgetten, met name het basisondersteuningsbudget, het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (op heden “zorgverzekeringstegemoetkoming”) en het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (op vandaag nog “tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden”). In de tweede plaats betreft ‘tegemoetkoming’ ook de zorgtickets, met name de tegemoetkomingen verleend in het kader van de residentiële ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie, de thuiszorg en de transmurale zorg. ‘Tegemoetkoming’ heeft ten slotte ook betrekking op de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen.

‘Wonen’ wordt gedefinieerd als: ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister, of ingeschreven zijn in het wachtregister voor personen die jonger zijn dan 18 jaar. Deze laatste toevoeging is een oplossing voor de niet-begeleide

minderjarige vreemdelingen die niet ingeschreven zijn in het vreemdelingenregister, maar wel ingeschreven zijn in het wachtregister. Op die manier komen ze ook in aanmerking voor het basisondersteuningsbudget en wordt er tegemoet gekomen aan het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 20 november 1989, waar in artikel 2 een non-discriminatiebeginsel werd opgenomen. Het principe dat alle rechten van toepassing zijn op alle kinderen zonder enige uitzondering, en de verplichting van de Staat om kinderen tegen om het even welke vorm van discriminatie te beschermen. De Staat mag geen enkel recht schenden en moet positieve acties ondernemen om alle rechten te bevorderen. In de slotbeschouwingen van 2010 vroeg het VN-Comité, dat toeziet op de naleving van het Kinderrechtenverdrag, nog specifieke aandacht voor onder meer kinderen met een handicap en niet-begeleide minderjarigen.

De 'verminderde zelfredzaamheid' van personen uit zich in de beperking van hun mogelijkheden tot zelfzorg. Onder zelfzorg worden de beslissingen en de acties verstaan die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om te voldoen aan zijn basisbehoeften (wassen, kleden, eten, zich verplaatsen, toiletbezoek), en de bijbehorende activiteiten. Die bijbehorende 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. Voor kinderen wordt de zelfredzaamheid beoordeeld na vergelijking met de zelfredzaamheid van een kind dat een 'normale' ontwikkeling doormaakt. Binnen het wetenschappelijk onderzoek rond BelRAI, wordt ook onderzoek verricht dat toegespitst is op kinderen.

Met 'zorg' wordt verwezen naar alle vormen van zorg en ondersteuning die worden gefinancierd in uitvoering van dit decreet, inclusief revalidatie. Deze definitie is erg ruim geformuleerd om zo alle pijlers van de VSB te kunnen omvatten, zo ook de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg. Onder 'zorg en ondersteuning' kunnen onder meer worden verstaan: woonondersteuning, psychosociale behandeling en begeleiding, revalidatiebehandeling, hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven, hulp bij re-integratie e.d. Daarbij moet ook mogelijk zijn om tijdelijke erkenningen te voorzien voor innovatieve zorgvormen binnen de pijlers van dit decreet.

Een 'zorgbudget' is een vrij besteedbare tegemoetkoming, die cash wordt uitbetaald aan personen met een beperking (basisondersteuningsbudget), aan zwaar zorgbehoevenden) en aan ouderen met een zorgnood als een tegemoetkoming in de kosten die gepaard gaan met zorgbehoevendheid.

'Zorgticket' wordt gedefinieerd als een 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 middel van een trekkingsrecht. In tegenstelling tot de zorgbudgetten hebben het 'zorgticket' en de tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen geen betrekking op een vrij besteedbare vergoeding maar op een 'trekkingsrecht', d.i. een aanspraak van de gebruiker op, zijnde een rechtstreekse betaling

van een tegemoetkoming door de zorgkas aan de door de gebruiker gekozen en door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening.

De definitie van 'zorgvoorziening' is, net zoals de definities van gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid, gebaseerd op de definitie die gebruikt wordt in artikel 2, 19°, van het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg (in het kader van de harmonisering is het van belang om zoveel als mogelijk bepaalde begrippen die gebruikt worden in het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin op een zelfde manier te omschrijven). De termen die gebruikt worden in de definitie dienen dan ook gelezen te worden in het licht van de definities die gebruikt worden in het voormelde decreet van 25 april 2014. Voor het voorliggende ontwerp van decreet worden ziekenfondsen en zorgkassen niet beschouwd als 'voorzieningen'.

De erkende zorgvoorzieningen, vermeld in artikel 2, eerste lid, 49°, zullen ook de tijdelijk erkende innovatieve zorgvormen kunnen betreffen, waarvoor een decretale basis zal worden opgenomen in het Woonzorgdecreet.

### **Artikel 3**

Dit artikel betreft het personeel toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming.

In principe is de Vlaamse sociale bescherming van toepassing op elke persoon die in het Nederlandse taalgebied woont en op elke persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont.

De Vlaamse sociale bescherming is in principe niet van toepassing op personen die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen maar op wie het sociale zekerheidsstelsel van een andere lidstaat van de EER of van Zwitserland van toepassing is (bijv. uitgaande grensarbeiders) of die verzekerd zijn bij een intern sociaal zekerheidsstelsel van een internationale instelling. Deze personen krijgen evenwel de mogelijkheid om vrijwillig aan te sluiten, wat impliceert dat uitgaande grensarbeiders ook aanspraak kunnen maken op de zorgbudgetten, mits bijdragebetaling en indien zij ook aan de overige voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor een zorgbudget. Indien zou blijken dat zij reeds aanspraak maken op een gelijkaardige tegemoetkoming, verleend in het land waar zij sociaal verzekerd zijn, kan er wel een cumulverbod gelden.

De Vlaamse sociale bescherming is ook van toepassing op personen die niet in België wonen maar voor wie, op grond van verordening 883/2004 het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is.

Een zeer kleine groep inwoners van het Waalse Gewest kan (bij tewerkstelling in Brussel-Hoofdstad) of moet (bij tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied) ten gevolge van de toepassing van de verordening 883/2004 bij de Vlaamse sociale bescherming aansluiten, als zij gebruik gemaakt hebben van hun recht op vrij verkeer. Zij kunnen aanspraak maken



op de rechten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming maar een cumulbepaling kan worden toegepast.

Tijdelijk tot verblijf gemachtigde buitenlandse, niet-EU studenten en onderzoekers en hun familieleden blijven uitdrukkelijk uitgesloten uit het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming, zoals dit tot nog toe het geval was.

In dit artikel, dat overigens moet worden samen gelezen met artikel 42 met betrekking tot de aansluiting bij een zorgkas, wordt op algemene wijze rekening gehouden met de bindende Europese rechtsregels die spelen op het vlak van de Vlaamse sociale bescherming.

#### **Artikel 4**

Dit artikel omvat een opsomming van de pijlers die deel uitmaken van de Vlaamse sociale bescherming. Dit artikel treedt gedeeltelijk in werking vanaf 1 januari 2019, met name wat betreft het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, het basisondersteuningsbudget, de residentiële ouderenzorg en de mobiliteitshulpmiddelen. Samen worden deze tegemoetkomingen gevat onder de noemer "persoonsvolgend budget".

Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (1°, op vandaag nog de 'zorgverzekeringstegemoetkoming'), het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (2°, op vandaag nog de 'tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden') en het basisondersteuningsbudget (3°) worden tot op heden geregeld door het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Naast de drie zorgbudgetten worden vanaf 1 januari 2019 ook de residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf, die overgeheveld zijn uit de ziekteverzekering) enerzijds en de mobiliteitshulpmiddelen anderzijds opgenomen in de Vlaamse sociale bescherming en reeds gekoppeld aan de VSB-bijdrage.

Wat de overige pijlers van de Vlaamse sociale bescherming betreft, zal deze bepaling in werking treden op het ogenblik dat er wordt overgegaan tot de integratie van bijkomende onderdelen in de Vlaamse sociale bescherming. Het gaat dan over de geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie, de thuiszorg en de transmurale zorg.

Onder de pijler geestelijke gezondheidszorg worden zowel de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven beschut wonen, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie die voornamelijk gericht is op psychosociale aspecten begrepen.

De thuiszorg heeft in de toekomst niet alleen betrekking op zorg verleend door diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, maar ook op zorg verleend in

dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf en op respijtzorg. De dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf, die overgeheveld zijn uit de ziekteverzekering, worden reeds vanaf 1 januari 2019 opgenomen in het VSB-verzekeringsmodel, samen met de woonzorgcentra. Vanaf het ogenblik dat ook de gezinszorg en aanvullende thuiszorg in de Vlaamse sociale bescherming worden ingekanteld, zullen de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf worden beschouwd als zijnde een onderdeel van de pijler thuiszorg.

Transmurale zorg omvat alle vormen van zorg en ondersteuning die, afgestemd op de behoeften en de zorgdoelen van de persoon met een zorgbehoefte en de mantelzorgers, als doel hebben om tijdelijke zorg en ondersteuning te bieden die ertoe bijdragen dat, na een ziekenhuisopname of na een langdurige onderbreking van de normale activiteiten ten gevolge van een ernstige aandoening, het zelfstandig functioneren van de persoon met een zorgbehoefte in het natuurlijke thuismilieu kan bewerkstelligd worden. Het betreft zorg en ondersteuning die een verblijf buiten de eigen woonomgeving inhoudt maar als uiteindelijke doelstelling wel een langer verblijf in de eigen woonomgeving beoogt.

De transmurale zorg verwijst naar het herstelverblijf van artikel 28 van het woonzorgdecreet. Tot nog toe werd door de Vlaamse overheid ervoor geopteerd om hier geen financiering voor te voorzien en wordt het herstelverblijf gefinancierd met prestatiefinanciering in het kader van de federale ziekteverzekering. Dit blijft ook zo in 2019. De inwerkingtreding van artikel 4, 8° zal pas mogelijk zijn in een latere fase en zal apart worden geregeld, rekening houdend met de eigen bevoegdheden.

De opdeling in pijlers waarop de Vlaamse sociale bescherming betrekking heeft, heeft louter als doel om het toepassingsgebied van voorliggend ontwerp van decreet en van de Vlaamse sociale bescherming af te bakenen. Wat het zorgaanbod binnen de VSB betreft, zal in de toekomst zoveel mogelijk meer pijler-overschrijdend worden gedacht en zullen we vertrekken vanuit de zorgbehoefte van de gebruiker voor wie verschillende, door de gebruiker gekozen zorgaanbieders een aanbod kunnen ontwikkelen. In dit kader kan ook verwezen worden naar het hierboven besproken cirkelmodel van de AAMR, waarin de gebruiker centraal staat en waarbij de focus ligt op inclusie en regie over het eigen leven.

Met de delegatie aan de Vlaamse regering om de nadere invulling van de pijlers van de VSB te bepalen, wordt dan ook de mogelijkheid gecreëerd om flexibiliteit aan de dag te leggen bij de verdere uitbouw en invulling van de Vlaamse sociale bescherming en om het zorgaanbod af te stemmen op en bij te stellen in functie van gewijzigde omstandigheden en evoluties.

## **Artikel 5**

De Vlaamse sociale bescherming is een volksverzekering met rechten en persoonsgerelateerde tegemoetkomingen, mits betaling van een premie.

## **Artikel 6**

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 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 aanklappende zorg, onder andere door middel van een organisatiegebonden financiering, die complementair is aan de persoonsvolgende financiering van de zorg.

De vraaggestuurde zorg geldt als één van de uitgangspunten van VSB maar is niet in elke situatie zomaar toepasbaar. Ofschoon de meeste mensen in staat zijn om zelf de stap te zetten naar de hulpverlening en om zelf zo veel mogelijk de regie van het zorgtraject in eigen handen te nemen, gebeurt het dat mensen de regie over het eigen leven kwijt zijn. Vraaggestuurde zorg schiet dan tekort. De zorgvraag komt in zulke gevallen doorgaans vanuit de omgeving van de persoon met een zorgbehoefte (bijv. een familielid of een bewindvoerder). Het is dan noodzakelijk om aanklappend te werken, er moet van bij de aanvang van het zorgproces veel energie worden besteed aan de opbouw van een therapeutische vertrouwensrelatie en er moet er met respect en motiverend worden gewerkt. Die emancipatorische benadering vraagt extra inspanningen van de betrokken zorgverleners. De problematiek komt o.a. voor in de verslavingszorg, waar gebruikers letterlijk 'slaaf' geworden zijn van hun afhankelijkheid, maar ook bij sommige psychiatrische ziektebeelden of hersentraumata of bij zorgmijders in de ouderenzorg. De zorgbehoevenden in kwestie ontkennen de problemen of doen er alles aan om zorg en ondersteuning te mijden. Het is bijvoorbeeld een grote uitdaging om probleeminzicht te verwerven bij de persoon met een hardnekkige verslaving en de nodige motivatie te ontwikkelen om de verslaving aan te pakken. Een laagdrempelige werking in de nabijheid

van personen in nood (vindplaatsgericht werken) biedt mogelijkheden voor aanclampende zorg, bijvoorbeeld via mobiele equipes, het opbouwen van een vertrouwensrelatie, enzovoort.

## **Artikel 7**

De huidige financiering, die momenteel wordt toegekend aan de zorgvoorzieningen, zal in het nieuwe financieringsmodel in het kader van de Vlaamse sociale bescherming worden opgedeeld in een onderdeel zorggebonden financiering enerzijds en in een onderdeel organisatiegebonden financiering anderzijds.

Met de zorggebonden financiering, die persoonsvolgend en vraaggestuurd is, wordt tegemoet gekomen in de (zorg)kosten die kunnen worden toegeschreven aan de betreffende persoon met een zorgbehoefte en conform de indicatiestelling.

Naast een zorggebonden financiering is een financiering van de organisatiegebonden kosten van de zorgvoorzieningen nodig om de continuïteit en kwaliteit te verzekeren en om rekening te kunnen houden met werkingskosten die niet toegeschreven kunnen worden aan de zorgbehoevende. Organatiegebonden financiering kan mogelijk ook gekoppeld worden aan garanties met betrekking tot bijvoorbeeld kwaliteit of efficiëntie op basis van outcomeparameters.

Naast deel 1 van dit ontwerp van decreet met een aantal overkoepelende algemene basisbepalingen, is deel 2 van onderhavig ontwerp van decreet toegespitst op de zorggebonden financiering, terwijl deel 3 betrekking heeft op de organisatiegebonden financiering.

## **Artikel 8**

Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 5) en maakt duidelijk dat er gestreefd wordt naar een automatische toekenning van rechten. Dit houdt in dat, in de mate van het mogelijke, het bedrag van de tegemoetkoming automatisch zal terechtkomen op het rekeningnummer van de betrokkene die er recht op heeft, zonder administratieve rompslomp voor hem.

De automatische toekenning is een streefdoel, vandaar dat in de tekst werd opgenomen "tenzij dat onmogelijk zou zijn". De zorgkassen zullen immers niet in alle gevallen over de nodige inlichtingen beschikken. In bepaalde gevallen, waar er nog een indicatiestelling nodig is, moet nog een beroep worden gedaan op verklaringen en stukken van de gebruiker. Vandaar dat de Vlaamse Regering dan, in afwijking van de automatische toekenning, kan bepalen dat de tegemoetkoming op aanvraag wordt toegekend. Een proactieve benadering en informatie en advies van de zorgkas, maar ook van de partners in het kader van het geïntegreerde breed onthaal, blijven in dit geval belangrijk. Daarnaast kunnen ook de actoren in de eerste lijn op dit vlak een schakelfunctie vervullen.

## **Artikel 9**

Het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming is de rechtsopvolger 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 en is bevoegd voor het geheel van de Vlaamse sociale bescherming.

Dit artikel werd overgenomen uit het vorige decreet mits uitbreiding van de opdrachten. Met artikel 6 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming werd het Vlaams Zorgfonds van rechtswege omgevormd tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. De taken van het Vlaams Zorgfonds werden overgenomen en tevens verruimd. De taken in het kader van de Vlaamse sociale bescherming sluiten nauw aan bij de opdrachten van het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Destijds werd voor het Vlaams Zorgfonds aangetoond dat aan de criteria voor verzelfstandiging en voor het toekennen van rechtspersoonlijkheid werd voldaan (toepassing van het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid van 18 juli 2003; zie *Parl. St.* VI. Parl., 2003-2004, nr. 2193/1). Dit geldt dus in meerdere mate voor het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

## **Artikel 10**

Dit artikel omschrijft de missie van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming en werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 7).

## **Artikel 11**

Dit artikel somt de kerntaak van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming op en werd grotendeels ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 8). De uitbouw van het digitaal platform werd toegevoegd.

## **Artikel 12**

Dit artikel laat de Vlaamse Regering toe om specifieke taken toe te wijzen aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. Hierdoor kan op een flexibele wijze worden ingespeeld op nieuwe behoeften of tendensen. Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 9).

## **Artikel 13**

Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming dient zijn taken uit te voeren in samenhang met het door de Vlaamse Gemeenschap gevoerde welzijns- en gezondheidsbeleid. Onder welzijnsbeleid is in dit artikel ook begrepen het gezinsbeleid. De rechten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming zijn ingebed in het Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid, dat erop gericht is de levenskwaliteit van mensen te behouden, te herstellen of te ondersteunen en hun weerbaarheid te verhogen. Vanzelfsprekend zal het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming dus bij het uitvoeren van zijn taken oog moeten hebben voor het ruimere beleidskader.

Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 10).

#### **Artikel 14**

De Vlaamse Regering regelt de werking en het beheer van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. Deze regeling doet uiteraard geen afbreuk aan de beslissings- en beleidsstructuur die in dit ontwerp van decreet en in het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid is vastgelegd.

In afwijking van artikel 10, §1, van het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid van 18 juli 2003 kan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming worden beheerd door een ander agentschap en beschikt het bijgevolg ten opzichte van dit agentschap niet over operationele autonomie. Om het mogelijk te maken dezelfde leidinggevende aan het hoofd te stellen van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming en het beherende agentschap wordt afgeweken van artikel 6, §3, van het kaderdecreet omdat het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming geen personeelsleden heeft. In voorkomend geval zal het ondernemingsplan van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming deel uitmaken van het ondernemingsplan van het beherende agentschap. Hierbij werd rekening gehouden met decreet van 26 juni 2015 tot wijziging van het kaderdecreet bestuurlijk beleid van 18 juli 2003, wat betreft de organisatie van de beleidsuitvoering en de beleidsvoorbereiding, de ondernemingsplannen en de gemeenschappelijke dienstverlening.

#### **Artikel 15**

Dit artikel somt de middelen op waarover het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming beschikt en welke de voornaamste uitgavenposten zijn.

De middelen waarover het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming beschikt, zijn onder meer de ledenbijdragen en de dotaties, die voor elk begrotingsjaar worden berekend op basis van een aantal parameters, opgesomd in de tweede paragraaf van dit artikel. Een van die parameters wordt gevormd door het aantal en de som van de uitgaven die tijdens het voorgaande jaar zijn toegekend, en de verwachte evolutie van de uitgaven. Ook de

omvang van die uitgaven wordt op zijn beurt berekend op basis van een aantal parameters, opgesomd in de derde paragraaf van dit artikel.

De werkingskosten betreffen zowel de werkingskosten van het Agentschap als de werkingskosten van de zorgkassen.

Dit artikel werd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 12). Paragraaf 3, eerste lid, van het artikel werd evenwel aangevuld met een punt 6° "de organisatiegebonden kosten van de zorgvoorzieningen".

### **Artikel 16**

Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 13), afgezien van de wijziging van het begrip 'zorgverzekering' in 'zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevenden'.

### **Artikel 17**

Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 (artikel 14), afgezien van de wijziging van het begrip 'voorzieningen' in 'zorgvoorzieningen' en van het begrip 'zorgverstrekkers' in 'zorgverleners' met het oog op terminologische coherentie van het ontwerp van decreet.

Bij het Agentschap wordt een raadgevend comité opgericht omdat het opereert in een maatschappelijk gevoelige omgeving waardoor de betrokkenheid bij de beleidsuitvoering van de belanghebbende partijen van groot belang is. Belanghebbende partijen zijn hier: cliënten, patiënten, mantelzorgers, de zorgkassen, de Vlaamse sociale partners, de voorzieningen en de zorgverstrekkers.

Ook onafhankelijke deskundigen met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van sociale bescherming maken deel uit van het raadgevend comité. De voorzitter van het raadgevend comité wordt benoemd uit een van de onafhankelijke deskundigen.

In de toekomst zal worden geëvalueerd of nieuwe vertegenwoordigers nodig zijn in functie van de inkanteling van de nieuwe pijlers in de Vlaamse sociale bescherming.

### **Artikel 18**

De artikelen 18 tot en met 27 betreffen de zorgkassen en worden grotendeels overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, waarvoor dan weer een beroep werd gedaan op het Zorgverzekeringsdecreet.

Artikel 18 bepaalt welke instanties een erkende zorgkas kunnen oprichten. Daarin is voorzien dat de oprichting door de landsbonden of door alle of minstens 4 ziekenfondsen met administratieve zetel in het Vlaamse Gewest of het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en behorende tot eenzelfde landsbond, via een maatschappij van onderlinge bijstand moet

gebeuren. Deze moeten actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Een zekere schaalgrootte is immers noodzakelijk om op een efficiënte wijze de VSB te kunnen uitvoeren. Bij besluit van de Vlaamse Regering zullen nadere criteria worden bepaald waaraan moet zijn voldaan opdat de voorwaarde van activiteit in het hele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is vervuld. Die criteria kunnen onder meer betrekking hebben op het hebben van een exploitatiezetel in een minimum aantal provincies, op het hebben van een minimum aantal verzekerden of leden in de verschillende provincies, enz.

De artikelen 18 tot en met 20 hebben specifiek betrekking op de erkende zorgkassen. Artikel 21 betreft de Vlaamse Zorgkas.

### **Artikel 19**

Dit artikel regelt de voorwaarden om erkend te kunnen worden als erkende zorgkas. De bepalingen van artikel 16 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming werden overgenomen en in beperkte mate aangevuld.

De zorgkas moet instaan voor de uitvoering van de tegemoetkomingen in alle pijlers van de Vlaamse sociale bescherming. De zorgkas kan aldus geen keuze maken in de pijlers die ze wil uitvoeren, ze moet instaan voor de uitvoering van de tegemoetkomingen in alle pijlers.

Aan de erkenningsvoorwaarden van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, wordt een achtste voorwaarde toegevoegd, namelijk de verplichting voor de zorgkassen om een ombudsfunctie te installeren overeenkomstig de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden en procedures, onder meer met het oog op de behandeling van klachten van leden van de zorgkas. Er zal binnen de ombudsfunctie bovendien in voldoende mate moeten worden ingezet op bemiddeling door bemiddeling, waar mogelijk, te beschouwen als de te verkiezen methode van aanpak. In het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van dit ontwerp van decreet zullen de modaliteiten met betrekking tot de ombudsfunctie verder worden uitgewerkt, waarbij de klachtenbehandelingsprocedure zoveel als mogelijk zal worden geënt op de op heden bestaande procedures bij de ziekenfondsen. Over de klachtenbehandeling wordt gerapporteerd in het jaarverslag van de zorgkassen.

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

### **Artikel 20**

De Vlaamse Regering verleent de erkenning als erkende 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. Daarnaast blijft het mogelijk dat nieuwe zorgkassen worden opgericht.

## **Artikel 21**

Deze bepaling werd grotendeels overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en heeft specifiek betrekking op de Vlaamse Zorgkas, bij wie bepaalde gebruikers ambtshalve worden aangesloten (zie artikel 42 van het ontwerp).

De samenstelling, de werking en het toezicht op de Vlaamse Zorgkas wordt in het ontwerp omstandig geregeld. In de toekomst moet worden nagegaan of de samenstelling van de Vlaamse Zorgkas moet worden uitgebreid in functie van nieuwe onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming.

## **Artikel 22**

Dit artikel werd grotendeels overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 19) en bepaalt de opdrachten van een zorgkas.

De zorgkassen zijn aangeduid als uniek loket voor de uitvoering van VSB. Die rol geldt in eerste instantie ten aanzien van de aangesloten leden, maar ook ten aanzien van zorgvoorzieningen waaraan tegemoetkomingen in een derdebetalersregeling worden uitbetaald, zal de zorgkas fungeren als contactpersoon.

Een zorgkas heeft ten aanzien van haar leden een brede individuele informatie-, begeleidingsopdracht. Zo kunnen de leden terecht bij de zorgkas voor alle informatie over de rechten inzake sociale bescherming, de behandeling van hun dossier, de aangerekende tarieven en eigen bijdragen, ...

Bovendien, en des te meer in het kader van de persoonsvolgende financiering, zal de gebruiker bij zijn zorgkas terecht moeten kunnen voor informatie over de indicatiestelling, het daaraan gekoppelde persoonsvolgende budget en de beschikbare zorg- en ondersteuningsmogelijkheden. De informatie omtrent de indicatiestelling kan ook van belang zijn om leden te informeren over afgeleide rechten die gekoppeld zijn aan een specifieke afhankelijkheidsscore om voordelen proactief toe te kennen.

De zorgkassen beschikken over gegevens van aangesloten gebruikers die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van hun taken. Uiteraard geldt hier het proportionaliteitsbeginsel en de specifieke privacyreglementering inzake de bescherming van medische gegevens. Medische gegevens worden steeds verwerkt onder toezicht van een arts. Deze voorwaarde zal dus door de zorgkassen moeten worden vervuld.

De Vlaamse Regering zal eenvormige regels bepalen voor werking, de organisatie, de financiële responsabilisering, het efficiënt beheer door en de controle op de zorgkassen. Een uitvoeringsbesluit inzake financiële verantwoordelijkheid van de zorgkassen wordt uitgewerkt.

### **Artikel 23**

Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 20) en geeft de zorgkassen de mogelijkheid om de rechten van de gebruiker correct te beoordelen. De zorgkas kan daarbij bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten, bepaalde ontbrekende inlichtingen opvragen bij de gebruiker zelf of een beroep doen op de medewerking van de gebruiker, voor zover deze gegevens niet op een andere wijze kunnen worden verzameld. Bijkomende onderzoeken kunnen immers nodig zijn om bepaalde zaken correct vast te stellen.

### **Artikel 24**

Dit artikel werd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 21) en aangevuld. Dit artikel houdt een motiveringsplicht in voor de zorgkassen en verplicht hen tevens de beroepsmogelijkheden en de modaliteiten van het beroep te vermelden bij de kennisgeving van beslissingen aan de gebruiker.

In het kader van de uitbreiding van de Vlaamse sociale bescherming met de zorgtickets en met de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen, is het van belang dat niet alleen de individuele gebruiker maar ook de betrokken zorgvoorziening of de betrokken verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op de hoogte wordt gebracht van beslissingen over dossiers van gebruikers, die immers een (financiële) impact hebben.

### **Artikel 25**

In het kader van hun opdracht als uniek loket kunnen de zorgkassen in rechte optreden ter verdediging van de individuele rechten van hun leden of ter verdediging van de collectieve belangen van hun leden.

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

### **Artikel 26**

Dit artikel regelt de subsidies die verstrekt worden aan een zorgkas. Deze bepaling is gelijkaardig aan artikel 22 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en aan artikel 17 van het Zorgverzekeringsdecreet. De subsidie wordt vastgesteld per pijler van de Vlaamse sociale bescherming.

De subsidie wordt vastgesteld op basis van:

- de som van de effectieve tegemoetkomingen in het raam van dit decreet;
- een forfaitair bedrag ter dekking van de administratieve kosten, de kosten voor gerechtelijke procedures en de ICT-kosten, aan de hand van door de Vlaamse Regering te bepalen criteria. Dit betreft een enveloppefinanciering die op basis van welbepaalde criteria wordt verdeeld over de zorgkas.

Aangezien er, wat de verdere uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming betreft, niet meer voor elke pijler is voorzien in een administratieve beroepsprocedure bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, kan tegen beslissingen van de zorgkas rechtstreeks beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank. De zorgkas (en niet het agentschap) zal bijgevolg verweerder zijn in de procedure voor de arbeidsrechtbank, wat administratiekosten met zich meebrengt. Ook federaal is dit op heden het geval, wanneer de ziekenfondsen verweerder zijn in gerechtelijke procedures.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor de vaststelling en uitbetaling van de subsidies en van het financiële evenwicht. Daar wordt aan toegevoegd dat deze voorwaarden betrekking hebben op transparantie, financiële responsabilisering en kwaliteitsvolle dienstverlening. Er wordt in dit kader gewerkt aan een uitvoeringsbesluit.

## **Artikel 27**

Dit artikel heeft betrekking op het financieel beheer van reserves door de zorgkassen. Deze bepaling is ongewijzigd overgenomen van artikel 27 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming dat op zijn beurt is overgenomen van artikel 17*bis* van het Zorgverzekeringsdecreet.

## **Artikel 28**

Het digitaal platform VSB (DP) werd oorspronkelijk ontwikkeld om de werking van de zorgkassen en het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming in het kader van de zorgverzekering te optimaliseren. Via het digitaal platform VSB worden de gegevensstromen tussen de verschillende actoren van de Vlaamse Zorgverzekering uitgewisseld. Het geeft hen toegang tot correcte en actuele informatie die ze nodig hebben bij het uitoefenen van hun taken. In het kader van de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, wordt ook het digitaal platform verder ontwikkeld en uitgebreid.

Vanuit een algemeen besef dat kostenefficiëntie een absolute prioriteit is bij de uitbouw van de VSB ICT-architectuur, geldt als principe dat de applicatie van een VSB-pijler centraal gebouwd wordt, voortbouwend op het reeds bestaande digitaal platform VSB. De overheid werkt hiervoor verder de gegevensstromen en ICT uit in nauw overleg met de sector en de zorgkassen. De zorgkassen sluiten zich vervolgens aan op deze centrale applicatie. Deze keuze biedt als voordeel dat de centrale applicatie slechts 1 keer moet gebouwd worden, wat de kosten drukt.

De zorgkassen worden door het agentschap VSB betrokken bij de ontwikkeling van de gemeenschappelijke centrale applicatie. Deze structurele samenwerking met de zorgkassen krijgt hier een decretale basis.

In het kader van de (verdere) realisatie van het digitaal platform wordt bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming een Strategische Begeleidingscommissie VSB-ICT opgericht. In deze commissie zetelen experts van de zorgkassen en van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. De aansturing van de Strategische Begeleidingscommissie gebeurt door het agentschap.

Aan de Strategische Begeleidingscommissie VSB-ICT worden een aantal taken toegewezen:

- 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.

## **Artikel 29**

De Vlaamse Regering organiseert het toezicht op de tegemoetkomingen in het kader van dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan en op de uitvoering ervan door de zorgkassen. Dit artikel werd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 24).

Zorginspectie zal toezicht uitoefenen op de zorgkassen, op de Zorgkassencommissie en op (het kwaliteitsbeleid van) zorgvoorzieningen en verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen. Rechtsgrond voor de uitoefening van het toezicht is enerzijds het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein en anderzijds het decreet houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Er zijn duidelijke minimale kwaliteitscriteria waaraan door respectievelijk de zorgkassen, de Zorgkassencommissie, de zorgvoorzieningen of de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen moet zijn voldaan. In het kader van het toezicht hierop, wordt periodiek een samenwerkingsprotocol uitgeschreven tussen het Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming en Zorginspectie, dat betrekking heeft op de inhoud en/of de

aangrijpingspunten van het toezicht. Het uitgangspunt blijft dat Zorginspectie in het kader van haar controlefunctie zelf geen indicatiestellingen uitvoert.

Wat de Zorgkassencommissie betreft, staat Zorginspectie in voor een periodieke audit van de werking van zorgkassencommissie in de verschillende sectoren. Zorginspectie voert geen individuele indicatiestellingen uit, maar gaat na of er interne procedures zijn die de kwaliteit van de a priori controles en de a posteriori controles evenals de gelijke behandeling maximaal garanderen.

Wat zorgvoorzieningen betreft, voert Zorginspectie controles uit op de kwaliteit van de werking van de verschillende voorzieningen, die ook indicatiestellingen uitvoeren. Het toezicht op de kwaliteit van de indicatiestellingen kan een onderdeel zijn van de controle. Dit impliceert dat Zorginspectie kan nagaan of er interne procedures zijn die de kwaliteit van indicatiestellingen garanderen en of deze procedures worden toegepast. Een belangrijk aandachtspunt hierbij zal de vorming, intervisie en attestering van de indicatiestellers zijn.

### **Artikel 30**

De zorgkassen leggen jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. De Vlaamse Regering bepaalt de vormvereisten daarbij. Dit artikel werd ongewijzigd overgenomen van artikel 24 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, op haar beurt overgenomen van artikel 19 van het Zorgverzekeringsdecreet.

### **Artikel 31**

De regeling van het Rekendecreet is van toepassing op het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. Het Rekendecreet is 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.

Artikel 31 heeft betrekking op het voorleggen van de begroting van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming aan het Vlaams Parlement. Deze bepaling is overgenomen van artikel 26 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zelf overgenomen van artikel 21 van het Zorgverzekeringsdecreet.

### **Artikel 32**

Dit artikel betreft het verslag uitbrengen aan het Vlaams Parlement over het afgelopen begrotingsjaar. Deze bepaling is ongewijzigd overgenomen van artikel 27 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zelf overgenomen van artikel 21 van het Zorgverzekeringsdecreet.

### **Artikelen 33 tot 37**

Bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming wordt een Zorgkassencommissie opgericht. De kerntaak van de Zorgkassencommissie bestaat uit de uitoefening van controles op indicatiestellingen en/of op de correcte besteding van middelen. Het kan gaan om a priori of om a posteriori controles, al dan niet met inbegrip van controles op het terrein. De hier bedoelde controles worden aangestuurd door het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming en gebeuren hoofdzakelijk steekproefsgewijs. De Zorgkassencommissie wordt niet belast met beleidsmatige activiteiten of met een adviesfunctie.

De Zorgkassencommissie is een overkoepelend begrip, een pool van medici, paramedici, verpleegkundigen, psychologen enz. De zorgkassen kunnen voor de samenstelling van de Zorgkassencommissie een beroep doen op de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen of andere experts zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, logopedisten, ergotherapeuten, psychologen, ... maar ook externe zorgverleners komen in aanmerking, mits de nodige neutraliteit zoals o.a. geen curatieve activiteiten. De zorgkassen duiden aan hoeveel experts en welke er voor hen in de pool zitten, en dit in verhouding tot hun ledental. Vanuit die pool kunnen verschillende, regionaal georganiseerde, onafhankelijke teams worden samengesteld die instaan voor de uitoefening van de aan de Zorgkassencommissie toebedeelde taken. De samenstelling van een team kan onder meer afhankelijk zijn van de betreffende taak van de Zorgkassencommissie en van de complexiteit van het dossier.

De oprichting van de Zorgkassencommissie heeft tot doel om de aanwezige expertise in de zorgkassen te bundelen met het oog op het garanderen van de uniformiteit en de objectiviteit bij het toekennen van vergoedingen in de Vlaamse sociale bescherming. De Zorgkassencommissie staat garant voor een kwalitatieve uitvoering van de controles, los van het lidmaatschap van de gebruiker, wiens recht op een tegemoetkoming wordt gecontroleerd. Ze wordt aangestuurd door het Agentschap en de dossiers worden at random toegekend.

Er is een scheiding tussen de rol van een Zorgkassencommissie en de rol van indicatiesteller.

Garanties inzake de onafhankelijkheid van de leden van de Zorgkassencommissie zullen worden vastgelegd in uitvoering van dit decreet. Deze betreffen onder meer 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 van indicatiesteller, of om mandaten te vervullen binnen een zorgvoorziening of binnen een rechtspersoon die mobiliteitshulpmiddelen vervaardigt of levert. Een kinesist die tevens een erkenningsnummer heeft als bandagist om mobiliteitshulpmiddelen af te leveren, kan dus geen lid zijn van de Zorgkassencommissie.

Bij besluit van de Vlaamse Regering zal het statuut en de vergoeding van de leden van de Zorgkassencommissie worden vastgelegd.

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 uitgevoerde indicatiestellingen die haar ten controle worden voorgelegd en op de daaraan gekoppelde tegemoetkomingen.

De leden van de Zorgkassencommissie zijn gebonden door een beroepsgeheim. Schending van dit beroepsgeheim wordt gestraft met een geldboete van 100 tot 500 euro. Zonder dat artikel 458 van het Strafwetboek expliciet van toepassing is in dit kader, beoogt artikel 37, §2 wel een gelijkaardige toepassing/handhaving van het beroepsgeheim.

Vanaf 1 januari 2019 zal de Zorgkassencommissie in het kader van de Vlaamse sociale bescherming belast zijn met controles op indicatiestellingen voor de pijlers residentiële ouderenzorg en mobiliteitshulpmiddelen.

Wat de pijler mobiliteitshulpmiddelen betreft, voert de Zorgkassencommissie, naast a posteriori controles, ook a priori controles uit in het kader van de aanvraagprocedures die gebruikers dienen te doorlopen met het oog op het bekomen van een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen. Deze taak werd tot nog toe uitgevoerd door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. De gebruiker in kwestie dient zijn aanvraag in bij de zorgkas, waarna het dossier na een administratieve controle (verzekeringsstatus, herzieningstermijnen, cumulcontroles) wordt doorverwezen naar de Zorgkassencommissie. De Zorgkassencommissie doet een inhoudelijke controle van het dossier op basis van het volledige aanvraagdossier en controleert zowel de indicatiestelling als het rapport van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, waarin deze laatste een evaluatie maakt van het hulpmiddel dat vereist is op basis van de hem aangeleverde indicatiestelling. In dit kader kunnen huisbezoeken worden georganiseerd. Na bindend advies van de Zorgkassencommissie, neemt de zorgkas een formele beslissing en doet de zorgkas vervolgens de communicatie van de beslissing aan de betreffende gebruiker.

Wat de pijler residentiële ouderenzorg betreft, voert de Zorgkassencommissie a posteriori controles uit op de vaststelling van de zorgbehoefte/inschaling van de zorgzwaarte van gebruikers. Deze controles zijn gebaseerd op de huidige Kappa-controles.

Indien zou blijken dat de Zorgkassencommissie op 1 januari 2019 niet operationeel is, is in een overgangsbepaling (met name artikel 182) voorzien dat de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen de controles die op vandaag bestaan verder kunnen uitvoeren tot op het ogenblik dat de Zorgkassencommissie kan worden ingeschakeld. De werking van de Zorgkassencommissie vergt immers een beveiligde gegevensdeling en aangepaste ICT.

De revalidatie (revalidatievoorzieningen en revalidatieziekenhuizen), de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen zullen op 1 januari 2019 nog niet worden ingekanteld in het VSB-verzekeringsmodel, maar het is de bedoeling dat de Zorgkassencommissie ook hier een aantal controletaken kan vervullen. Dit zal geregeld worden in het overnamedecreet.

In een latere fase van de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming (dus niet onmiddellijk vanaf 1 januari 2019), kan het takenpakket van de Zorgkassencommissie desgevallend worden uitgebreid. Hierbij wordt gedacht aan a posteriori controles op indicatiestellingen in de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen.

Zoals hierboven bij artikel 29 reeds werd uiteengezet, zal Zorginspectie belast zijn met het toezicht op de Zorgkassencommissie.

Voor bepaalde pijlers, d.i. het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en - na inkanteling in VSB - de thuiszorg, zal worden gewerkt met een externe dienstverlener voor de uitvoering van controles op indicatiestellingen. Zo wordt er gezorgd voor een duidelijke scheiding tussen de functie van indicatiesteller en de controle. Op heden worden de controles op indicatiestellingen in het kader van de zorgverzekering reeds uitgevoerd door zulk extern controleorgaan, met name Mediwe.

### **Artikel 38**

Bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming kunnen bij besluit van de Vlaamse Regering sectorale adviescommissies worden opgericht. Met deze bepaling wordt de decretale verankering beoogd van het overleg met de sectoren waarop de Vlaamse sociale bescherming betrekking heeft. De commissies, opgericht op basis van deze bepaling, worden belast met een adviesfunctie inzake beleidsmatige kwesties.

Minstens voor de volgende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming worden sectorale adviescommissies opgericht:

- de residentiële ouderenzorg;
- de geestelijke gezondheidszorg;
- de revalidatie;
- de thuiszorg.

Bij besluit van de Vlaamse Regering kan het statuut en de vergoeding van de leden van de sectorale adviescommissies worden vastgelegd. De vergoeding kan zowel zitpenningen als onkostenvergoedingen omvatten.

De adviezen van de sectorale adviescommissies, die sectorspecifiek zijn en de dialoog met en sectorspecifieke expertise van de actoren op het terrein weergeven, worden ook overgemaakt aan het raadgevend comité Zorg & Gezondheid en het raadgevend comité Vlaamse sociale bescherming en kunnen ook worden besproken in de Kamer VSB en Kamer Zorg en Gezondheid van het Overlegcomité. Dit zal vooral zinvol zijn als het niet enkel om meer gespecialiseerde, technische en sectorspecifieke aspecten gaat maar als de adviezen ook raken aan algemene krijtlijnen van de VSB over sectoren heen. Uiteraard worden



hieruit voortvloeiende beleidskeuzes, besluiten en decreten ook voorgelegd aan en goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

## **Artikelen 39 en 40**

Bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming wordt een interdisciplinaire Expertencommissie gespecialiseerde zorg opgericht.

Deze Expertencommissie is belast met het verstrekken van eensluidende adviezen in het kader van de door te zorgkas te verlenen voorafgaande toestemmingen voor zorg in het buitenland, op basis van de verordening 883/2004 (coördinatieverordening) dan wel overeenkomstig de patiëntenrichtlijn (richtlijn 2011/24/EU).

De Expertencommissie gespecialiseerde zorg zal ook eensluidende adviezen verstrekken aan de zorgkas met betrekking tot aanvragen van tegemoetkomingen voor buitengewone zorg, ingediend en beoordeeld overeenkomstig artikel 52.

Wat de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg betreft, verleent de Expertencommissie advies, en dit in dialoog met de betrokken sectorale adviescommissie, opgericht overeenkomstig artikel 38, aan de bevoegde minister met betrekking tot nieuwe behandelprogramma's. Er wordt gestreefd naar consensusadviezen. Als geen consensus mogelijk is, worden beide adviezen overgemaakt. Met deze taak wordt geenszins de beoordeling beoogd van het voor een gebruiker voorziene revalidatietraject maar wel een wetenschappelijke beoordeling van nieuwe behandelprogramma's door experts ter zake. De adviezen worden ook ter beschikking gesteld van en indien nodig of wenselijk ook besproken op het bevoegde Raadgevend Comité en de kamer VSB van het Overlegcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Op die manier kan erover worden gewaakt dat de adviezen ook passen binnen de intersectorale doelstellingen van de Vlaamse sociale bescherming.

Concreet kan het bijvoorbeeld gaan om een revalidatievoorziening met een totaal andere aanpak die wenst erkend te worden en de mogelijkheid wil dat de tegemoetkoming VSB geldt voor zijn prestaties. Er wordt in dat geval een gezamenlijk advies gevraagd van de sectorale adviescommissie revalidatie en de Expertencommissie gespecialiseerde zorg. De Expertencommissie, die interdisciplinair is samengesteld, bestudeert de wetenschappelijke publicaties van dat centrum, bekijkt de curricula van de artsen en ander behandelend personeel van het centrum, bekijkt de geplande infrastructuur. De Expertencommissie kan bijvoorbeeld tot de conclusie komen dat de therapie wel *evidence based* is en dat er nood is aan een dergelijke aanpak in Vlaanderen. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie kunnen dan bijvoorbeeld in consensus tot het besluit komen dat er in Vlaanderen plaats is voor maximaal één zo'n centrum. Uiteindelijk nemen de minister en de Vlaamse Regering een beslissing.

Voor de samenstelling kan beroep gedaan worden op deskundigen medici, psychologen, paramedici van de Zorgkassen, maar ook academici kunnen hierin betrokken worden. Voor

beide gelden garanties inzake de onafhankelijkheid van de leden van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg. Zij zullen worden vastgelegd in uitvoering van dit decreet. Deze betreffen onder meer het verbod voor de leden van de Expertencommissie om in dienst te zijn van een zorgvoorziening of andere therapeutische setting, of om mandaten te vervullen binnen een zorgvoorziening.

De samenstelling van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg kan variëren onder meer afhankelijk van de betreffende taak van deze Expertencommissie.

Bij besluit van de Vlaamse Regering zal het statuut en de vergoeding van de leden van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg worden vastgelegd. Deze zal onder mee betrekking hebben op de toepassing van het beroepsgeheim. De vergoeding kan zowel zitpenningen als onkostenvergoedingen omvatten.

Bij besluit van de Vlaamse Regering kan de Expertencommissie gespecialiseerde zorg nog bijkomende taken worden opgelegd.

#### **Artikel 41**

Dit artikel formuleert een aantal algemene verplichtingen waaraan de gebruiker moet voldoen, wil hij aanspraak kunnen maken op de rechten in het kader van het decreet. Daarnaast zijn er nog de specifieke verplichtingen, opgelegd voor de verschillende onderdelen, elders in de tekst (zie ook de verwijzing in punt 3°), en andere verplichtingen voor de gebruiker zoals de betaling van een jaarlijkse bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming (zie artikel 45).

De gebruiker moet:

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

2° op het ogenblik van de uitvoering van de tegemoetkoming legaal verblijven in een lidstaat van de Europese Unie of in een krachtens Verordening (EG) nr. 883/2004 gelijkgestelde staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte;

3° beantwoorden aan de toepassingsvoorwaarden van de betreffende pijler van de Vlaamse Sociale Bescherming;

4° wat het zorgbudget betreft, gedurende ten minste vijf jaar, die voorafgaan aan de opening van het recht op tegemoetkoming overeenkomstig dit decreet, ononderbroken wonen in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad of ononderbroken sociaal verzekerd zijn in de lidstaten van de Europese Unie of in de staten die partij zijn bij de Europese Economische Ruimte. Voor kinderen tot de leeftijd van achttien jaar geldt die voorwaarde niet, en dit voor de gehele duur van de uitvoering van de tegemoetkomingen en voor de duur van de eventuele verlenging ervan. Deze laatste uitzondering was ook opgenomen in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en in het Zorgverzekeringsdecreet en werd verantwoord vanuit de overeenstemming met artikel 23 van het Verdrag inzake de Rechten van Kind, ondertekend in New York op 20 november 1989.

De gebruiker die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, die, vanaf het ogenblik dat hij kon aansluiten, zich niet 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 de tegemoetkoming overeenkomstig het decreet, ononderbroken aangesloten zijn bij een zorgkas of sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België of in een andere staat dan België, die partij is bij de Europese Economisch Ruimte.

Voor wie niet tijdig aansluit in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, geldt er dus een wachttijd van 5 jaar voor het recht op tegemoetkomingen. Dit betekent dat wie binnen een door de Vlaamse Regering te bepalen termijn nadat hij kon aansluiten, dit niet heeft gedaan, pas rechten zal kunnen putten uit het decreet na 5 jaar.

Deze wachttijd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is nodig opdat de inwoners van de gemeenten van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad geen niet te verantwoorden voordeel zouden halen uit het vrijwillige karakter van de aansluiting. Deze maatregelen zijn noodzakelijk om het verzekeringsprincipe te handhaven in een facultatief stelsel.

Deze wachttijd geldt voor EU-ambtenaren en ambtenaren van internationale organisaties en voor de kleine groep inwoners van het Waalse Gewest die wegens hun tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad vrijwillig bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten ingevolge de toepassing van de verordening 883/2004. Deze wachttijd geldt ook voor de zorgbudgetten voor de uitgaande grensarbeiders en voor de inkomende grensarbeiders in Brussel die zich vanaf het ogenblik dat zij zich konden aansluiten, zich niet vrijwillig aangesloten hebben bij een zorgkas.

Deze bepalingen waren reeds geldig voor de zorgverzekering en waren ook opgenomen in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 28).

Wat de wachttijd van vijf jaar betreft, wordt in dit ontwerp van decreet evenwel voorzien in een aantal tijdelijke maatregelen voor de zorgtickets en de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen, in afwachting van meer duidelijkheid en van een samenwerkingsakkoord met de andere deelstaten:

- bij besluit kan de Vlaamse Regering tijdelijk voorzien in een tegemoetkoming in de kosten van zorg voor personen die wonen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die niet vrijwillig zijn aangesloten bij een zorgkas, maar die wel zorg genieten in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening. Eenzelfde mogelijkheid wordt voorzien wat inwoners betreft van Waalse Gewest, op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is (artikel 136);
- personen die wonen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad (en hiermee gelijkgestelden in uitvoering van de EU-Verordening) zullen, telkens er een nieuwe pijler operationeel wordt binnen het verzekeringsmodel van de Vlaamse sociale bescherming,

de kans krijgen om aan te sluiten bij de VSB zonder wachttijd voor de nieuwe pijler in kwestie (artikel 182);

- indien personen een wachttijd opgelopen hebben voor de pijlers waarop de zorgtickets en de tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen betrekking hebben, kan deze ook vervangen worden door de betaling van een bedrag dat gerelateerd is aan de periode tijdens dewelke de gebruiker niet aangesloten is geweest terwijl hij daartoe wel in de mogelijkheid was. Dat bedrag wordt verhoogd met een bedrag dat overeenstemt met het bedrag van de administratieve geldboete die wordt opgelegd in geval van achterstallen (zie artikel 41).

Daar waar de zorgbudgetten vrij besteedbare tegemoetkomingen betreffen, hebben de zorgtickets en de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen rechtstreeks betrekking op de toegang van mensen tot zorg, die hen zomaar niet mag worden ontzegd.

Zolang er geen duidelijke afspraken gemaakt zijn met de andere deelstaten over de vergoeding van deze prestaties, wordt de continuïteit voorzien voor de inwoners van Brussel die (nog) niet zijn aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming en gebruik wensen te maken van het unicommunautaire aanbod in Brussel. Een gelijkaardige regeling van continuïteit wordt, in afwachting van een samenwerkingsakkoord over de financiering van zorg over deelstaatgrenzen heen, tijdelijk voorzien voor personen uit Wallonië die zorg genieten in een Vlaams erkende voorziening.

In deze tijdelijke fase van drie jaar zal worden gemonitord wat het deelstaatoverschrijdend verkeer is van zorggebruikers, in welke voorzieningen en zal een samenwerkingsakkoord hierover worden voorbereid.

Bovenstaande maatregelen moeten verhinderen dat, in afwachting daarvan, aan mensen met een zorgbehoefte ingevolge de staats Hervorming noodzakelijke zorg wordt ontzegd door een eenzijdige toepassing van het verzekeringsprincipe in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, vooraleer duidelijke afspraken hieromtrent met de andere deelstaten zijn goedgekeurd door de verschillende betrokken parlementen.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels betreffende de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de rechten in het kader van dit decreet.

## **Artikel 42**

Dit artikel bevat de regeling over de aansluiting bij een zorgkas en is gebaseerd op artikel 29 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Elke inwoner van het Nederlandse taalgebied wordt, vanaf een door de Vlaamse Regering te bepalen leeftijd, verplicht om zich aan te sluiten bij een zorgkas. Wie binnen de door de Vlaamse Regering te bepalen termijn niet aangesloten is bij een zorgkas, wordt ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas. De betrokkene wordt daarvan onmiddellijk en

schriftelijk op de hoogte gebracht. Die aansluiting wordt geannuleerd als de betrokkene zich alsnog aansluit bij een zorgkas van zijn keuze.

Voor de inwoners van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad geldt een facultatief systeem. Inwoners van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen kiezen of zij al dan niet toetreden tot de rechten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming. De aansluiting kan, gelet op het facultatieve karakter, op elk moment ongedaan worden gemaakt.

Ook uitgaande grensarbeiders (met inbegrip van gepensioneerden die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen maar enkel een buitenlands pensioen ontvangen) en ambtenaren van Europese of internationale instellingen kunnen zich vrijwillig aansluiten bij een zorgkas

Voor inkomende grensarbeiders in Vlaanderen werd bepaald dat zij moeten aansluiten bij een zorgkas.

Personen die in het Franse of Duitse taalgebied van België wonen, werken in Vlaanderen en die gebruik gemaakt hebben van het recht op vrij verkeer van werknemers conform het Unierecht, moeten eveneens aansluiten bij een zorgkas.

Voor inkomende grensarbeiders in Brussel werd bepaald dat zij mogen aansluiten bij een zorgkas.

Personen die in het Franse of Duitse taalgebied van België wonen, werken in Brussel en die gebruik gemaakt hebben van het recht op vrij verkeer van werknemers conform het Unierecht, mogen eveneens aansluiten bij een zorgkas.

Aan de Vlaamse Regering wordt delegatie gegeven om de nadere regels (waaronder de nadere voorwaarden) te bepalen betreffende de aansluiting bij een zorgkas.

Voor personen die onder de leeftijdsgrens vallen voor de aansluiting kan de Vlaamse Regering specifieke regels en voorwaarden bepalen. Dit is een overname uit artikel 29, §4 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en uit artikel 4, §4, van het Zorgverzekeringsdecreet. Dit geeft bijvoorbeeld de mogelijkheid aan de Vlaamse Regering om de specifieke regels en voorwaarden te bepalen voor de aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming van kinderen en jongeren woonachtig in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, met het oog op het verkrijgen van het basisondersteuningsbudget.

Het is de bedoeling om in het uitvoeringsbesluit de extra voorwaarde in te schrijven dat personen jonger dan achttien jaar pas bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten en aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming van de Vlaamse sociale bescherming als minstens een van de ouders zich ook bij een zorgkas heeft aangesloten,

tenzij geen van de ouders bij de Vlaamse sociale bescherming mag aansluiten. Deze regeling is immers vandaag al in voege en zal ook in het nieuwe uitvoeringsbesluit bij onderhavig ontwerp van decreet behouden blijven.

### **Artikel 43**

Inwoners van het Nederlandse taalgebied of van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is maar die wel recht hebben op tegemoetkomingen voor zorg verleend in Vlaamse voorzieningen voor de pijlers van artikel 4, eerste lid, 4° tot 9°, moeten zich administratief, d.i. zonder bijdragebetaling, aansluiten bij een zorgkas.

Het gaat hier om buitenlands sociaal verzekerden die op grond van verordening 883/2004 zorg ontvangen in Vlaanderen of in de door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorzieningen in Brussel, ten laste van de lidstaat waar zij sociaal verzekerd zijn. De administratieve aansluiting is noodzakelijk omdat de betrokken zorgkas instaat voor het uitbetalen van de financiering van de zorg, via een derdebetalersregeling, aan de zorgvoorzieningen. Nadien kan die financiering via de bestaande circuits worden gerecupereerd via de ziekenfondsen bij de lidstaat waar de persoon in kwestie sociaal verzekerd is.

Hetzelfde geldt voor personen die wonen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die niet vrijwillig zijn aangesloten bij een zorgkas, maar die wel zorg genieten in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening.

Ook personen die wonen buiten Vlaanderen of Brussel en die reizen naar het Nederlandse taalgebied of naar het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor een behandeling in een Vlaamse zorgvoorziening, zullen administratief moeten worden aangesloten bij een zorgkas. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een Nederlander die naar Vlaanderen reist voor een behandeling in een revalidatievoorziening en hiervoor een voorafgaande toestemming, d.i. een formulier S2, heeft verkregen op basis van de verordening 883/2004. Hij geniet zorg ten laste van Nederland maar deze wordt door de zorgkas in een derde betalersregeling vergoed en nadien gerecupereerd bij het bevoegde orgaan in Nederland. Hiervoor zal beroep gedaan worden op de bestaande circuits.

### **Artikel 44**

Mensen kunnen in beginsel slechts beroep doen op Vlaamse (financiering voor) zorg indien ze wonen in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Wordt beschouwd als 'wonen' in de zin van dit ontwerp van decreet, ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister, of wat minderjarigen betreft, ingeschreven zijn in het wachtregister.

Een aantal kwetsbare groepen vallen uit de boot ingevolge de toepassing van bovenstaand principe. Om te voorkomen dat hen de toegang wordt ontzegd tot noodzakelijke zorg, wordt voor deze doelgroepen een (administratieve) aansluitingsmogelijkheid voorzien op basis van het feitelijk verblijf van de betrokkene in Vlaanderen of Brussel.

Het gaat onder andere over personen die werden geschrapt uit het bevolkingsregister. Deze personen komen in aanmerking voor tegemoetkomingen voor zorg indien ze feitelijk verblijven in Vlaanderen of in Brussel en indien ze in het verleden reeds aangesloten waren bij een zorgkas (of indien die aansluiting nog niet werd stopgezet sinds schrapping uit het bevolkingsregister). Deze personen zullen moeten bewijzen dat ze feitelijk verblijven in Vlaanderen of Brussel aan de hand van daarvoor door de Vlaamse Regering toegelaten bewijsstukken, zoals facturen, huurovereenkomsten of bankafschriften.

Een gelijkaardige regeling wordt, op basis van verplichtingen in internationale verdragen, voorzien voor personen die erkend zijn als staatlozen in de zin van het verdrag betreffende de status van staatlozen van 28 september 1954, maar die nog geen verblijfsrecht hebben en dan ook nog niet zijn ingeschreven in het bevolkings- of vreemdelingenregister.

#### **Artikel 45**

Dit artikel betreft de bijdrageregeling voor de Vlaamse sociale bescherming en is gelijkaardig aan artikel 30 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

De personen die aangesloten zijn bij een zorgkas moeten vanaf een door de Vlaamse Regering te bepalen leeftijd jaarlijks een bijdrage betalen voor de Vlaamse sociale bescherming. De bijdrage die gevraagd wordt, is eigenlijk de huidige bijdrage voor de zorgverzekering die op die manier wordt omgevormd tot een voorwaarde die geldt voor de ganse Vlaamse sociale bescherming.

De bijdragen worden geïndexeerd. De Vlaamse Regering bepaalt de regels over de indexering.

De Vlaamse Regering kan categorieën van personen, op wie enkel bepaalde pijlers van de Vlaamse sociale bescherming van toepassing zijn, geheel of gedeeltelijk vrijstellen van de bijdrageplicht.

De Vlaamse Regering kan sociale correcties toepassen betreffende leden met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering. Indien de premie ooit substantieel zou verhogen, kan de relatie met draagkracht worden herbekeken.

De nadere regels betreffende de bijdrage worden bepaald door de Vlaamse Regering.

De zorgkassen innen de bijdragen, die bestemd zijn voor het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. De nadere regels worden bepaald door de Vlaamse Regering.

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

In bepaalde gevallen is de jaarlijkse bijdrage na vijf jaar niet meer verschuldigd. Het gaat om personen aan wie de bijdrage niet tijdig kon worden opgevraagd, zonder dat de persoon hier zelf schuld aan heeft. Het gaat hier om administratieve fouten in individuele gevallen waardoor bepaalde personen tussen de mazen van het net vallen. Een concreet voorbeeld is een persoon wiens sociaal statuut in de ziekteverzekering met terugwerkende kracht aangepast wordt. Bijvoorbeeld de overlevende echtgenote van een uitgaande grensarbeider die, door het overlevingspensioen, plots sociaal verzekerd wordt ten laste van een andere Europese lidstaat.

In dergelijke gevallen moet de zorgkas met terugwerkende kracht al de nog verschuldigde bijdragen voor die jaren alsnog opvragen. Nu de zorgverzekering al enige tijd bestaat, kan het te betalen bedrag fel oplopen. Dit leidt tot onbegrip bij de bijdrageplichtigen. Zij kunnen er immers niets aan doen dat ze niet tijdig een uitnodiging tot aansluiting hebben gekregen.

In dit artikel wordt ook bepaald in welke algemene gevallen de jaarlijkse bijdrage of het nog niet geïnde deel ervan niet verschuldigd is.

Dit is het geval na overlijden, als de aangeslotene het voorwerp is van een collectieve schuldenregeling, als de aangeslotene in staat van persoonlijk faillissement is verklaard en als de aangeslotene door een gerechtsdeurwaarder insolvent verklaard is.

De eerste drie gevallen werden overgenomen in het decreet van 24 juli 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming vanuit het Zorgverzekeringsdecreet (zie artikel 4, §6).

De jaarlijkse bijdrage of het nog niet geïnde deel ervan is ook niet verschuldigd als de aangeslotene door een gerechtsdeurwaarder insolvent verklaard is. Bij bepaalde personen zal een gerechtsdeurwaarder kunnen vaststellen dat uitvoeringsmaatregelen geen zin meer hebben, omdat de betrokkene insolvent is: afbetalingen vallen niet meer te verwachten, een inbeslagname van goederen is niet mogelijk ... Ook in dit geval is het aangewezen de achterstallige bijdragen in hoofde van de betrokkene kwijt te schelden. De kosten wegen niet op tegen de mogelijke baten.

## **Artikel 46**

Aan de Vlaamse Regering wordt de mogelijkheid gegeven om regels te bepalen betreffende de aftrek van niet tijdig betaalde bijdragen van de Vlaamse sociale bescherming van de uit te keren tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming. Het zal in principe gaan om maximaal twee achterstallige bijdragen. Vanaf het ogenblik dat er twee achterstallige bijdragen zijn, wordt immers een boete opgelegd overeenkomstig artikel 47. In dat geval worden de achterstallige bijdragen mee ingevorderd.

Het principe van aftrek van niet-betaalde bijdragen van de uit te keren tegemoetkomingen, opgenomen in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming



(artikel 31), blijft ook hier gelden en is, weliswaar gedeeltelijk, van toepassing ook op de nieuwe onderdelen van het decreet. Aangezien iedereen die in een woonzorgcentrum of in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijft ook recht heeft op het Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, zullen achterstallige premies worden verrekend met die tegemoetkoming.

Wat de thuiszorg, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de initiatieven beschut wonen, de revalidatie, de transmurale zorg en de mobiliteitshulpmiddelen betreft, is het bovenstaande niet per definitie mogelijk en zal de zorgkas eerst de premiebetaling in orde moeten brengen alvorens rechten kunnen worden geopend. De zorgvoorziening waarop iemand beroep doet, zal kunnen nagaan of iemand verzekerd is. Als er op dat moment nog achterstallige premies zijn, moeten die eerst worden betaald.

De zorgkas neemt proactief initiatief om de verzekeraarbaarheid van deze personen in orde te brengen.

Er wordt een vrijstelling van de bijdrage voorzien voor mensen die één of twee keer hun bijdrage niet hebben betaald maar zich in een situatie van behartigenswaardigheid bevinden (bijv. zware financiële of psychosociale problemen) op het moment dat zij een beroep doen op zorg. Zo vermijden we dat zij hierdoor geen toegang zouden hebben tot zorg.

Wat de vaststelling van de behartigenswaardigheid betreft, wordt er vooreerst gewerkt met een aantal categorieën van personen die zich van rechtswege in een behartigenswaardige situatie bevinden. Het gaat dan om de volgende personen:

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

Het OCMW kan attesteren dat een persoon zich in een behartigenswaardige situatie bevindt, en dit binnen het daarvoor door de Vlaamse Regering te creëren kader. Te denken valt bijvoorbeeld aan personen met een verslavingsproblematiek, zoals hierboven gezegd, of aan mensen met zware financiële moeilijkheden die om die reden niet in staat zijn de eventuele achterstallige premies te betalen.

#### **Artikel 47**

In dit artikel, overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 32), worden de sanctiebepalingen opgenomen, met name wordt er

een administratieve geldboete opgelegd aan iedereen die aangesloten is bij een zorgkas en die de bijdrage twee keren niet of slechts gedeeltelijk heeft betaald.

De regeling van de administratieve geldboete is geïnspireerd op artikel 21*bis* van het Zorgverzekeringsdecreet.

De administratieve geldboete wordt bepaald op 250 euro. Voor personen die gerechtigd zijn op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedraagt de administratieve geldboete 100 euro.

Aangezien we merken dat een beperkte groep meerdere keren een boete oploopt voor het betalen van hun VSB-bijdrage, wordt aan de Vlaamse Regering de mogelijkheid gegeven om bij een derde boete een verhoging toe te passen.

Alvorens die maatregel in te voeren, zal wel eerst worden nagegaan wat het profiel is van deze mensen. We willen hierbij vermijden dat deze maatregel onbedoeld een armoedeverhogend effect zou hebben.

De administratieve geldboete wordt geïnd en ingevorderd ten voordele van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. Het zijn dus middelen die aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming toekomen (zie artikel 15, §1, eerste lid, 5°) en weergegeven worden bij de ontvangsten.

Naar analogie met de gevallen van niet verschuldigd zijn van de bijdragen wordt ook hier toegevoegd dat de administratieve geldboete niet verschuldigd is als de aangeslotene door een gerechtsdeurwaarder insolvabel verklaard is.

#### **Artikel 48**

Dit artikel betreft de bewijswaarde van gegevens die op elektronische wijze gedeeld worden of weergegeven worden op een leesbare drager. Dit moet het gebruik van elektronische communicatiemiddelen stimuleren wat de snelheid van de dossierbehandeling en de administratieve lastenverlaging bevordert. Dit kadert ook in het streefdoel van een automatische toekenning van rechten (zie artikel 8).

De bedoeling is om de papieren dossiers te vervangen door gescande documenten met het oog op behandeling en archivering. Bij bepaalde processen zoals bijvoorbeeld de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, is het zelfs de bedoeling volledig elektronisch en papierloos een aanvraag in te dienen, te behandelen en te archiveren. Hiervoor ontbrak echter tot nu toe een juridische basis, waardoor er een probleem kon zijn met de juridische bewijskracht van elektronische documenten. Met dit artikel wordt een juridische basis gelegd.

#### **Artikel 49**

In artikel 49 wordt een decretale basis opgenomen voor de verwerking en de uitwisseling van (persoons)gegevens in het kader van de Vlaamse sociale bescherming. De gegevensverwerking en -uitwisseling dient op elk moment plaats te vinden overeenkomstig de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens, waaronder de 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). Die verordening zal van toepassing zijn met ingang van 25 mei 2018. Ze zal verbindend zijn in al haar onderdelen en rechtstreeks toepasselijk.

In het kader van de Vlaamse sociale bescherming moeten een heel aantal persoonsgegevens worden verwerkt en uitgewisseld. Dit onder meer om de doelstelling van automatische rechtentoekenning (zie artikel 8) te bereiken. De 'verwerking' van gegevens betreft het verzamelen, vastleggen, ordenen, structureren, opslaan, bijwerken of wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiden of op andere wijze ter beschikking stellen, aligneren of combineren, afschermen, wissen of vernietigen van gegevens.

Artikel 6 van de algemene verordening gegevensbescherming bepaalt dat de verwerking van persoonsgegevens slechts rechtmatig is indien voldaan is aan minstens een van de in het artikel opgesomde voorwaarden, waaronder de hier toepasselijke voorwaarde dat de verwerking noodzakelijk is om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust. Zo zijn de zorgkassen, dan wel het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming op basis van dit ontwerp van decreet gehouden tot de (automatische) rechtentoekenning aan gebruikers, tot de uitbetaling, tot de uitvoering van controles, ... Met het oog op het vervullen van die decretale verplichtingen is de verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk.

Artikel 9 van de algemene verordening gegevensbescherming bevat in paragraaf 1 een verbod op de verwerking van persoonsgegevens over gezondheid, behalve in de in paragraaf 2 bedoelde gevallen. Zo is het verbod niet van toepassing in de volgende gevallen:

- indien de verwerking noodzakelijk is voor het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen, dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en – diensten of sociale stelsels en diensten (artikel 9, 2), h));
- indien de verwerking noodzakelijk is met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht (artikel 9, 2), b));
- indien de verwerking noodzakelijk is om redenen van zwaarwegend algemeen belang (artikel 9, 2), g)).

Gelet op de aard van de tegemoetkomingen, vermeld in dit ontwerp, valt het allesbehalve uit te sluiten dat het noodzakelijk kan zijn in het kader van de toekenning van deze tegemoetkomingen om persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, te verwerken. Maar het is slechts in de mate dat deze gegevens noodzakelijk zijn in het kader van de toekenning van deze tegemoetkomingen dat ze ook verwerkt zullen worden. Ook hier moet een van de uitgangspunten van het ontwerp van decreet in herinnering gebracht worden, namelijk het zoveel mogelijk streven naar een automatische rechtentoekening.

De actoren die gegevens verwerken/uitwisselen, en dus moeten worden beschouwd als 'verwerkers' van gegevens, zijn de volgende:

- het VAPH;
- de toegangspoort;
- het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming;
- de zorgkassen;
- de indicatiestellers;
- de zorgvoorzieningen en de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen;
- de Zorgkassencommissie;
- de externe dienstverleners, vermeld in artikel 34, 1°;
- de Expertencommissie, vermeld in artikel 39;
- de Bijzondere Technische Commissie, vermeld in artikel 130;
- de actoren belast met de behandeling van administratieve beroepen, overeenkomstig de artikelen 68, 73, §5, 77, §5, 85, §3 en 89, §5;
- de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, vermeld in artikel 50.

De actoren die het doel en de middelen voor de verwerking van de persoonsgegevens vaststellen en dus moeten worden beschouwd als 'verwerkingsverantwoordelijken', zijn de volgende:

- het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, 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 gespecialiseerde zorg en met het oog op de uitvoering van de opdrachten van de Bijzondere Technische Commissie;
- de zorgkassen, voor de verwerking van indicatiestellingen en voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van hun opdrachten, vermeld in artikel 22;
- het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming en de zorgkassen, voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het gezamenlijk digitaal platform en de gemeenschappelijke applicaties Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 28;
- de zorgvoorzieningen en de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen, voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van hun zorgrelatie met de gebruiker.

Een van de instanties, vermeld in artikel 49, §3, die instaan voor de registratie en verwerking van gegevens zijn de zorgkassen. Hier is er de link met artikel 23 waar expliciet voor de zorgkassen, als centrale uitvoeringsorganisaties, is bepaald dat de zorgkas uit eigen beweging alle ontbrekende inlichtingen kan verzamelen om de rechten van de gebruiker te kunnen beoordelen.

Met het oog op analyse van die gegevens, *evidence based* beleidsvoering voor het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid en de informatieverstrekking hieromtrent worden door de instanties, vermeld in artikel 49, §4, geanonimiseerde gegevens ter beschikking gesteld van de Vlaamse Regering. De Vlaamse Regering zal nader bepalen welke gegevens moeten worden bezorgd en binnen welke termijn.

De zorgkassen bezorgen aan het Intermutualistisch Agentschap, opgericht overeenkomstig artikel 278 van de Programmawet I van 24 december 2002, alle gegevens waarover ze beschikken in het kader van de uitvoering van dit decreet, met het oog op de analyse en de verwerking van die gegevens door het Intermutualistisch Agentschap onder meer met het oog op het bijhouden van de permanente steekproef die bruikbaar is voor longitudinaal onderzoek en de informatieverstrekking hieromtrent. De steekproef wordt ook gebruikt door Vlaanderen gezien haar belang voor beleidsinformatie. De Vlaamse Regering bepaalt welke gegevens bezorgd worden, alsook de wijze waarop en de periodiciteit waarmee de gegevens bezorgd worden. Ook hier wordt geopteerd voor geanonimiseerde gegevens.

## **Artikel 50**

Wat gegevensuitwisseling betreft, zal in het kader van de Vlaamse sociale bescherming ook de uitwisseling van gegevens moeten plaatsvinden tussen zorgkassen enerzijds en ziekenfondsen en verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte ziekteverzekering anderzijds.

Het gaat bijvoorbeeld over de door de zorgkas betaalde bedragen aan zorgvoorzieningen of aan verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen ten behoeve van personen die recht hebben op zorg in het Nederlandse taalgebied of in de door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, maar dit ten laste van een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland. Die kosten kunnen worden teruggevorderd via de daarvoor bestaande internationale circuits, waarvoor evenwel beroep moet worden gedaan op de ziekenfondsen. De "Vlaamse" (zorgkassen) en de "federale" (ziekenfondsen) kosten worden samen, via het RIZIV in de hoedanigheid van verbindingsorgaan, teruggevorderd in het buitenland.

Ook in het kader van de subrogatieregeling kan een uitwisseling van gegevens noodzakelijk zijn. In het kader van de Ziekteverzekeringwet wordt aan degene die schadeloosstelling verschuldigd is, de verplichting opgelegd om de verzekeringsinstelling te verwittigen van zijn voornemen om de rechthebbende schadeloos te stellen. Omdat redelijkerwijze niet

zomaar kan worden verwacht van iedereen die schadeloosstelling is verschuldigd om uit te maken in welke gevallen naast het ziekenfonds ook de zorgkas dient te worden ingelicht van voornemens tot schadeloosstelling, bevat artikel 72, §2 de verplichting voor het ziekenfonds om ervoor te zorgen dat deze informatie wordt doorgegeven aan de zorgkas. De mogelijkheid voor de schadeloossteller om de zorgkas zelf in te lichten, bestaat daarnaast ook.

Zorgkassen en ziekenfondsen/verzekeringsinstellingen moeten bovendien ook in staat zijn om allerhande cumulcontroles uit te voeren om zo een dubbele financiering van zorgkosten te vermijden. Ook dan zullen gegevens moeten worden uitgewisseld.

Naast een uitwisseling van gegevens tussen de ziekenfondsen/verzekeringsinstellingen en de zorgkassen, hebben ook de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen nood aan informatie en gegevens die worden verwerkt in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, en dit in het kader van de aan hen opgelegde taken op grond van de Ziekteverzekeringwet en op grond van dit ontwerp van decreet. In het kader van hun opdracht inzake re-integratie en controle bij arbeidsongeschiktheid moeten zij zicht hebben op het zorgprofiel van de betrokken leden.

Een gelijkaardige nood aan toereikende informatie is er bij de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen die aanspreekpunt zullen zijn m.b.t. hulp- en zorgvragen en rechten op Vlaamse sociale bescherming, en in dat kader een rol hebben om proactief te zorgen voor het opnemen van rechten door gebruikers en mantelzorgers waar dit niet automatisch kan, en dit in samenwerking met de partners van het breed onthaal. De informatie dient vertrouwelijk te worden behandeld en de betrokken actoren zijn gehouden tot een, al dan niet gedeeld, beroepsgeheim.

Ten slotte hebben ook de OCMW's toegang tot de gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit ontwerp decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten.

De verwerking van gegevens (zijnde de consultatie van de gegevens) door bovenstaande actoren vindt uiteraard plaats in overeenstemming met de geldende regelgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens, en dus in de eerste plaats overeenkomstig de algemene verordening gegevensbescherming. Zo kan de verwerking van medische gegevens enkel onder toezicht van een arts en zal dit toezicht ook voorzien worden bij de zorgkassen.

## **Artikel 51**

Deze bepaling beoogt de digitalisering van procedures en de administratieve vereenvoudiging van controles. Hiertoe moeten zorgvoorzieningen en de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen in de mogelijkheid worden gesteld om welbepaalde gegevens van

gebruikers eigenhandig te raadplegen in het kader van de opname van de betreffende gebruiker in de zorgvoorziening of in het kader van de verstrekking van een mobiliteitshulpmiddel. Meer concreet zou de voorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen de verzekeringsstatus kunnen nagaan. Wat de verzekeringsstatus betreft, is het van groot belang voor de voorziening/de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen om op de hoogte te zijn van eventuele achterstallen die de gebruiker heeft op het vlak van bijdragebetaling. Zoals hierboven reeds werd uiteengezet met betrekking tot artikel 46, moeten achterstallige premies eerst worden betaald vooraleer de zorgkassen tegemoetkomingen zullen uitbetalen. De zorgkas, die zicht heeft op de aanvraag van de bandagist, neemt wel proactief initiatief om de verzekerbaarheid van deze personen in orde te brengen.

### **Artikelen 52 en 53**

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, uiteraard binnen de bevoegdheidsgrenzen van de Vlaamse Gemeenschap met betrekking tot deze sectoren. Deze artikelen zullen in werking treden, op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum.

Buitengewone zorg wordt gedefinieerd als zorg waarvoor in het concrete geval in geen tegemoetkoming is voorzien op grond van de Belgische ziekteverzekering, op grond van de bepalingen van onderhavig ontwerp van decreet of op grond van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering.

Vooraleer gebruikers in aanmerking kunnen komen voor een tegemoetkoming op basis van deze bepaling, moeten ze hun rechten doen gelden krachtens Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst. De gevraagde bedragen moeten bovendien effectief verschuldigd zijn. Bij besluit van de Vlaamse Regering kunnen nog bijkomende voorwaarden worden opgelegd, waaronder bijvoorbeeld de voorwaarde dat de kosten van de zorg een bepaalde drempel moeten overschrijden.

Op grond van deze bepaling is het mogelijk om een vangnet te bieden in uitzonderlijke zorgsituaties die zich wegens hun specificiteit niet laten vertalen in een passend zorgticket.

Ook voor buitengewone zorg in het buitenland kunnen tegemoetkomingen worden verleend op basis van deze bepaling.

In voorkomend geval kan een aanvraag worden ingediend bij de zorgkas waar de gebruiker aangesloten is. De zorgkas beslist over de toekenning van de tegemoetkoming na

eensluitend advies van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg, die zich over het ingediende dossier buigt.

Tegen de beslissingen van de zorgkas, vermeld in artikel 52, kan door de gebruiker beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank. Met het beroep tegen de zorgkas wordt meteen ook beroep aangetekend tegen het eensluitend advies van de Expertencommissie, die mee wordt betrokken in het verweer voor de arbeidsrechtbank. De zorgkas is immers gebonden door het eensluitend advies van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg bij haar beslissing over de toekenning van de tegemoetkoming.

#### **Artikel 54**

Op basis van deze bepaling kunnen bij besluit van de Vlaamse Regering voorwaarden en procedures worden bepaald voor de financiering van zorg verleend aan personen die opgenomen worden in Vlaamse zorgvoorzieningen maar die op basis van voorliggend ontwerp van decreet geen recht hebben op een tegemoetkoming voor die zorg.

Hierbij wordt gedacht aan buitenlands sociaal verzekerden die op basis van Europese regelgeving recht hebben op financiering van zorg in Vlaamse zorgvoorzieningen. De zorgkassen zullen de zorg in eerste instantie financieren (vandaar de noodzaak van een administratieve aansluiting van de betrokkene), waarna die kosten worden teruggevorderd in het land waar de betrokkene sociaal verzekerd is, via de daarvoor voorziene internationale circuits. De Vlaamse Regering zou in dat geval kunnen bepalen dat niet enkel de zorgtickets moeten worden aangerekend maar ook een gedeelte van de organisatiegebonden kost. Ook de procedure voor de vergoeding van deze kosten ten laste van de bevoegde buitenlandse instantie moet nog verder worden uitgewerkt.

Ook personen die geen aanspraak maken op tegemoetkomingen voor zorg in Vlaamse voorzieningen, noch ten laste van de Vlaamse Gemeenschap, noch ten laste van een andere deelstaat of een ander land, zijn niet per definitie uitgesloten van opname in een Vlaamse zorgvoorziening. Deze categorie van personen zal evenwel zelf instaan voor de volledige zorg-, woon- en leefkost. Deze bepaling maakt het evenwel mogelijk om zulke personen bijvoorbeeld al dan niet mee in rekening te brengen bij het bepalen van de bezettingsgraad van een voorziening in het kader van de berekening van de organisatiegebonden financiering.

#### **Artikel 55**

De financiering in het kader van de Vlaamse sociale bescherming valt uiteen in een component zorggebonden financiering, die persoonsvolgend en vraaggestuurd is, enerzijds en in een component organisatiegebonden financiering anderzijds. De artikelen 55 t.e.m. 131, en dus het merendeel van de bepalingen van het decreet, zijn toegespitst op de zorggebonden financiering.



De zorggebonden financiering bestaat uit de toekenning door de zorgkas van een persoonsvolgend budget aan gebruikers. Dit 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. Ook een combinatie is mogelijk.

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

- het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
- het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;
- het basisondersteuningsbudget.

Het gaat met andere woorden over de drie vrij besteedbare tegemoetkomingen, die ook in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming reeds waren opgenomen. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden is de nieuwe benaming voor de zorgverzekeringstegemoetkoming en het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood is de nieuwe benaming voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Het zorgticket, vermeld in het eerste lid, zal in de toekomst betrekking hebben op de volgende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in het derde lid van artikel 55:

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

Dit derde lid zal, wat de andere pijlers dan de residentiële ouderenzorg betreft, niet op 1 januari 2019 in werking treden maar wel, en op gefaseerde wijze, vanaf het ogenblik dat de bepaling met betrekking tot het zorgticket, d.i. artikel 92, in werking treedt. Dat zal het geval zijn op het moment dat de tijdelijke bepalingen met betrekking tot de woonzorgcentra, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf buiten werking treden en er voor de pijler residentiële ouderenzorg, eventueel samen met andere pijlers, wordt overgeschakeld naar een persoonsvolgende financiering op basis van BELRAI.

Waar in het decreet op 1 januari 2019 reeds over "zorgticket" wordt gesproken, zal dit telkens moeten worden gelezen als "tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf". In artikel 179 is hiervoor een overgangsbepaling opgenomen. Dat maakt bijvoorbeeld dat de tweede zin van het eerste lid van dit artikel 55 tijdelijk moet worden gelezen als volgt: *"Deze tegemoetkomingen kunnen bestaan in de toekenning van een zorgbudget, in de toekenning van een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf of in de toekenning van een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen."*

## **Artikel 56**

De zorgkas beslist over de toekenning van het persoonsvolgend budget.

Dit artikel stipuleert uitdrukkelijk dat de zorgkas evenwel geen andere voorwaarden dan die krachtens dit decreet kan verbinden aan de tegemoetkomingen, net zoals dat reeds het geval was in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 34).

## **Artikel 57**

Deze bepaling is overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 33).

Artikel 57, eerste lid, geeft een algemene delegatie aan de Vlaamse Regering om de nadere regels te bepalen aangaande de wijze waarop het persoonsvolgend budget aan de gebruiker wordt toegekend.

Er is ook een delegatie naar de Vlaamse Regering voor het regelen van de retroactieve tegemoetkomingen. Dit is ingevoerd in het zorgverzekeringsdecreet, overgenomen in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en wordt ook nu overgenomen. Deze bepaling is breed geformuleerd en in beginsel niet beperkt tot bepaalde pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, maar van retroactieve tegemoetkomingen zal in praktijk alleen sprake zijn als het gaat over zorgbudgetten. Retroactieve tegemoetkomingen zijn enkel mogelijk indien er sprake is van een aanvraag. Bij automatische toekenning is er geen sprake meer van een aanvraag en start de uitvoering van de tegemoetkomingen altijd na de datum van vaststelling van de zorgbehoefte (bij de tegemoetkoming voor zwaar zorgbehoevenden is er uiteraard wel nog de carenztijd).

## **Artikel 58**

Deze bepaling is geïnspireerd op artikel 12, §2, van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap (van toepassing op de inkomensvervangende tegemoetkoming, de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden). Bij koninklijk besluit worden de gevallen bepaald waarin de tegemoetkomingen geheel of gedeeltelijk geschorst worden voor de gerechtigden die in gevangenissen opgesloten zijn of in instellingen van sociaal verweer (ook de duur van de schorsing wordt bepaald bij koninklijk besluit).

Een gelijkaardige bepaling werd ingeschreven in artikel 37 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en nu overgenomen in voorliggend ontwerp van decreet. De bepaling werd evenwel geactualiseerd ten opzichte van de wet

van 27 februari 1987, gelet onder meer op de door de federale overheid opgerichte forensische psychiatrische centra (cf. FPC te Gent).

### **Artikel 59**

Dit artikel bepaalt de verjaringstermijn voor de betaling van de tegemoetkomingen. Het betreft hier de termijn waarbinnen een betaling van de tegemoetkoming moet worden opgevraagd bij de zorgkas.

### **Artikel 60**

De artikelen 60 tot en met 67 betreffen overkoepelende bepalingen inzake indicatiestellingen, van toepassing in het kader van de zorgbudgetten en de zorgtickets. Voor de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen zijn afzonderlijke bepalingen voorzien inzake indicatiestellingen (zie artikel 105).

Deze bepalingen zullen evenwel slechts in werking treden na 1 januari 2019 op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum, in functie van de verdere uitrol van de BelRAI.

Zoals reeds uiteengezet in het kader van de definities, is BelRAI een koepelbegrip voor verschillende beoordelingsinstrumenten / bestaat BelRAI uit diverse modules, die elk toegespitst zijn op een bepaalde zorgsetting. Voor de verschillende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming wordt er gewerkt aan de gefaseerde invoering van de verschillende schalen van de RAI als uniek indicatiestellingsinstrument, aan de hand waarvan de zorgbehoefte van de gebruiker wordt geëvalueerd.

De zorggebonden financiering in het kader van de Vlaamse sociale bescherming wordt bepaald in functie van de zorgbehoefte van de gebruiker. Die zorgbehoefte wordt bepaald aan de hand van het inschalingsinstrument BelRAI.

In het kader van de revalidatie kan ook de diagnose een rol spelen bij het bepalen van de zorgbehoefte van de gebruiker. De zorgbehoefte van de gebruiker zal in dit geval ook de revalidatiebehoefte van de gebruiker omvatten. Onder revalidatiebehoefte wordt verstaan, de behoefte van een gebruiker aan revalidatie, ambulante of residentiële, multidisciplinaire en rekening houdend met de pathologie, het daarmee gepaard gaande functie- en activiteitsverlies en verlies aan participatie, en rekening houdend met revalidatiedoelen.

De revalidatiedoelen worden in samenspraak met de gebruiker-revalidant, het revalidatieteam en de naaste omgeving van de gebruiker bepaald. Zij houden een realistische inschatting in van het maximaal haalbare en aanvaardbare niveau dat de gebruiker kan behalen, daarbij rekening houdend zowel met de revalidant als met zijn omgeving. De revalidatiedoelen kunnen in de loop van het revalidatieproces worden aangepast.

Een indicatiestelling, m.a.w. de toepassing van de BelRAI, gebeurt best zo dicht mogelijk bij de gebruiker, en kan idealiter afgenomen worden door alle instanties of actoren – organisaties, zorgvoorzieningen of zorgverleners - die in contact komen met de gebruiker. De zorgkassen voeren geen indicatiestellingen uit. Een goede opleiding van de indicatiestellers en controles op de correctheid van de indicatiestellingen is uiteraard noodzakelijk om te komen tot kwaliteitsvolle indicatiestellingen met maximale garanties op objectiviteit en uniformiteit.

Bij besluit van de Vlaamse Regering zal daarom voorzien worden in erkenningsvoorwaarden en –procedures voor kandidaat-indicatiestellers, waarbij de erkenningsvoorwaarden onder meer gekoppeld worden aan opleidings- en bijscholingsvereisten. In dit kader zal ook een belangrijke rol weggelegd zijn voor het Vlaams overkoepelend Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek en Indicatiestelling. Dit Kwaliteitscentrum zal ook instaan voor coaching en opleiding van de indicatiestellers, in nauw overleg met het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

Indien de indicatiesteller geen diensten/zorg zal verstrekken/verlenen aan de gebruiker bij wie hij een indicatiestelling afneemt, kan hij voor het afnemen van de indicatiestelling een vergoeding ontvangen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de diensten gezinszorg, de OCMW's en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen die optreden als indicatiesteller voor de zorgverzekering, ook als er geen zorg wordt verleend. De vergoedingscriteria worden vastgelegd door de Vlaamse Regering. Dit is een continuering van de bestaande regeling.

In de derde paragraaf worden een aantal, al dan niet tijdelijke, uitzonderingen en aanvullingen voorzien op het gebruik van de BelRAI.

Indien voor een bepaalde pijler van de Vlaamse sociale bescherming niet tijdig een BelRAI-module kan worden ontwikkeld, is het mogelijk om tijdelijk af te wijken van de toepassing van BelRAI en om beroep te doen op een ander inschalingsinstrument.

Voor bepaalde zorgvragen zal de toepassing van BelRAI het beoogde doel voorbijschieten. In het kader van kraamzorg bijvoorbeeld, is de zorgbehoefte van de gebruiker in kwestie per definitie aanwezig en dient deze niet te worden vastgesteld aan de hand van BelRAI. Eenzelfde uitgangspunt geldt ook voor gezinszorg in het kader van een problematische opvoedingssituatie of aanklampende zorg in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. In zulke gevallen kunnen andere beoordelingscriteria worden vastgelegd aan de hand waarvan de financiering, wordt bepaald.

Ten slotte is nog de mogelijkheid voorzien om BelRAI aan te vullen met andere beoordelingscriteria indien blijkt dat uit de toepassing van BelRAI niet alle noodzakelijke informatie af te leiden valt. Zo zouden medische diagnoses een noodzakelijke aanvulling kunnen vormen in het kader van bepaalde zorgvragen, bijvoorbeeld in het kader van revalidatie.

Belangrijk in dit kader is nog om te vermelden dat het systeem van indicatiestellingen het verlenen van acute zorg niet in de weg staat. Een indicatiestelling (aan de hand van BelRAI) fungeert niet als toegangsticket tot dringende zorg, en zal dan pas achteraf een rol spelen wanneer de zorg langdurig wordt.

## **Artikel 61**

Deze bepaling is opgenomen vanuit de vaststelling dat wat revalidatie betreft, het stellen van een diagnose niet in elk geval is gekoppeld aan een zorgbehoefte en niet in elk geval wordt gevolgd door het verlenen van zorg en ondersteuning aan de betrokken persoon. Soms is het maken van een (interdisciplinaire) diagnose op dat ogenblik voldoende zonder meer.

Het bovenstaande kan zich bijvoorbeeld voordoen wat de vaststelling van een autismespectrumstoornis betreft. Deze diagnose impliceert niet per definitie de behoefte aan zorg.

In artikel 61 van het ontwerp van decreet wordt een decretale basis opgenomen voor de financiering van interdisciplinaire diagnostiek, voor zover deze niet reeds wordt gefinancierd via andere financieringsbronnen. Aangezien vanuit de federale overheid voorzien wordt in een financiering van diagnostiek in de revalidatieziekenhuizen, zal de Vlaamse overheid in dat geval niet tussenkomen.

In praktijk heeft deze bepaling in het huidige revalidatielandschap voornamelijk betrekking op de centra voor ambulante revalidatie (CAR).

## **Artikel 62**

Naast opleiding en coaching van indicatiestellers blijft er ook nood aan controle en sancties. Voor de a posteriori controles op indicatiestellingen wordt in beginsel een beroep gedaan op de Zorgkassencommissie.

Voor bepaalde pijlers, d.i. het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en de thuiszorg, zal worden gewerkt met een externe dienstverlener voor de uitvoering van controles op indicatiestellingen.

De externe dienstverlener die fungeert als controleorgaan wordt aangeduid door de Minister in het kader van een open aanbestedingsprocedure. Op heden worden de controles op indicatiestellingen in het kader van de zorgverzekering reeds uitgevoerd door zulk extern controleorgaan, met name Mediwe.

De controles op indicatiestellingen worden aangestuurd door het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, dat onder meer de selectiecriteria bepaalt op basis waarvan indicatiestellingen worden gecontroleerd.

Analoog aan wat bepaald is in de Ziekteverzekeringwet in het kader van de Kappa-controles bijvoorbeeld, hebben gegevens die door de Zorgkassencommissie of door het extern controleorgaan worden verzameld in het kader van de uitgevoerde controles, 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. Gebruikers zullen ook in de mogelijkheid zijn om klachten in het kader van de afname van indicatiestellingen of in het kader van controles op afgenomen indicatiestellingen te melden bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. De resultaten van de indicatiestellingen zelf hebben een rechtstreekse impact op de beslissing van de zorgkas waartegen (administratief) beroep kan worden aangetekend (zie hieronder).

### **Artikelen 63 tot 65**

Op grond van artikel 63, 64 en 65 van het ontwerp van decreet kunnen door het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming maatregelen en sancties worden opgelegd indien bij controles op indicatiestellingen wordt vastgesteld dat indicatiestellers de indicatiestellingen verkeerd afnemen.

Indicatiestellers kunnen op grond van artikel 63 worden verplicht om een remediëringstraject te volgen indien wordt vastgesteld dat zij indicatiestellingen op foutieve wijze afnemen.

Artikel 63 heeft ook betrekking op de herziening van indicatiestellingen en de daaraan gekoppelde financiering indien blijkt dat het resultaat van de indicatiestelling, afgenomen door de indicatiesteller, afwijkt van de reële zorgbehoefte van de gebruiker in kwestie, zoals geëvalueerd tijdens de uitgevoerde controles. De gebruiker en de zorgvoorziening waar de gebruiker is opgenomen, kunnen tegen de beslissing tot herziening van indicatiestellingen, beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank.

Indien blijkt dat indicatiestellers de indicatiestellingen op herhaaldelijke wijze verkeerd afnemen, kan de erkenning van een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener als indicatiesteller worden geschorst of worden ingetrokken (artikel 64). Het gaat hier om een sanctie die slechts in zeer uitzonderlijk gevallen van manifest misbruik zal worden toegepast.

Tegen de beslissing tot schorsing of intrekking van de erkenning kan beroep worden aangetekend bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers. Na uitputting van die bezwaarprocedure, kan dan vervolgens beroep worden aangetekend bij de Raad van State

Naast de intrekking of schorsing van de erkenning van organisaties, zorgverleners en zorgvoorzieningen als indicatiesteller, kan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming ook een administratieve geldboete opleggen waarvan het minimum niet onder 500 euro en het maximum niet boven 5.000 euro mag liggen. Tegen de beslissing tot oplegging van de geldboete kan beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

## **Artikel 66**

Als zich een wijziging voordoet in de zorgbehoefte van de gebruiker kan de zorgkas de beslissing over de toekenning van de zorggebonden financiering herzien na een nieuwe inschaling, zowel op initiatief van de gebruiker als op initiatief van de voorziening. De voorwaarden en procedure voor herziening van tegemoetkomingen worden uitgewerkt bij besluit van de Vlaamse Regering.

## **Artikel 67**

In het kader van de indicatiestellingen wordt gebruik gemaakt van een databank 'BelRAI', waarin gegevens worden verzameld betreffende de afgenomen indicatiestellingen.

Gegevens betreffende indicatiestellingen kunnen aan de databank worden overgemaakt door individuele zorgverleners die optreden als indicatiesteller dan wel op niveau van de organisatie of de zorgvoorziening waar de indicatiesteller in dienst is. Indien de gegevens worden overgemaakt op het niveau van een organisatie of zorgvoorziening, zal een van de voorwaarden wel zijn dat de betreffende organisatie of zorgvoorziening in staat moet zijn om te achterhalen wanneer indicatiestellingen zijn afgenomen en door welke persoon ze werden afgenomen. Er wordt met andere woorden een *circle of trust*-principe gehanteerd, waarbij de mogelijkheid tot identificatie van de indicatiesteller een randvoorwaarde is.

Aan de verschillende actoren die belast zijn met taken en bevoegdheden in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, kan toegang worden verleend tot de databank BelRAI, in functie van de gegevens die zij nodig hebben voor de uitvoering van hun opdrachten en uiteraard met respect voor de geldende regelgeving inzake privacy en gegevensbescherming. Toegang kan tevens worden verleend aan de gebruiker zelf of aan de mantelzorger die daartoe wordt gemachtigd door de gebruiker.

Ook in dit kader kan worden gewezen op de algemene doelstelling om in te zetten op een maximale digitalisering van gegevensstromen, wat de Vlaamse sociale bescherming betreft. Gegevens m.b.t. indicatiestellingen zullen enerzijds zoveel als mogelijk digitaal worden overgemaakt aan de databank 'BelRAI' en zullen anderzijds zoveel als mogelijk digitaal kunnen worden geconsulteerd.

## **Artikelen 68 en 69**

Artikel 68 bevat de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om, al dan niet binnen bepaalde pijlers, een administratieve beroepsprocedure te organiseren tegen de beslissingen van de zorgkas over de toekenning van het persoonsvolgend budget of tegen de herziening door de zorgkas van die beslissingen.

Die administratieve beroepsprocedure kan bestaan in de afname van een nieuwe indicatiestelling, waarbij de kosten van die indicatiestelling eventueel gedeeltelijk kunnen worden teruggevorderd bij de gebruiker indien het administratief beroep ongegrond blijkt te zijn.

De administratieve beroepsprocedure wordt gevolgd door een beroepsprocedure bij de arbeidsrechtbank, uiteengezet in artikel 69.

Artikel 68 en artikel 69 treden niet in werking op 1 januari 2019 maar op een latere, door de Vlaamse Regering te bepalen datum.

Door het decreet van 25 maart 2011 tot wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering werd de arbeidsrechtbank al bevoegd gemaakt voor geschillen in verband met het recht op de tegemoetkoming zorgverzekering voor kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening. Ook in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming werd voorzien in beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank voor de zorgverzekeringstegemoetkoming, het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Het is dan ook aangewezen om alle betwistingen met betrekking tot (de herziening van) tegemoetkomingen voortvloeiend uit het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming, ook wat de nieuwe pijlers betreft, toe te vertrouwen aan de arbeidsrechtbank.

Voorts hebben geschillen betreffende de Vlaamse sociale bescherming een sterk sociale inslag, waardoor de arbeidsrechtbank het passende rechtscollege lijkt om over dergelijke vragen uitspraak te doen.

Al de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming hebben te maken met tegemoetkomingen voor zorg en met artikel 23 van de Grondwet dat ieder het recht geeft een menswaardig leven te leiden. De arbeidsgerechten hebben als enige rechtsinstantie een verregaande ervaring opgebouwd in betwistingen tussen instellingen en sociaal zwakkere personen. Voor de zorgbehoevenden is het dan ook logisch dat zij voor betwistingen aangaande deze tegemoetkomingen zich kunnen wenden tot de arbeidsrechtbank.

Verder is het zo dat de arbeidsrechtbank voldoet aan de noodzaak van een laagdrempelige, vlugge, transparante en adequate beroepsprocedure.



De arbeidsrechtbanken zijn door hun beperkt formalisme alleszins beter toegankelijk dan de rechtbank van eerste aanleg. Het volstaat hier om te verwijzen naar de procedure op verzoekschrift en de bijzondere rol van het arbeidsauditoraat.

Betwistingen met betrekking tot een opgelegde administratieve geldboete (zie bv. artikel 47) behoren tot de bevoegdheid van de Raad van State. Het betreft geen betwisting met betrekking tot een tegemoetkoming.

De Raad van State is ook bevoegd voor betwistingen over een schorsing of intrekking van de erkenning van een indicatiesteller (zie bv. artikel 64), een schorsing of intrekking van de erkenning van een zorgvoorziening (zie artikel 95) of een schorsing of intrekking van de machtiging van een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen (zie bv. artikel 113). Het betreft hier immers geen subjectieve rechten van gebruikers, maar administratieve rechtshandelingen met een zekere discretionaire bevoegdheid voor de overheid, waarbij de Raad van State de legaliteit van de aangevochten beslissingen toetst.

## **Artikel 70**

De artikelen 70 tot en met 72 bevatten regels inzake cumulatie en subrogatie en zijn gebaseerd op artikel 35 en artikel 36 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Artikel 70 is overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en bepaalt dat de Vlaamse Regering vastlegt hoe de cumulatie tussen zorgvormen of pijlers geregeld wordt en onder welke voorwaarden.

Dit artikel bepaalt eveneens dat de Vlaamse Regering specifieke regels en voorwaarden kan bepalen voor inwoners van het Brusselse Gewest.

## **Artikel 71**

De mogelijkheid doet zich voor dat zorgkosten die vergoed worden in het kader van de Vlaamse sociale bescherming tevens worden vergoed door andere instanties krachtens andere regelgeving. In zulke gevallen kan de tegemoetkoming in het kader van de Vlaamse sociale bescherming worden geweigerd of verminderd, en dit overeenkomstig de door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden.

Bij het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt voor de bepaling van de tegemoetkoming rekening gehouden met het inkomen van het gezin waartoe de zorgbehoevende behoort, vandaar dat voor deze tegemoetkoming ook de andere gezinsleden onder deze bepaling vallen.

Op basis van deze bepaling kunnen bij besluit van de Vlaamse Regering ook de nodige cumulregels worden voorzien tussen de deelstaten.

In het tweede lid van dit artikel wordt bepaald dat de gebruiker zijn aanspraak op tegemoetkomingen krachtens andere regelgeving in eerste instantie moet uitputten. Op die manier zijn de VSB-pijlers residuair ten opzichte van andere tegemoetkomingen voor dezelfde zorgkosten.

Indien blijkt dat de vergoeding die een gebruiker ontvangt krachtens andere regelgeving reeds elders in rekening wordt gebracht, is het mogelijk om de weigering of vermindering van de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming te beperken zodat de verrekening maar één keer gebeurt. Op die manier kan worden voorkomen dat een gebruiker meerdere keren financieel 'gestraft' wordt ingeval hij een bepaalde vergoeding of tegemoetkoming ontvangt.

## **Artikel 72**

Artikel 72 omvat een regeling inzake subrogatie, geïnspireerd op artikel 136, §2 van de Ziekteverzekeringwet (ziekteverzekering) en op artikel 14 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (tegemoetkomingen VAPH).

De tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming kunnen worden geweigerd of verminderd indien de gebruiker voor dezelfde schade en op grond van eenzelfde behoefte aan zorg een schadeloosstelling ontvangt op basis van andere regelgeving, op grond van gemeen recht of op grond van een overeenkomst.

Met een schadeloosstelling die de gebruiker ontvangt op basis van een overeenkomst worden geenszins vrijwillige, aanvullende verzekeringen bedoeld die gebruikers zelf hebben afgesloten om hun zorgbehoefte bijkomend te financieren. Het gaat dan eerder over een schadeloosstelling die de gebruiker ontvangt, bijvoorbeeld op basis van een door de verantwoordelijke derde afgesloten (verzekerings)overeenkomst.

Onder bepaalde voorwaarden kunnen tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming worden toegekend aan de gebruiker, in afwachting van effectieve ontvangst door de gebruiker van de schadeloosstelling waarop hij aanspraak maakt.

In alle gevallen waarin VSB-tegemoetkomingen zijn verleend en ten belope van het bedrag van die verleende tegemoetkomingen treedt de zorgkas in de plaats van de gebruiker voor het geheel van de sommen die krachtens andere regelgeving, krachtens gemeen recht of op basis van een overeenkomst verschuldigd zijn. De gebruiker wordt hierover geïnformeerd.

In het kader van de Ziekteverzekeringwet wordt aan degene die schadeloosstelling is verschuldigd, de verplichting opgelegd om de verzekeringsinstelling te verwittigen van zijn voornemen om de rechthebbende schadeloos te stellen. Omdat redelijkerwijze niet zomaar kan worden verwacht van iedereen die schadeloosstelling is verschuldigd om uit te maken

in welke gevallen naast het ziekenfonds ook de zorgkas dient te worden ingelicht van voornemens tot schadeloosstelling, bevat artikel 72, §2 de verplichting voor het ziekenfonds om ervoor te zorgen dat deze informatie wordt doorgegeven aan de zorgkas. De mogelijkheid voor de schadeloossteller om de zorgkas zelf in te lichten, bestaat daarnaast ook.

Analoog aan wat bepaald is in artikel 14 van het decreet van 7 mei 2004 is een overeenkomst tussen de gebruiker en de derde die schadeloosstelling is verschuldigd, niet tegenstelbaar aan de zorgkas, behalve als de zorgkas met de overeenkomst akkoord gaat.

In het kader van de uitvoering van de procedure van subrogatie, kan een beroep worden gedaan op een externe dienstverlener. Op basis van dit laatste lid van artikel 72 kan een beroep gedaan worden op de ziekenfondsen, om de subrogatie uit te voeren voor de Vlaamse overheid.

### **Artikel 73**

Dit artikel regelt de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen en is nagenoeg ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 39). Het is immers niet uitgesloten, ook wat betreft de nieuwe onderdelen van de VSB, dat na uitbetaling blijkt dat aan de voorwaarden voor uitbetaling eigenlijk niet werd voldaan. Daar kunnen allerlei redenen voor zijn: materiële fouten, fouten die liggen bij de aanvrager, foutieve gegevens van betrokken instanties enzovoort.

De plicht tot terugvordering rust op de zorgkassen, zij worden ter zake geresponsabiliseerd en dragen in principe de financiële verantwoordelijkheid bij niet tijdige terugvordering. Dit houdt een stimulans in voor de zorgkassen om tijdig terug te vorderen. Het houdt de zorgkassen ook alert om het aantal foutieve beslissingen zo laag mogelijk te houden. Niet in alle situaties echter draagt een zorgkas als enige schuld bij het niet kunnen recupereren van bedragen. Vandaar dat het aan de Vlaamse Regering overgelaten wordt om te bepalen welke instantie in de specifieke situaties verantwoordelijk is voor de niet teruggevorderde tegemoetkomingen.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden waaraan de beslissing tot terugvordering en de kennisgeving van die beslissing moeten voldoen. Zo kan de Vlaamse Regering bijvoorbeeld bepalen dat de kennisgeving van de terugvordering dient te gebeuren op een aangetekende manier.

De Vlaamse Regering zal ook bepalen in welke gevallen, in welke mate en onder welke voorwaarden de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen kan worden beperkt of kan worden afgezien van de terugvordering. De Vlaamse Regering kan daarbij rekening houden met allerlei elementen: de goede trouwe van de betrokkene, het feit dat het terug te vorderen bedrag buiten verhouding staat tot de kosten van de

terugvordering enzovoort. Het is aan de Vlaamse Regering om dit alles op een billijke manier te regelen.

De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen kunnen in voorkomend geval in mindering worden gebracht van toekomstige tegemoetkomingen die aan de betrokkene uitbetaald moeten worden. Dit is administratief eenvoudiger.

De terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen verjaart na twee jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de uitbetaling is gebeurd. Deze termijn is teruggebracht van drie jaar naar twee jaar ten opzicht van het decreet van 24 juni 2016 om zo enige coherentie met de Ziekteverzekeringswet te bewaren (zie artikel 174, 6° van de Ziekteverzekeringswet). Een aangetekende brieft stuit de verjaring.

De termijn van twee jaar wordt aangepast naar vijf jaar als de ten onrechte betaalde tegemoetkomingen verkregen werden door bedrieglijke handelingen of door valse of opzettelijk onvolledige verklaringen van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan administratief beroep aantekenen tegen de beslissingen van de zorgkas betreffende de terugvordering. De Vlaamse Regering regelt de administratieve beroepsprocedure. De administratieve beroepscommissie die de ingediende beroepen behandelt, is dezelfde commissie als diegene die de administratieve beroepen behandelt m.b.t. de zorgbudgetten (zie artikel 77 e.v.). Deze administratieve beroepsprocedure beoogt het aantal procedures voor de arbeidsrechtbanken te beperken.

Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure kan nog bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend worden. Deze 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.

## **Artikel 74**

Na een aantal bepalingen die in beginsel van toepassing zijn zowel op het zorgbudget, op de zorgtickets als op de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen, worden in een titel 2 van het tweede deel van het ontwerp van decreet bepalingen gebundeld met betrekking tot het zorgbudget.

In artikel 74 wordt de evaluatie verankerd van de drie zorgbudgetten met het oog op een toekomstige integratie van de drie tegemoetkomingen. Het is immers de bedoeling om te evolueren van de drie bestaande types zorgbudgetten naar één zorgbudget dat cash toegekend wordt en vrij besteedbaar is. Daarbij wordt bewaakt dat, naast de zorgzwaarte of het zorgprofiel van de gebruiker, de tegemoetkoming ook voor een deel rekening kan houden met de financiële draagkracht en gezinssamenstelling van de gebruiker, zoals dat op heden het geval is voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood).

De evaluatie vindt plaats drie jaar na inwerkingtreding van artikel 75, zijnde begin 2021.

### **Artikel 75**

In de artikelen 75 tot en met 80 worden de bepalingen met betrekking tot de zorgverzekering (nu 'zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden'), op enkele terminologische wijzigingen na, ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 42 t.e.m. 47). De bedoeling van het ontwerp van decreet is hier om de zorgverzekeringstegemoetkoming te consolideren.

### **Artikel 76**

Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden is een maandelijks forfaitaire tegemoetkoming die vrij besteed kan worden door de gebruiker. De bepalingen van artikel 76 werden overgenomen uit artikel 43 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, die op hun beurt werden geput uit artikel 3 en artikel 6 van het Zorgverzekeringsdecreet.

### **Artikel 77**

Dit artikel regelt de beslissingsprocedure, met inbegrip van de administratieve beroepsprocedure, betreffende het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en de vaststelling van het bedrag van de tegemoetkoming, dat door de Vlaamse Regering kan worden geïndexeerd. Voorheen waren deze bepalingen terug te vinden in artikel 44 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zelf overgenomen uit artikel 7 en 8 van het Zorgverzekeringsdecreet.

### **Artikel 78**

Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure kan de gebruiker, wanneer hij het niet eens is met de getroffen beslissing in zijn dossier, beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank. Dit was ook voorzien in artikel 45 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en daarvoor in artikel 8*bis* van het Zorgverzekeringsdecreet. Thans wordt wel voorzien in een beroepstermijn van drie maanden, in plaats van twee maanden. Dit geeft de gebruiker meer tijd om af te wegen en eventueel nieuwe elementen of dossierstukken aan te dragen. Deze termijn van drie maanden wordt ook gehanteerd bij het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en bij het basisondersteuningsbudget, zodat er hier uniformiteit is.

### **Artikel 79**

Dit artikel betreft de vaststelling van de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid. Deze bepalingen komen uit artikel 46 van het decreet van 24 juni 2016

houdende de Vlaamse sociale bescherming, zelf gebaseerd op artikel 9 van het Zorgverzekeringsdecreet.

De ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid worden vastgesteld aan de hand van een meetinstrument dat door de Vlaamse Regering wordt vastgesteld. Op heden wordt in beginsel beroep gedaan op de BEL-profielschaal maar ook hier zal de overstap gemaakt worden naar BelRAI, en meer bepaald de BelRAI-screener. In de regio Dendermonde loopt op heden een pilootproject met de BelRAI-screener. Het systeem moet de nodige garanties inhouden opdat de diagnose en indicatie op een uniforme, objectieve, kwaliteitsvolle en veilige manier gebeurt, ook hierop moet voldoende toezicht uitgeoefend worden.

### **Artikel 80**

Dit artikel regelt het tijdstip waarop het recht op een tegemoetkoming wordt geopend, de carentijd en de opschorting met verlies van rechten van de tegemoetkoming. Voorheen werd dit geregeld door artikel 47, overgenomen uit artikel 10 en 10*bis* van het Zorgverzekeringsdecreet.

De opschorting met verlies van rechten van de tegemoetkoming is nog steeds geregeld in artikel 10, §3 van het Zorgverzekeringsdecreet. Aan de Vlaamse Regering wordt de mogelijkheid gelaten om de bepalingen betreffende de opschorting met verlies van rechten van de tegemoetkoming buiten werking te stellen, wat zal gebeuren vanaf het ogenblik dat de budgetten dit toelaten.

Van de carentijd kan bij besluit van de Vlaamse Regering worden afgeweken. Dit kan worden toegepast in specifieke situaties, bijvoorbeeld voor palliatieve patiënten.

### **Artikelen 81 tot 87**

Door de Zesde Staatshervorming werd de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) (zie de huidige tekst van artikel 5, §1, II., 4°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen).

In de artikelen 81 tot en met 87 worden de bepalingen met betrekking tot de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (nu 'zorgbudget voor ouderen met een zorgnood'), nagenoeg ongewijzigd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 48 t.e.m. 54). De bedoeling van het ontwerp van decreet is hier om de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden te consolideren.

Artikel 85 bepaalt dat bij het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood een gebruiker of zijn vertegenwoordiger een feit dat leidt tot een daling van het zorgbudget, moet melden. In de praktijk gaat het hier vooral om meldingen van verkopen, erfenissen, enz. waardoor

het inkomen van de gebruiker sterk gestegen is. Ten gevolge hiervan zal de zorgkas de beslissing herzien. In het uitvoeringsbesluit wordt deze procedure verder geregeld. De zorgkas herziert de beslissing over de tegemoetkoming ambtshalve als nieuwe gegevens aanleiding geven tot een wijziging van het bedrag van de tegemoetkoming.

Nieuw ten opzichte van artikel 52 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, is de toevoeging in artikel 85 van een administratieve beroepsmogelijkheid voor de gebruiker tegen beslissingen van de zorgkas met betrekking tot de toekenning van een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Een derde paragraaf werd toegevoegd, naar analogie met de administratieve beroepsmogelijkheid in het kader van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. De administratieve beroepscommissie die de ingediende beroepen behandelt, is dezelfde commissie als diegene die de administratieve beroepen behandelt m.b.t. de andere zorgbudgetten. Beroep bij de arbeidsrechtbank blijft uiteraard mogelijk, na uitputting van de administratieve beroepsprocedure (zie artikel 86).

### **Artikelen 88 tot 91**

In de artikelen 88 tot en met 91 worden de bepalingen met betrekking tot het basisondersteuningsbudget overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 55 t.e.m. 58). De bedoeling van het ontwerp van decreet is hier om het basisondersteuningsbudget te consolideren.

### **Artikel 92**

Overeenkomstig artikel 60 van dit ontwerp van decreet wordt de zorgbehoefte van de gebruiker geëvalueerd aan de hand van BelRAI, ingevolge de afname van een indicatiestelling door een indicatiesteller.

In functie van de resultaten van de indicatiestelling van de gebruiker, op basis waarvan hij een bepaald zorgprofiel aangemeten krijgt, zullen zorgdoelstellingen worden opgemaakt in overleg met de gebruiker. Bij het realiseren van elk zorgdoel kunnen zorgaanbieders van verschillende disciplines betrokken zijn. Als er informele zorg aanwezig is, wordt ook van deze personen (mantelzorger) de ondersteuningsnood duidelijk geformuleerd en vertaald in zorgdoelen en bijhorende handelingen of acties. In complexe situaties kan er naast de regierol nood zijn aan zorgcoördinatie. De zorgcoördinatie wordt dan in eerste instantie opgenomen door de mantelzorger. Indien dat niet mogelijk is kan de zorgcoördinatie ook overgenomen worden door een professionele zorgaanbieder, steeds gekozen door de persoon met een zorgnood. In een beperkt aantal gevallen zal zorgcoördinatie niet volstaan en zal er nood zijn aan casemanagement. De vraag naar de ondersteuning door een casemanagement functie kan enkel gesteld worden door de zorgcoördinator van het zorgteam na voorafgaand overleg met de andere leden van het zorgteam. De inzet van een casemanagement-functie enkel kan bij personen met een bijzonder complexe zorgsituatie, waarbij het zorgteam bestaat uit een veelheid aan zorgaanbieders uit

verschillende disciplines die het casemanagement aanvragen en initiëren. Dit alles wordt verder geregeld in regelgeving die uitvoering zal geven aan de aanbevelingen van de Eerstelijnsconferentie.

De zorggebruiker kan op basis van de indicatiestelling overeenkomstig artikel 92 aanspraak maken op een zorgticket, dat het recht impliceert op financiering van (een bepaald aantal eenheden) zorg in door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen. Afhankelijk van het zorgprofiel van de gebruiker zal het dan gaan om residentiële ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie, thuiszorg of transmurale zorg of een combinatie daarvan. Zorg wordt aangeboden in functie van de zorgdoelen van de gebruiker.

Artikel 92 zal gefaseerd in werking treden na 1 januari 2019, op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum en dit op het ogenblik dat de tijdelijke bepalingen met betrekking tot de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf (artikel 137 e.v.) buiten werking zullen treden.

De Vlaamse Regering bepaalt voor elk zorgprofiel onder meer de samenstelling, de omvang en de berekeningswijze van de zorgtickets, de erkende zorgvoorzieningen en de zorg waaraan de zorgtickets kunnen worden besteed en de nadere voorwaarden waaronder de zorgtickets worden toegekend. Er zal ook een mogelijkheid worden voorzien voor tijdelijke erkenning van innovatieve zorgvormen. De "nadere voorwaarden waaronder de zorgtickets kunnen worden toegekend" betreffen voornamelijk de praktische afwikkeling van de toekenning van de zorgtickets.

Het de bedoeling is om de Vlaamse sociale bescherming meer 'pijleroverschrijdend' te benaderen in het licht van een meer geïntegreerde zorg. Dit zal gefaseerd gerealiseerd worden. Het onderscheid tussen de pijlers zal niet dadelijk verdwijnen. Het feit dat er nog geen uniek inschalingsinstrument is zoals de BelRAI maakt duidelijk dat er een gefaseerde aanpak nodig is.

Op basis van een zorgticket maakt de gebruiker in kwestie aanspraak op een tegemoetkoming, maar wel via een trekkingsrecht, dat hij kan aanwenden voor het financieren van erkende zorg naar keuze. Het gaat om het recht op een rechtstreekse betaling van de tegemoetkoming door de zorgkas aan de erkende zorgvoorziening(en) van zijn keuze, die zorg verleent aan de gebruiker. Dat vormt dan ook het fundamentele onderscheid tussen zorgbudgetten en zorgtickets. Goede informatie over de mogelijkheden en een gedigitaliseerd zorgplan dat in overleg tussen gebruiker en zorgactoren wordt opgemaakt, garandeert dat de zorg afgestemd is op de noden en levensdoelen van de gebruiker die maximaal de regie in handen houdt bij het maken van vrije keuzes binnen het erkende zorgaanbod.

Rekening houdend met de aanspraken die de gebruiker maakt op een aantal eenheden zorg, betaalt de zorgkas de nodige bedragen uit aan de zorgvoorziening via een derdebetalersregeling.



Conform het Regeerakkoord zullen ook pilootprojecten worden opgezet om na te gaan of een gehele of gedeeltelijke uitbetaling van het zorgticket in cash aan de persoon met een zorgnood, een meerwaarde kan bieden op het vlak van eigen regie van de zorg. Deze projecten zullen betrekking hebben op thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Daarbij wordt ook nagegaan wat de noodzakelijke randvoorwaarden zijn.

Op basis van de evaluatie van deze pilootprojecten zal de Vlaamse Regering, onder de door haar bepaalde voorwaarden en in de door haar omschreven gevallen, vervolgens bepalen dat de zorgtickets door de zorgkas rechtstreeks kunnen worden uitbetaald aan de persoon met een zorgnood. Deze kan hiermee erkende zorg inkopen en dus financieren. Dit vergt uiteraard ook een controle op de besteding, die verder ook door de Vlaamse Regering moet worden uitgewerkt.

### **Artikel 93**

Ook deze bepaling zal, net zoals de artikelen 94 t.e.m. 98, in werking treden na 1 januari 2019, op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum en dit op het ogenblik dat de tijdelijke bepalingen met betrekking tot de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf (artikel 137 e.v.) buiten werking zullen treden.

Op basis van deze bepaling kan aan gebruikers aan wie zorg wordt verleend in het kader van de pijlers residentiële ouderenzorg, thuiszorg, revalidatie, geestelijke gezondheidszorg en transmurale zorg, een gebruikersbijdrage worden aangerekend. Het gaat hier om een (beperkte) eigen bijdrage van de gebruiker in zorgkosten.

In voorkomend geval kan het tarief van de gebruikersbijdrage worden vastgelegd bij besluit van de Vlaamse Regering. Waar nodig, blijven aangepaste systemen per pijler mogelijk. Het kan daarbij ook gaan om een systeem waarbij tarieven vrij worden bepaald maar onderworpen worden aan een prijzencontrole op basis van transparante evaluatiecriteria, zoals dat op heden het geval is voor de woonzorgcentra. Om te voorkomen dat de aanrekening van een gebruikersbijdrage aan bepaalde gebruikers de toegang tot zorg zou verhinderen, kunnen sociale correcties worden toegepast (vb. diensten gezinszorg waar dit vandaag al het geval is). Daarbij wordt dan rekening gehouden met de financiële draagkracht van de gebruiker. Er kan bovendien ook rekening worden gehouden met de specificiteit van bepaalde pijlers of zorgvoorzieningen.

Naast een gebruikersbijdrage, heeft de tweede paragraaf van artikel 93 betrekking op de aanrekening aan de gebruiker van een bijdrage voor woon- en leefkosten, die in principe ten laste vallen van de gebruiker. Ook hier zal voorzien worden in een regelgevend kader met het oog op de financiële toegankelijkheid van de zorg, dat de precieze omschrijving van de woon- en leefkosten nader zal moeten bepalen en waarbij bestaande regelingen voor sociale correcties en vrijstellingen voor bepaalde doelgroepen worden behouden.

In paragraaf 5 van artikel 93 wordt bepaald dat er voor de toepassing van de maximumfactuur en van het statuut chronische aandoening de wil is om een

samenwerkingsakkoord sluiten met de federale overheid. Met deze paragraaf wordt de basis gevormd om de huidige regelingen inzake de maximumfactuur en het statuut chronische aandoening te kunnen continueren.

### **Artikelen 94 tot 96**

Artikel 94 vormt de decretale basis voor de steekproefsgewijze controles van de zorgkassen op de aanrekening door zorgvoorzieningen van de gebruikersbijdragen en de bijdragen voor woon- en leefkosten. Het betreft een continuering door de zorgkassen van een rol die momenteel op dat vlak wordt opgenomen door ziekenfondsen.

Op grond van artikel 95 en 96 van het ontwerp van decreet kunnen maatregelen en sancties worden opgelegd indien bij controles door de zorgkassen systematische afwijkingen worden vastgesteld bij de aanrekening van de gebruikersbijdragen of woon- en leefkosten.

Zo kan op grond van artikel 95 de erkenning van de betreffende zorgvoorziening worden geschorst of worden ingetrokken naargelang het geval door het daartoe bevoegde agentschap of door de bevoegde minister. Zo is het de bevoegde minister zelf die een beslissing neemt over de schorsing of de intrekking in gevallen waarin het advies van de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers afwijkt van het voornemen of de beslissing van het bevoegde agentschap. Tegen de beslissing tot schorsing of intrekking van de erkenning kan beroep worden aangetekend bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers. Na uitputting van die bezwaarprocedure, kan dan vervolgens beroep worden aangetekend bij de Raad van State

Naast de intrekking of schorsing van de erkenning de zorgvoorziening, kan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming ook een administratieve geldboete opleggen die gelijk is aan driemaal het bedrag van de overschrijding van de aan te rekenen gebruikersbijdrage of woon- en leefkost, met een minimum van 125 euro. Tegen de beslissing tot oplegging van de geldboete kan beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

### **Artikelen 97 en 98**

Bij besluit van de Vlaamse Regering zullen ook modaliteiten worden bepaald in het kader van de facturatie door voorzieningen van gebruikersbijdragen en bijdrage voor woon- en leefkosten aan gebruikers.

Zo zal onder meer worden bepaald uit welke componenten de facturen moeten bestaan, wat belangrijk is in het kader van het streven naar transparantie.

De zorgkassen zien steekproefsgewijs toe op de naleving door zorgvoorzieningen van de opgelegde voorwaarden en procedures voor facturatie. Deze controles gebeuren automatisch zodra de ICT het toelaat.

In artikel 98 van het ontwerp van decreet wordt vervolgens voorzien in een sancties wanneer bij controles blijkt dat systematische tekortkomingen worden vastgesteld in het kader van de naleving van de opgelegde facturatievoorwaarden en – procedures. Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming kan aan de betreffende zorgvoorziening een administratieve geldboete opleggen, waarvan het minimum niet onder 125 euro en het maximum niet boven 500 euro mag liggen. Dat bedrag wordt verdrievoudigd telkens wanneer de zorgvoorziening opnieuw een gelijkaardige inbreuk begaat binnen een termijn van drie jaar. Tegen de beslissing tot oplegging van de geldboete kan beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

### **Artikel 99**

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

Het betreft hier een verbod op de opname op de gebruikersfactuur van de door de zorgvoorzieningen opgelopen sancties of financiële maatregelen en dus een verbod op de rechtstreekse facturatie aan de gebruiker.

### **Artikelen 100 en 101**

Artikel 100 van het ontwerp van decreet is gebaseerd op artikel 136, §1 van de Ziekteverzekeringswet en betreft het territorialiteitsbeginsel, dat met deze bepaling ook van toepassing wordt gemaakt op de financiering van zorg in het kader van dit ontwerp van decreet.

Uitgangspunt is dat zorgtickets niet worden toegekend indien de gebruiker zich niet werkelijk bevindt in Vlaanderen of in de Vlaamse voorzieningen in Brussel of indien de zorg niet is verleend in Vlaanderen of in de Vlaamse voorzieningen in Brussel.

Op dit principe kunnen uitzonderingen bestaan, en dit op grond van internationale regelgeving dan wel op grond van voorwaarden, bepaald door de Vlaamse Regering, of op grond samenwerkingsakkoorden met andere deelstaten.

Zoals reeds uiteengezet in de algemene toelichting, hebben personen die buitenlands sociaal verzekerd zijn op basis van Europese regelgeving in bepaalde gevallen evenwel recht op zorg verleend in België en dus in Vlaamse voorzieningen. Omgekeerd hebben Belgisch sociaal verzekerden op basis van deze regelgeving in bepaalde gevallen ook recht op zorg in het buitenland. Het gaat dan over de toepassing van de verordening 883/2004

(coördinatieverordening) en de patiëntenrichtlijn (richtlijn 2011/24/EU). In sommige gevallen is wel een voorafgaande toestemming vereist, die dan wordt verleend door de zorgkas na bindend advies van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg.

Op basis van de tweede paragraaf van artikel 100 is het ook mogelijk voor de Vlaamse Regering om te contracteren met buitenlandse voorzieningen, waar VSB-verzekerden dan terecht zouden kunnen voor zorg. Zo kan bijvoorbeeld een beroep worden gedaan op expertise waarover een Nederlandse revalidatievoorziening beschikt en die in Vlaanderen (nog) niet aanwezig is, indien de behandeling in kwestie voor bepaalde mensen absoluut aangewezen is.

Met paragraaf 2 wordt ook beoogd dat iemand, naar analogie met zorg in het buitenland, ook zorg kan genieten over de deelstaatgrenzen heen, in andere dan Vlaamse voorzieningen, maar dit evenwel binnen de strikte voorwaarden die bij besluit van de Vlaamse Regering zullen worden bepaald. Zo kunnen beperkingen worden opgelegd of mechanismes van toestemming worden voorzien.

Tegen de beslissingen van de zorgkas in het kader van buitenlandse zorg kan beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank overeenkomstig artikel 101 van het ontwerp van decreet. Met het beroep tegen de zorgkas wordt meteen ook beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Expertencommissie, die mee wordt betrokken in het verweer voor de arbeidsrechtbank. De zorgkas heeft immers een beslissing genomen na eensluidend advies van de Expertencommissie gespecialiseerde zorg.

## **Artikel 102**

Naast de zorgbudgetten en de zorgtickets kan een VSB-verzekerde, indien nodig, ook aanspraak maken op een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen.

Mobiliteitshulpmiddelen zijn hulpmiddelen, bedoeld om de bewegingsfunctie van gebruikers te ondersteunen. Het gaat dan over rolstoelen, loophulpmiddelen, orthopedische driewiel fietsen, stasystemen, zitkussens ter preventie van doorzitwonden, modulair aanpasbare systemen ter ondersteuning van de zithouding en onderstellen en hun aanpassingen.

Zoals reeds vermeld, worden de mobiliteitshulpmiddelen reeds vanaf 1 januari 2019 ingekanteld in het VSB-verzekeringsmodel, tegelijkertijd met de woonzorgcentra, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf. Waar met betrekking tot de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf gekozen wordt voor het behoud van het huidige financieringssysteem (mits enkele vereenvoudigingen en een digitalisering van gegevensstromen), zal voor de mobiliteitshulpmiddelen al verder gegaan worden dan het garanderen van de continuïteit. Er zullen onmiddellijk een aantal hervormingen worden doorgevoerd, zoals o.a. de invoering (en uitbreiding) van de mogelijkheden van renting en hergebruik.

Tot aan de inwerkingtreding van deze bepalingen op 1 januari 2019 is de dienstverlening inzake de mobiliteitshulpmiddelen ondergebracht zowel bij het RIZIV (ziekteverzekering) als bij het VAPH. Momenteel is de vergoeding van de mobiliteitshulpmiddelen die overgeheveld worden uit de ziekteverzekering bestemd voor elk individu met een definitieve beperking van zijn mobiliteit, ongeacht de leeftijd. Daarnaast verleent het VAPH op dit moment aanvullende tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen aan de doelgroep van personen met een handicap die voor hun 65 jaar erkend werden door het VAPH. De vergoeding vanuit het VAPH heeft bijvoorbeeld betrekking op een 2de (manuele) rolstoel of onderhouds- en herstellingskosten.

Beide budgetten worden vanaf 2019 geïntegreerd. De vergoeding voor mobiliteitshulpmiddelen die nu nog door het VAPH wordt ten laste genomen, zal samen met de ziekteverzekeringstegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen worden geïntegreerd in de Vlaamse sociale bescherming. De zorgkassen zullen ook hier fungeren als uniek loket.

Door de inkanteling van de mobiliteitshulpmiddelen in de Vlaamse sociale bescherming zal de bestaande leeftijdsdiscriminatie (VAPH) worden weggewerkt. Zo zullen ook personen die ouder zijn dan 65 jaar aanspraak kunnen maken op een tussenkomst voor aanpassingen aan elektronische rolstoelen (bijkomende tegemoetkoming), voor onderhoud, herstellingen en aanpassingen, voor een tweede manuele rolstoel of voor een rolstoel die niet is opgenomen op de lijst met erkende rolstoelen. Dat is op heden niet het geval.

Dit alles zal geen impact hebben op de budgetten voor de doelgroep van personen met een handicap (op heden ondergebracht bij het VAPH). De budgetten die momenteel voorzien worden voor deze doelgroep blijven hiervoor bestemd en groeien mee met de evolutie van deze doelgroep.

Het leeftijdsonafhankelijk maken van mobiliteitshulpmiddelen gebeurt met andere woorden door herschikkingen binnen het budget leeftijdsonafhankelijke hulpmiddelen (RIZIV), onder meer m.b.t. hergebruik van mobiliteitshulpmiddelen.

Artikel 102 van het ontwerp van decreet bepaalt dat de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen worden uitbetaald door middel van trekkingsrechten. Gebruikers maken in voorkomend geval dus aanspraak op een rechtstreekse betaling van een tegemoetkoming door de zorgkas aan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

### **Artikel 103**

In artikel 103 van het ontwerp van decreet wordt het onderscheid gemaakt tussen tegemoetkomingen voor de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen enerzijds en

tegemoetkomingen in de vorm van periodieke huurforfaits anderzijds. Bij besluit van de Vlaamse Regering zal worden bepaald in welke gevallen een gebruiker recht heeft op een tegemoetkoming voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel en in welke gevallen hij recht heeft op een periodiek huurforfait.

Doelstelling is om van renting en hergebruik de regel te maken en ernaar te streven om van het eigendomsrecht eerder een uitzondering te maken. Dat systeem moet onder meer de tweedehandsverkoop van mobiliteitshulpmiddelen, gesubsidieerd door de overheid, ongedaan maken.

Het systeem van renting in de woonzorgcentra bestaat op heden al en blijft behouden.

Het systeem wordt uitgebreid naar de thuiszorg of naar andere woonvormen, in het bijzonder voor personen die niet erkend zijn als persoon met een handicap. Het gaat hier om personen van meer dan 65 jaar die nood hebben aan een manuele rolstoel. Voor de personen met een handicap en ernstige beperkingen, die nood hebben aan een meer individueel aangepaste rolstoel wordt, blijvend voorzien in de mogelijkheid van eigendomsrecht. Het betreft mobiliteitshulpmiddelen met een lange gebruiksduur of die vaak op maat aangepast worden aan individuele noden. Het recupereren van deze hulpmiddelen zal in de meeste gevallen niet meer mogelijk zijn als er een goed beleid wordt gevoerd inzake hernieuwingstermijnen (bijv. van vier naar zes jaar mits mogelijkheid tot individuele uitzondering).

Voorafgaand aan de aanvraag van een elektronische rolstoel, kan ook een periode van renting van een manuele rolstoel worden voorzien. Dit kan belangrijk zijn voor niet gestabiliseerde situaties.

Renting zal ook worden voorzien in het kader van snel degeneratieve aandoeningen, gezien de snel evoluerende noden van de betrokken personen. Voor deze personen kunnen alle types rolstoelen, zowel manueel als elektronisch flexibel op het juiste moment ingezet worden door dit huursysteem.

Bij besluit van de Vlaamse Regering wordt bepaald op welke wijze de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen worden geïndexeerd.

#### **Artikel 104**

Artikel 104 vormt de decretale basis voor wat vandaag bepaald is in de "nomenclatuur", d.i. artikel 28, §8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 12 januari 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

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

- het gebruiksdoel van de mobiliteitshulpmiddelen;
- de functionele specificaties van de mobiliteitshulpmiddelen;
- de hernieuwingscriteria voor de verschillende mobiliteitshulpmiddelen;
- de vergoedingscriteria voor het mobiliteitshulpmiddel, het uitproberen van het mobiliteitshulpmiddel en de aanpassingen aan het mobiliteitshulpmiddel;
- de mogelijke cumulaties van mobiliteitshulpmiddelen;
- de vergoedingscriteria voor onderhoud en herstelling.

Wat de hernieuwingscriteria betreft, zal voorzien worden dat afwijkingen van vastgelegde hernieuwingstermijnen mogelijk moeten zijn in welbepaalde gevallen.

Het uitproberen van mobiliteitshulpmiddelen heeft betrekking op een periode van "testing" die zal worden ingevoerd voorafgaand aan de aankoop van een elektronische rolstoel, ingeval van een eerste aanvraag. De test moet de nood en de mogelijkheid tot effectief gebruik door de gebruiker van de elektronische rolstoel in kaart brengen. De betrokken indicatiestellers moeten de resultaten krijgen van de testing, zodat deze mee een rol kunnen spelen bij de indicatiestelling. De test kan onder meer een rijvaardigheidstest inhouden, maar de elektronische rolstoel kan ook enkele weken effectief worden uitgetest in de leefomgeving van de gebruiker. Indien nodig, moeten diverse rolstoelen kunnen worden getest.

Met het oog op het garanderen van de continuïteit met betrekking tot het mobiliteitshulpmiddelenbeleid, zal de bestaande nomenclatuur in beginsel zonder noemenswaardige wijzigingen worden overgenomen in het besluit van de Vlaamse Regering. Bij de overname zal wel reeds rekening moeten worden gehouden met de reeds door te voeren hervormingen (bv. renting) en met eventuele vereenvoudigingen die onmiddellijk kunnen worden aangebracht. Doelstelling is om de nomenclatuur op termijn verder te vereenvoudigen.

## **Artikel 105**

De omvang van de tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen 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.

De beperking van de mobiliteit van gebruikers wordt geëvalueerd aan de hand van het instrument ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) door indicatiestellers. Zowel de behandelende arts als de gespecialiseerde multidisciplinaire teams, rolstoeladviesteams genoemd, (voor complexere hulpmiddelen) kunnen fungeren als indicatiesteller in het kader van de pijler mobiliteitshulpmiddelen. Vervolgens wordt dan

de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen ingeschakeld om deze noden te vertalen in een aangepast mobiliteitshulpmiddel dat voldoet aan de nodige functionaliteiten en wensen van de gebruiker.

Bij besluit van de Vlaamse Regering zal, zoals ook bepaald was voor de indicatiestellingen in het kader van de zorgtickets, voorzien worden in erkenningsvoorwaarden en -procedures voor indicatiestellers. De Vlaamse Regering bepaalt daarnaast ook de voorwaarden waaronder de indicatiesteller wordt vergoed voor het afnemen van indicatiestellingen.

Gebruikers met een snel degeneratieve aandoening hebben, eens ze een eerste indicatiestelling achter de rug hebben, niet steeds een nieuwe indicatiestelling nodig bij elke overschakeling naar een nieuw mobiliteitshulpmiddel. Gezien de snel evoluerende noden van deze doelgroep, kunnen die mobiliteitshulpmiddelen elkaar immers snel opvolgen. Ingeval de nood aan een ander mobiliteitshulpmiddel zich voordoet, kan de gebruiker zelf een gemotiveerde aanvraag indienen en kan hij zich in het kader van de motivering van zijn aanvraag laten bijstaan door specifieke gebruikersorganisaties, zoals bijvoorbeeld de ALS-liga.

Bij de overschakeling van een manuele naar een elektrische rolstoel, zal wel een nieuwe indicatiestelling vereist zijn.

### **Artikelen 106 tot 109**

Naast a priori controles op indicatiestellingen en op de beoordeling van het vereiste hulpmiddel door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de aanvraag van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen (zie hieronder, artikel 123 m.b.t. procedure), wordt de Zorgkassencommissie, ook wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, belast met a posteriori controles (steekproefsgewijs). De controles worden aangestuurd door het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, dat onder meer de selectiecriteria kan bepalen op basis waarvan de controles worden uitgevoerd.

De Vlaamse Regering bepaalt de procedure voor de bewaking van de kwaliteit, de correctheid, de objectiviteit, de gelijke behandeling en de uniformiteit betreffende de afname van indicatiestellingen en de evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt. Gebruikers zullen ook in de mogelijkheid zijn om klachten in het kader van de afname van indicatiestellingen of in het kader van de evaluatie van het mobiliteitshulpmiddel of klachten met betrekking tot de daarop uitgevoerde controles te melden bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

Indicatiestellers kunnen op grond van artikel 107 worden verplicht om een remediëringstraject te volgen indien wordt vastgesteld dat zij indicatiestellingen op foutieve wijze afnemen.



Indien blijkt dat indicatiestellers de indicatiestellingen op systematische wijze verkeerd afnemen, kan de erkenning van de betreffende arts of het betreffende rolstoeladviesteam als indicatiesteller worden geschorst of worden ingetrokken (artikel 108). Het gaat hier om een sanctie die slechts in zeer uitzonderlijk gevallen van manifest misbruik zal worden toegepast.

Tegen de beslissing tot schorsing of intrekking van de erkenning kan beroep worden aangetekend bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers. Na uitputting van die bezwaarprocedure, kan dan vervolgens beroep worden aangetekend bij de Raad van State

Naast de intrekking of schorsing van de erkenning als indicatiesteller, kan het Agentschap voor Vlaamse Sociale bescherming op basis van artikel 109 ook een administratieve geldboete opleggen, waarvan het minimum niet onder 500 euro en het maximum niet boven 5.000 euro mag liggen. Tegen de beslissing tot oplegging van de geldboete kan beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

Ook indien wordt vastgesteld dat verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen systematisch een verkeerde evaluatie maakt van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen, zijn sancties voorzien (zie de artikel 121 en 122).

## **Artikel 110**

Naast de nomenclatuur wordt op heden ook gewerkt met een lijst van erkende mobiliteitshulpmiddelen. De lijst van erkende mobiliteitshulpmiddelen is bedoeld om duidelijkheid, prijszekerheid en transparantie in de markt van mobiliteitshulpmiddelen en vergoede producten te garanderen. Op dit vlak wordt de continuïteit in 2019 gegarandeerd, met de intentie om de lijst op termijn, waar mogelijk, te vereenvoudigen. Deze lijst is belangrijk voor alle professionele actoren, maar ze is ook toegankelijk en vrij te consulteren voor de eindgebruikers en hulpverleners.

Er is duidelijk bepaald welke mobiliteitshulpmiddelen erkend zijn en dus voor vergoeding in aanmerking komen, maar ook de aanpassingen die erkend zijn bij elk mobiliteitshulpmiddel worden duidelijk opgelijst. Daarnaast bevatten de lijsten prijsinformatie, transparant gepresenteerd: de marktprijs van het mobiliteitshulpmiddel en elke aanpassing, de vergoedingstarieven en eventueel de gebruikersbijdrage/supplement indien de gebruiker niet kiest voor een volledig vergoed hulpmiddel. Dit is verplicht toe te passen door de erkende leverancier.

De lijst van voor vergoeding aangenomen producten wordt opgemaakt volgens de door de Vlaamse Regering te bepalen voorwaarden en procedures en overeenkomstig de door de Vlaamse Regering te bepalen aannemingscriteria, die onderling kunnen verschillen naargelang ze betrekking hebben op de aankoop dan wel op de huur van mobiliteitshulpmiddelen. Het is de bedoeling om de lijst sterk te vereenvoudigen.

## **Artikel 111**

Met de lijst van voor vergoeding aangenomen producten liggen de tarieven vast die door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen mogen worden aangerekend. De tarieven worden rechtstreeks aangerekend aan de zorgkassen ten belope van de omvang van de tegemoetkoming waarop de gebruiker recht heeft in functie van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor hij in aanmerking komt. De zorgkassen betalen de tegemoetkomingen vervolgens uit aan de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen via een derdebetalersregeling.

Indien het gaat over een mobiliteitshulpmiddel dat niet volledig wordt vergoed, factureert de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen het supplement, zijnde het verschil tussen het aan te rekenen tarief en de tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen, aan de gebruiker.

Het supplement is te onderscheiden van de gebruikersbijdrage die, analoog aan de gebruikersbijdrage in het kader van de zorgtickets, kan worden aangerekend aan de gebruiker. Op de gebruikersbijdrage kunnen sociale correcties worden toegepast, rekening houdend met de financiële draagkracht van de gebruiker en diens gezinssituatie. Zo zal een onderscheid gemaakt worden naargelang een gebruiker al dan niet recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de Ziekteverzekeringwet.

## **Artikelen 112 tot 114**

Artikel 112 vormt de decretale basis voor de controles van de zorgkassen op de aanrekening door verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen van de hierboven genoemde tarieven en gebruikersbijdragen en op de aflevering.

Op grond van de artikelen 113 en 114 van het ontwerp van decreet kunnen maatregelen en sancties worden opgelegd indien bij controles door de zorgkassen systematische afwijkingen worden vastgesteld bij de aanrekening van de tarieven of gebruikersbijdragen.

Zo kan op grond van artikel 113 de machtiging van de erkende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, verleend overeenkomstig artikel 119, worden geschorst of worden ingetrokken. Tegen de beslissing tot schorsing of intrekking van de machtiging kan beroep worden aangetekend bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers. Na uitputting van die bezwaarprocedure, kan dan vervolgens beroep worden aangetekend bij de Raad van State

Naast de intrekking of schorsing van de machtiging de erkende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, kan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming overeenkomstig artikel 114 ook een administratieve geldboete opleggen die gelijk is aan driemaal het bedrag van de overschrijding van de aan te rekenen tarieven of

gebruikersbijdragen, met een minimum van 125 euro. Tegen de beslissing tot oplegging van de geldboete kan beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

### **Artikel 115**

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

Het betreft hier een verbod op de opname op de gebruikersfactuur van de door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen opgelopen sancties of financiële maatregelen en dus een verbod op de rechtstreekse facturatie aan de gebruiker.

### **Artikel 116**

Elke gebruiker met een beperking van de mobiliteit komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel. De beperking van de mobiliteit moet wel van definitieve aard zijn of minstens gelijk zijn aan de vastgelegde hernieuwingstermijnen.

Op basis van paragraaf twee van artikel 116 kunnen bij besluit van de Vlaamse Regering bijkomende voorwaarden worden bepaald waaraan gebruikers moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming voor een bepaald mobiliteitshulpmiddel. Zo kan het recht op een tegemoetkoming voor een tweede (manuele) rolstoel bijvoorbeeld worden beperkt tot welbepaalde gevallen.

In bepaalde gevallen zal een gebruiker niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen (zie paragraaf drie). Te denken valt bijvoorbeeld aan gebruikers die verblijven in een ziekenhuis. De verzekeringstegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel kan wel bij uitzondering in een ziekenhuis worden toegekend bij het bekend zijn van de ontslagregeling van de gebruiker of in het kader van een revalidatieplan dat dit ontslag voorbereidt.

### **Artikel 117**

Elke gebruiker die woont of werkt in Brussel en die vrijwillig is aangesloten bij een zorgkas (Brusselaars, inkomende en uitgaande grensarbeiders, EU-Walen) kan een tegemoetkoming aanvragen voor mobiliteitshulpmiddelen bij zijn zorgkas indien hij voldoet aan de voorwaarden en de procedures, bepaald overeenkomstig dit ontwerp van decreet.

Dat heeft tot gevolg dat er categorieën van personen zullen zijn die de keuze hebben tussen een tegemoetkoming in het kader van de Vlaamse sociale bescherming enerzijds en een tegemoetkoming verleend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad anderzijds. Een cumulverbod verhindert in deze gevallen dat een gebruiker die een tegemoetkoming aanvraagt of ontvangt overeenkomstig de door de

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bepaalde reglementering, daarbovenop nog aanspraak zou maken op een VSB-tegemoetkoming.

Gebruikers die in het verleden opteerden voor een tegemoetkoming van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, kunnen bij de aanvraag van een tegemoetkoming voor een nieuw mobiliteitshulpmiddel wel opnieuw overschakelen naar de Vlaamse sociale bescherming.

In het kader van de uitvoering van het bovenstaande, wordt er tussen de Vlaamse Gemeenschap en de andere bevoegde deelstaten een samenwerkingsakkoord gesloten, dat onder meer betrekking heeft op de uitwisseling van gegevens betreffende de door gebruikers aangevraagde of de aan gebruikers toegekende tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen en op de financiering van de in Brussel toegekende tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen.

### **Artikel 118**

Analoog aan artikel 100 voor de zorgtickets, baseert artikel 118 zich ook op artikel 136, §1 van de Ziekteverzekeringwet. Tegemoetkomingen worden in beginsel geweigerd indien gebruikers zich niet wenden tot verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen die gemachtigd zijn om mobiliteitshulpmiddelen te verstrekken op grond van artikel 119 (en dus voldoen aan de bijkomende, door de Vlaamse Regering opgelegde voorwaarden).

Op dit principe kunnen, ook wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, uitzonderingen bestaan, en dit op grond van internationale regelgeving dan wel op grond van voorwaarden, bepaald door de Vlaamse Regering. Te denken valt aan de toepassing van Europese regelgeving, zoals de patiëntenrichtlijn (richtlijn 2011/24/EU).

### **Artikel 119**

Gebruikers wenden zich voor een mobiliteitshulpmiddel tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van hun keuze. Ook in geval van huur moet de vrije keuze van verstrekker gegarandeerd blijven.

Verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen zijn paramedici in de zin van (artikel 70 van) de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De erkenningen van paramedici worden verleend door de gemeenschappen op grond van en met respect voor de federale erkenningsnormen.

Met behoud van bovenstaande erkenningsplicht wordt met artikel 119 voorzien in de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om bijkomende voorwaarden te bepalen waaraan verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen, en desgevallend de onderneming waar de verstrekker in dienst is, moeten voldoen opdat de verstrekkers gemachtigd zijn om mobiliteitshulpmiddelen te verkopen of te verhuren. Die bijkomende voorwaarden kunnen

betrekking hebben op de verplichting om bijscholingen te volgen, de verplichting om een derdebetalersregeling toe te passen, ... De voorwaarden, opgelegd overeenkomstig artikel 119 worden uiteraard bepaald met respect voor de federale regelgeving inzake de erkenning van gezondheidszorgberoepen.

Indien verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen zich willen richten op de zeer specifieke doelgroep van gebruikers met snel degeneratieve aandoeningen, kunnen ook bijkomende competenties worden vereist.

### **Artikel 120**

Naast de bijkomende voorwaarden waaraan verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen moeten voldoen opdat zij mobiliteitshulpmiddelen mogen verstrekken, kan de Vlaamse Regering voorwaarden en procedures voorzien betreffende de aanbidding, de levering en het onderhoud en herstel van de mobiliteitshulpmiddelen door erkende verstrekkers.

Zo kan vereist worden dat verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen bepaalde leveringstermijnen respecteren, dat ze de gebruiker informeren over bepaalde zaken, dat ze zich houden aan een vastgelegd format wat de facturatie aan de gebruiker betreft, dat ze garantievoorzwaarden naleven, ...

De zorgkassen worden belast met de controles in dit kader.

### **Artikelen 121 en 122**

Het ontwerp van decreet voorziet met artikel 121 en artikel 122 in maatregelen en sancties indien bij controles door de zorgkassen tekortkomingen worden vastgesteld in het kader van de overeenkomstig artikel 120 opgelegde voorwaarden en procedures of indien bij controles door de Zorgkassencommissie wordt vastgesteld dat de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen systematisch een verkeerde evaluatie maakt van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen (zie artikel 106).

Op basis van artikel 121 kan de machtiging van de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, verleend overeenkomstig artikel 119, worden geschorst of ingetrokken. Het gaat dan over de machtiging die de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen wordt verleend indien hij bovenop de federale erkenningsnormen voldoet aan de bijkomende, door de Vlaamse Regering bepaalde voorwaarden. Tegen de beslissing tot schorsing of intrekking van de machtiging kan beroep worden aangetekend bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers. Na uitputting van die bezwaarprocedure, kan dan vervolgens beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

Op basis van artikel 122 van het ontwerp van decreet kan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming in voorkomend geval ook een administratieve geldboete opleggen

aan de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en aan de onderneming waar de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in dienst is. Het bedrag van de administratieve geldboete bedraagt minimum 125 euro en maximum 500 euro. Dat bedrag wordt verdrievoudigd telkens wanneer de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen opnieuw een gelijkaardige inbreuk begaat binnen een termijn van drie jaar. Tegen de beslissing tot oplegging van de geldboete kan beroep worden aangetekend bij de Raad van State.

### **Artikel 123**

Gebruikers dienen hun aanvraag voor een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen in bij hun zorgkas die de aanvraag zal behandelen en uiteindelijk ook de beslissing zal nemen om de tegemoetkoming al dan niet toe te kennen.

De aanvraagprocedures worden verder uitgewerkt bij besluit van de Vlaamse Regering en zullen verschillend zijn naargelang de complexiteit van de hulpmiddel dat wordt aangevraagd. Bij de uitwerking van de verschillende aanvraagprocedures zal de Vlaamse Regering de bestaande kennisgevingsprocedure, basisprocedure en uitgebreide procedure geenszins volledig overboord gooien. Zo worden ook equivalenten voor het motiveringsrapport en voor het multidisciplinair functioneringsrapport voorzien.

In de door de Vlaamse Regering bepaalde gevallen zullen dossiers voor inhoudelijke controle worden voorgelegd aan de Zorgkassencommissie die dan een eensluidend advies verleend aan de zorgkas. De zorgkas zal met andere woorden gebonden zijn door het advies van de Zorgkassencommissie bij haar beslissing.

### **Artikel 124**

Tegen de beslissing van de zorgkas over de toekenning van een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen kan een gebruiker beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank. Met het beroep tegen de zorgkas wordt meteen ook beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, die mee wordt betrokken in het verweer voor de arbeidsrechtbank. De zorgkas is immers gebonden door het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie bij haar beslissing over de toekenning van de tegemoetkoming.

### **Artikel 125**

Artikel 125 en 126 hebben enkel betrekking op aanvragen van tegemoetkomingen voor de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen.

De zorgkas kan een forfaitaire tegemoetkoming toekennen aan een gebruiker die een ander mobiliteitshulpmiddel aanvraagt dan datgene waarvoor hij in aanmerking komt in functie van de indicatiestelling en van de door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen gemaakte evaluatie.

De keuzevrijheid van de gebruiker wordt zo maximaal gegarandeerd. De gebruiker krijgt steeds datgene waarop hij recht heeft, maar hij kan de keuze maken voor een ander mobiliteitshulpmiddel op de lijst. Ook op heden is dit mogelijk op basis van de bestaande nomenclatuur.

Daarnaast kan een gebruiker ook een tegemoetkoming aanvragen voor een mobiliteitshulpmiddel dat niet is opgenomen op de lijst. In voorkomend geval moet een aanvraag worden ingediend overeenkomstig artikel 126, gericht aan de Bijzondere Technische Commissie (zie hieronder).

## **Artikel 126**

Een gebruiker kan bij zijn zorgkas een aanvraag indienen op basis van bijzondere noden in de volgende gevallen:

- indien blijkt dat het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt, niet is opgenomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten;
- indien op basis van de specificiteit van de noden van de gebruiker in uitzonderlijke gevallen 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.

Aanvragen die worden ingediend op basis van artikel 126 worden, indien ze ontvankelijk zijn, voor beoordeling doorgestuurd naar de Bijzondere Technische Commissie (BTC), die een eensluidend advies verleent aan de zorgkas. Wat de controle betreft op de ontvankelijkheid van de dossiers, kan een beroep worden gedaan op de Zorgkassencommissie, die aan de hand van een marginale toetsing nagaat of de ingediende aanvragen voldoende gemotiveerd zijn. Op die wijze worden de manifest onhaalbare aanvragen onmiddellijk tegengehouden en wordt de Bijzondere Technische Commissie hiermee niet onnodig belast. Er moet immers over gewaakt worden dat de werklast van de Bijzondere Technische Commissie binnen welbepaalde, haalbare grenzen blijft.

Tegen beslissingen van de zorgkas kan door de gebruiker beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank. Met het beroep tegen de zorgkas wordt meteen ook beroep aangetekend tegen het eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie of, wat de ontvankelijkheid betreft, tegen de Zorgkassencommissie, die mee wordt betrokken in het verweer voor de arbeidsrechtbank. De zorgkas is immers gebonden door het eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie of de Zorgkassencommissie bij haar beslissing over de toekenning van de tegemoetkoming.

Voorbeelden van gevallen waarin een tegemoetkoming kan worden voorzien zijn onder meer de op heden bestaande procedures 'maatwerk'.

Ten slotte kunnen ook innovatieve hulpmiddelen die nog niet op de lijst staan in een eerste fase via de BTC worden vergoed. De ervaring die op die manier wordt opgedaan, kan aanleiding geven tot het bijwerken van de lijsten.

### **Artikelen 127 en 128**

Artikel 127 en 128 hebben enkel betrekking op aanvragen van tegemoetkomingen in de vorm van een periodiek huurforfait.

Een periodiek huurforfait is een forfaitaire, periodieke tegemoetkoming in het kader van de verhuur van een mobiliteitshulpmiddel aan een gebruiker. Naast de huur van het betreffende mobiliteitshulpmiddel dekt het huurforfait ook andere, door de Vlaamse Regering bepaalde kosten. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan bepaalde onderhouds- en herstellingskosten.

De toekenning van een periodiek huurforfait kan slechts worden toegestaan op voorwaarde dat de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een huurovereenkomst afsluiten. Bij besluit van de Vlaamse Regering worden de verbintenissen bepaald die in elke huurovereenkomst moeten worden opgenomen en de opzeggingsmodaliteiten die op elke huurovereenkomst van toepassing zijn. Een model van huurovereenkomst wordt ter beschikking gesteld.

### **Artikel 129**

Om de stakeholders te betrekken bij het hulpmiddelenbeleid, wordt bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming een Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen opgericht.

Hoofdpdracht van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen, die beschikt over technisch-inhoudelijke expertise, zal zijn om advies te verstrekken met betrekking tot diverse aspecten inzake de ontwikkeling en de uitvoering van het mobiliteitshulpmiddelenbeleid. Zo zal de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen worden geraadpleegd voor advies in het kader van aanpassingen aan de lijst en in het kader van wijzigingen van de nomenclatuur.

De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen, waarin vertegenwoordigers zullen zetelen namens gebruikersverenigingen, verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen en gemandateerde verdelers van mobiliteitshulpmiddelen en industrie, (medische) experts, indicatiestellers, zorgkassen en het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

Bij besluit van de Vlaamse Regering worden ook de organisatie en de werkingsregelen van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen bepaald en het statuut en de vergoeding van de leden. De vergoeding kan zowel zitpenningen als onkostenvergoedingen omvatten.



## **Artikel 130**

Op basis van artikel 130 van het ontwerp van decreet zal de Bijzondere Technische Commissie worden opgericht. De Vlaamse Regering bepaalt de samenstelling, de organisatie en de werkingsregelen van de Bijzondere Technische Commissie (BTC) en kan voorwaarden opleggen inzake de expertise waarover de leden van de BTC dienen te beschikken.

Bij besluit van de Vlaamse Regering worden ook het statuut – met inbegrip van eventuele onverenigbaarheden - en de vergoeding van de leden van de BTC bepaald. De vergoeding kan zowel zitpenningen als onkostenvergoedingen omvatten.

Zoals bepaald in artikel 126 van het ontwerp van decreet, wordt de bijzondere technische commissie onder meer belast met de beoordeling van aanvragen van tegemoetkomingen op basis van bijzondere noden. Het gaat dan over (innovatieve) mobiliteitshulpmiddelen die niet zijn opgenomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten of mobiliteitshulpmiddelen waarvoor omwille van bijzondere en uitzonderlijke omstandigheden een bijkomende tegemoetkoming verantwoord is of een afwijking van de voorwaarden mogelijk moet zijn. De BTC verleent in voorkomend geval eensluidende adviezen aan de zorgkas, die de beslissing neemt over de toekenning van de tegemoetkoming. De BTC kan (positieve) adviezen verlenen ten belope van een door de Vlaamse Regering te bepalen aandeel van de voor de financiering van mobiliteitshulpmiddelen vastgelegde begrotingskredieten.

Periodiek zal de BTC verslag uitbrengen aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen over de door haar behandelde aanvragen. Die verslagen worden vervolgens door de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen in acht genomen bij het opstellen van haar voorstellen tot aanpassing van de lijst of tot wijziging van de nomenclatuur. Door de ontwikkeling van deze iteratieve procedure kan kort op de bal worden gespeeld en kan innovatie snel zijn ingang vinden. Innovatieve hulpmiddelen kunnen via de BTC- procedure in de praktijk worden uitgetest en geëvalueerd, waarna ze al dan niet op de lijsten worden opgenomen.

## **Artikel 131**

De Vlaamse Regering kan de voorwaarden en de procedure vastleggen voor de erkenning en de subsidiëring van een kenniscentrum voor mobiliteitshulpmiddelen. Verder onderzocht wordt in welke mate hiervoor kan worden samengewerkt tussen deelstaten en in welke mate dit centrum kan fungeren als kenniscentrum voor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid in het algemeen.

Als er een kenniscentrum zou worden erkend en gesubsidieerd, zou het onder meer belast worden met de volgende taken:

- het verzamelen van kennis over mobiliteitshulpmiddelen en het analyseren ervan;
- het adviseren van de overheid en haar adviserende organen over alle aspecten van mobiliteitshulpmiddelen;
- het organiseren van marktbevragingen met het oog op het detecteren van de beste prijs/kwaliteitverhouding;
- het systematisch uitvoeren van internationale prijsvergelijkingen met gelijkaardige producten;
- het opvolgen van recente ontwikkelingen en innovaties in de sector, ook internationaal;
- het informeren van alle betrokken actoren.

## **Artikel 132**

De financiering in het kader van de Vlaamse sociale bescherming valt uiteen in een onderdeel zorggebonden financiering enerzijds en in een onderdeel organisatiegebonden financiering anderzijds. Daar deel 2 van voorliggend ontwerp van decreet betrekking heeft op de zorggebonden financiering, bevat deel 3 een aantal bepalingen die betrekking hebben op de organisatiegebonden financiering.

In artikel 132 wordt de organisatiegebonden financiering gedefinieerd als een bijdrage aan uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van zorgvoorzieningen, onafhankelijk van de individuele zorgbehoefte van de gebruikers.

De organisatiegebonden financiering vormt geen bijkomende financiering ten opzichte van de financiering die zorgvoorzieningen op heden ontvangen. Het betreft hier evenwel de ontwikkeling van een nieuw financieringsmodel, waarbij op transparante wijze het onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds de kosten verbonden aan het zorgprofiel van de gebruiker en anderzijds de kosten verbonden aan de organisatie, die om die reden niet zomaar kunnen worden gelinkt aan een persoon.

De organisatiegebonden financiering varieert per zorgvoorziening en wordt uitbetaald aan de zorgvoorzieningen in de vorm van een forfait, dat is opgebouwd uit verschillende componenten, vast te leggen bij besluit van de Vlaamse Regering. Voorbeelden van componenten die deel kunnen uitmaken van de organisatiegebonden financiering zijn bijkomende, specifieke personeelskosten die eigen zijn aan de voorziening, (tijdelijke) incentives voor kwaliteit en ICT-kosten. Gegevensdeling kan bijvoorbeeld worden beschouwd als een kwaliteitsitem.

Voor sommige kosten moet nog verder worden uitgemaakt of ze beter pro rata worden opgenomen binnen de zorggebonden financiering, dan wel binnen een organisatiegebonden kost. Dit wordt verder uitgewerkt in wetenschappelijk onderzoek en na overleg met de betrokken sectoren.

De omvang van het organisatiegebonden forfait wordt vastgesteld aan de hand van een aantal parameters, ook te bepalen bij besluit van de Vlaamse Regering. In dat kader kan onder meer gedacht worden aan de bezettingsgraad van de betreffende zorgvoorziening als een mogelijke

parameter. Ook outcome-indicatoren inzake kwaliteit en efficiëntie kunnen hierin een rol spelen.

Artikel 132 zal in werking treden na 1 januari 2019, op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum.

### **Artikel 133**

Op basis van artikel 133 kunnen subsidies worden verstrekt aan zorgvoorzieningen en aan verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen die investeringen doen op het vlak van ICT.

Op grond van deze bepaling kunnen zorgvoorzieningen en verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen aanspraak maken op een subsidie in het kader van de geplande digitalisering, te beginnen vanaf 1 januari 2019 met de pijler residentiële ouderenzorg en de mobiliteitshulpmiddelen.

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.

### **Artikel 134**

Artikel 134 voorziet in de mogelijkheid om subsidies te verstrekken voor onderzoek of voor pilootprojecten en innovatieve initiatieven in het kader van de (verdere uitbouw van de) Vlaamse sociale bescherming. Zoals er op heden een pilootproject loopt in de regio Dendermonde met betrekking tot het gebruik van de BelRAI-screener als inschalingsinstrument voor de zorgverzekering, zo kunnen op basis van artikel 134 vanaf 1 januari 2019 ook andere (onderzoeks-)projecten worden gefinancierd.

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.

### **Artikel 135**

Conform het Regeerakkoord zullen op basis van artikel 135, ook pilootprojecten worden opgezet om na te gaan of een gehele of gedeeltelijke uitbetaling van het zorgticket in cash aan de persoon met een zorgnood, een meerwaarde kan bieden op het vlak van eigen regie van de zorg. Deze projecten zullen betrekking hebben op thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Daarbij wordt ook nagegaan wat de noodzakelijke randvoorwaarden zijn. Op basis van de evaluatie van deze pilootprojecten zal de Vlaamse Regering, conform artikel 92, onder de door haar bepaalde voorwaarden en in de door haar omschreven gevallen, vervolgens bepalen dat de zorgtickets door de zorgkas rechtstreeks kunnen worden uitbetaald aan de persoon met een zorgnood. Deze kan hiermee erkende zorg

inkopen en dus financieren. Dit vergt uiteraard ook een controle op de besteding, die verder ook door de Vlaamse Regering moet worden uitgewerkt.

### **Artikel 136**

Bij besluit kan de Vlaamse Regering tijdelijk voorzien in een tegemoetkoming in de kosten van zorg voor personen die wonen in het Franse of in het Duitse taalgebied, op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, en aan wie zorg wordt verleend in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening in Vlaanderen of in Brussel .

Die financieringsmogelijkheid wordt doorgetrokken naar inwoners van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die evenwel niet vrijwillig zijn aangesloten bij een zorgkas, maar die wel zorg genieten in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorziening in Vlaanderen of in Brussel.

Bedoeling van de artikel 136 is om gedurende een overgangperiode van drie jaar, dus t.e.m. 31 december 2021, bij besluit van de Vlaamse Regering te kunnen voorzien in de financiering van Walen en Brusselaars die zijn opgenomen in Vlaamse zorgvoorzieningen, zonder dat ze aangesloten zijn bij de Vlaamse sociale bescherming. Zo blijft de toegankelijkheid van Vlaamse voorzieningen voor Walen en Brusselaars gegarandeerd. Ook omgekeerd moeten Vlamingen terecht kunnen voor zorg in Waalse en in Brusselse voorzieningen.

In die periode van drie jaar zal het interdeelstatelijk verkeer voor de verschillende pijlers van de Vlaamse sociale bescherming in kaart worden gebracht en zullen op basis van de resultaten daarvan de nodige afspraken moeten worden gemaakt met de andere deelstaten met het oog op de periode die ingaat op 1 januari 2022. De gemaakte afspraken worden opgenomen in een samenwerkingsakkoord. Zo zou (voor bepaalde pijlers van de Vlaamse sociale bescherming) onder meer kunnen worden geopteerd voor een systeem van verrekening van kosten, analoog aan wat op het niveau van de Europese Unie bestaat op basis van de coördinatieverordening.

### **Artikel 137**

Artikel 137 tot en met artikel 150 behelzen tijdelijke bepalingen met betrekking tot de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf. Deze bepalingen zullen in werking treden op 1 januari 2019. Vanaf dat ogenblik wordt de residentiële ouderenzorg ingekanteld in het VSB-verzekeringsmodel, samen met de pijler mobiliteitshulpmiddelen. Waar voor de mobiliteitshulpmiddelen reeds hervormingen worden doorgevoerd, zijn deze tijdelijke bepalingen met betrekking tot de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf erop gericht om continuïteit te garanderen tijdens een intervalperiode.

Het uitgangspunt van deze tijdelijke bepalingen is met andere woorden het garanderen van de continuïteit. Het recht is echter niet langer gekoppeld aan het verzekerd zijn voor ziektekosten maar aan VSB-verzekerd zijn. Er wordt bovendien werk gemaakt van de digitalisering van de (financierings- en facturatie-) stromen.

De tijdelijke bepalingen met betrekking tot de dagverzorgingscentra hebben betrekking op elk dagverzorgingscentrum in de zin van het Woonzorgdecreet, met uitsluiting van dagverzorgingscentra die erkend zijn voor het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan uitsluitend gebruikers aan wie gezinszorg of aanvullende thuiszorg wordt verleend, overeenkomstig artikel 51 van bijlage IX van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

Het gaat hier over de uitsluiting van de zogenaamde "CADO's" (Collectieve Autonome Dagopvang) uit het toepassingsgebied van titel 2. De CADO's worden meegenomen onder de pijler thuiszorg en zullen slechts in een latere fase worden ingekanteld in het VSB-verzekeringsmodel.

### **Artikel 138**

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

Artikel 138 vormt de (tijdelijke) decretale basis voor de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden, aangerekend in de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf. Ook voor het doortrekken van de bestaande dagprijscontrole kan beroep worden gedaan op artikel 138 als rechtsgrond.

### **Artikel 139**

Artikel 139 heeft betrekking op de financiële beheersing van de uitgaven voor zorg in rust- en verzorgingstehuizen, in rustoorden voor bejaarden, in centra voor dagverzorging, in centra voor kortverblijf, of in daarmee gelijkgestelde voorzieningen. 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.

Met artikel 139 wordt voorzien in een 'alternatief' voor artikel 69, §4 van de Ziekteverzekeringwet, dat wordt opgeheven.

### **Artikel 140**

Artikel 140 vormt de decretale basis voor de uitvoering van de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector, voor zover de sociale akkoorden de woonzorgcentra, de dagverzorgingscentra of de centra voor kortverblijf betreffen.

De Vlaamse Regering bepaalt de maatregelen waarvan de financiële weerslag door de Vlaamse Gemeenschap ten laste wordt genomen en legt 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.

### **Artikel 141**

De Vlaamse Regering kan initiatieven nemen ter bevordering van de aantrekkelijkheid van de gezondheidszorgberoepen waarvan de financiële weerslag door de Vlaamse Gemeenschap ten laste wordt genomen. Dit artikel 141 heeft m.a.w. betrekking op attractiviteitspremies, die de Vlaamse Regering op basis van deze bepaling kan verlenen.

De Vlaamse Regering heeft op 15 juli 2016 evenwel beslist om de attractiviteitspremie voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel en/of bijzondere beroepsbekwaamheid in de ouderenzorg en de categorale ziekenhuizen op te schorten. Deze maatregel is op 2 september 2016 in werking getreden. Dit gaat over verpleegkundigen in woonzorgcentra en categorale ziekenhuizen met de bijzondere beroepstitel en bijzondere beroepsbekwaamheid geriatrie en over verpleegkundigen in woonzorgcentra met de bijzondere beroepsbekwaamheid palliatieve zorg. Verpleegkundigen die na 2 september 2016 hun erkenning voor bovenstaande titels of bekwaamheden hebben gekregen, hebben geen recht meer op de attractiviteitspremie. Verpleegkundigen die vóór 2 september 2016 een erkenning hebben gekregen, behouden het recht op de attractiviteitspremie.

### **Artikel 142**

De artikelen 142 tot en met 146 zijn enkel van toepassing op de woonzorgcentra. Artikel 142, 143 en 144 hebben betrekking op de rust- en verzorgingstehuizen en op de daarmee gelijkgestelde woonzorgcentra (zie hieronder). Artikel 145 en 146 zijn van toepassing op de rustoorden voor bejaarden en op de daarmee gelijkgestelde woonzorgcentra.

Op basis van artikel 142 wordt bij besluit van de Vlaamse Regering de omvang bepaald van de tegemoetkomingen voor zorg in rust- en verzorgingstehuizen en in de daarmee gelijkgestelde woonzorgcentra. Rust- en verzorgingstehuizen betreffen woonzorgcentra met een bijkomende erkenning op grond van artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Deze bijkomende erkenning zal vanaf 1 januari 2019 evenwel niet langer worden toegekend op grond van dat artikel 170 maar wel op basis van (het nieuwe) artikel 52/1 van het Woonzorgdecreet. Hiermee wordt een onderscheid gemaakt met woonzorgcentra die deze bijzondere erkenning niet hebben, en

dan beschouwd worden als een rustoord voor bejaarden of, vanaf 1 januari 2019, als een hiermee gelijkgestelde voorziening. Deze problematiek wordt verder toegelicht onder artikel 158 van deze memorie van toelichting.

De tegemoetkomingen worden uitbetaald aan de zorgvoorzieningen via een derdebetalerssysteem en in de vorm van een dagelijkse tegemoetkoming. Niet de ziekenfondsen, maar de zorgkassen worden, ook in intervalperiode, belast met de uitbetaling van de tegemoetkomingen aan de zorgvoorzieningen.

Bij besluit van de Vlaamse Regering worden de voorwaarden vastgelegd waaronder de tegemoetkomingen worden verleend. Die voorwaarden hebben onder meer betrekking op de fysieke en de psychische afhankelijkheid van de gebruiker, die tijdens de intervalperiode wordt geëvalueerd aan de hand van de bestaande Katz-schaal. In de toekomst zal dan worden overgestapt van de Katz-schaal naar de BelRAI voor de evaluatie van de zorgzwaarte van gebruikers.

De controles op de toepassing van de Katz-schaal (de zogenaamde "Kappa-controles") worden uitgevoerd door de Zorgkassencommissie. Het Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming stuurt de controles aan. De door de Zorgkassencommissie verzamelde gegevens hebben bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

De inhoud van artikel 142 van onderhavig ontwerp van decreet is geïnspireerd op artikel 37, §12 van de Ziekteverzekeringswet en op artikel 147, §3 en artikel 148 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringswet.

### **Artikel 143**

Indien blijkt dat de Katz-schaal op significante wijze verkeerd wordt toegepast, kunnen maatregelen en sancties worden toegepast op grond van artikel 143.

Paragraaf 1 heeft betrekking op de vermindering van de toegekende tegemoetkomingen. Deze vermindering mag op geen enkele wijze door de zorgvoorziening bij de gebruiker worden teruggevorderd.

Paragraaf 2 betreft de oplegging van een administratieve geldboete, waarvan de omvang tussen de 500 en de 5000 euro kan liggen. Een boete kan niet alleen worden opgelegd indien blijkt dat de Katz-schaal verkeerd wordt toegepast, maar ook wanneer blijkt dat de resultaten van de toepassing van de Katz-schaal systematisch foutief worden meegedeeld aan het agentschap.

Wanneer binnen de termijn van drie jaar, te rekenen vanaf de datum waarop aan de zorgvoorziening een administratieve boete is opgelegd, de betreffende zorgvoorziening opnieuw een gelijkaardige inbreuk begaat als die welke tot de toepassing van een

administratieve boete heeft geleid, wordt het bedrag van de voorheen opgelegde boete telkens verdrievoudigd.

Tegen de sancties voorzien in paragraaf 1 en paragraaf 2 kan door de zorgvoorzieningen beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank. In dat kader is voorzien dat het agentschap in het kader van het verweer voor de arbeidsrechtbank een beroep kan doen op het team van de Zorgkassencommissie dat de controles heeft uitgevoerd.

Artikel 143 is geïnspireerd op artikel 37<sup>quater</sup> van de Ziekteverzekeringwet.

#### **Artikel 144**

Artikel 144 bepaalt dat de Vlaamse Regering de inhoud bepaalt van het pakket aan zorg dat gedekt worden door de op grond van artikel 142 toegekende tegemoetkomingen.

De uitvoering van dit artikel zal geïnspireerd zijn op artikel 147 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet.

#### **Artikelen 145 en 146**

Artikel 145 en 146 hebben betrekking op de rustoorden voor bejaarden en op de daarmee gelijkgestelde woonzorgcentra, m.a.w. de woonzorgcentra die geen bijkomende erkenning hebben op grond van artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen of, vanaf 1 januari 2019, op grond van artikel 52/1 van het Woonzorgdecreet.

Deze bepalingen zijn volledig analoog aan de artikelen 142, 143 en 144 en behoeven dan ook geen verdere toelichting.

#### **Artikelen 147 en 148**

De artikelen 147 en 148 zijn van toepassing op de centra voor dagverzorging die werden erkend overeenkomstig artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en op de daarmee overeenkomstig artikel 52/2, lid 2 van het Woonzorgdecreet gelijkgestelde dagverzorgingscentra met een bijkomende, bijzondere erkenning. Analoog aan wat werd uiteengezet voor de woonzorgcentra, gaat het dan over dagverzorgingscentra met een bijkomende erkenning als centrum voor dagverzorging overeenkomstig artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Vanaf 1 januari 2019 zal deze bijkomende erkenning evenwel worden verleend op grond van (het nieuwe) artikel 52/2 van het Woonzorgdecreet en worden de dagverzorgingscentra met zulke bijkomende erkenning gelijkgesteld met de centra voor dagverzorging, erkend overeenkomstig artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.



De inhoud van artikel 147 en 148 is wederom analoog aan de artikelen 142, 143 en 144 en behoeven dan ook geen verdere toelichting. Ze zijn geïnspireerd op artikel 37, §12 en 37<sup>quater</sup> van de Ziekteverzekeringwet en op artikel 147 en 148<sup>bis</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet

### **Artikelen 149 en 150**

Ook artikel 149 en artikel 150 zijn analoog aan de artikel 142, 143 en 144 van onderhavig ontwerp van decreet. Deze artikelen betreffen de centra voor kortverblijf en zijn geïnspireerd op de artikelen 37, §12 en 37<sup>quater</sup> van de Ziekteverzekeringwet en op de artikel 147 en 150 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet. Met de opname van deze tijdelijke bepalingen in het ontwerp van decreet wordt immers beoogd continuïteit te verzekeren wat betreft de toekenning van instellingsforfaits aan erkende centra voor kortverblijf die worden uitgebaat in daartoe bestemde lokalen van erkende woonzorgcentra.

### **Artikel 151**

Artikel 151 heeft betrekking op de mobiliteitshulpmiddelen en bevat een afwijking van het derdebetalerssysteem in bepaalde, tijdelijke uitzonderingsgevallen.

Deze tijdelijke bepaling werd opgenomen in het ontwerp van decreet om tijdelijk de continuïteit te garanderen op het vlak van de keuze die de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in bepaalde gevallen heeft om het derdebetalerssysteem niet toe te passen. Zo is in de nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen de volgende passage opgenomen:

*“De verstrekker heeft de keuze om de derdebetalersregeling al dan niet toe te passen voor de verstrekkingen met betrekking tot de loophulpmiddelen (artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, deel II, hoofdgroep 8).*

*De verstrekker verbindt zich ertoe om in deze omstandigheden de derdebetalersregeling toch toe te passen ten overstaan van rechthebbenden die behoren tot de sociale categorieën bedoeld bij artikel 6, tweede lid, 5°, 6° en 7°, van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de Z.I.V.-wet, op hun verzoek.”*

### **Artikel 152**

Dit artikel wijzigt het gerechtelijk wetboek zodat geschillen met betrekking tot de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 53, 63, 69, 73, 78, 86, 90, 101, 124, 126 en 143, voor de arbeidsrechtbank kunnen gebracht worden.

### **Artikel 153**

Dit artikel voegt een punt 12° toe aan paragraaf 2 van artikel 1410 van het Gerechtelijk wetboek, zodat de tegemoetkomingen die uitgekeerd worden aan gebruikers in het kader van de Vlaamse sociale bescherming niet vatbaar zijn voor overdracht of beslag ten laste van de gebruiker.

#### **Artikel 154**

Dit artikel wijzigt artikel 35ter van de wet van 26 maart 1971 op de bescherming van de oppervlaktewateren tegen verontreiniging. Bij de heffing op de waterverontreiniging is in artikel 35ter sprake van vrijstelling van de verplichting tot betaling van de heffing en van compensatie onder meer ingeval de tegemoetkoming hulp aan bejaarden genoten wordt. Er wordt daarbij verwezen naar het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Gezien de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden nu "zorgbudget voor ouderen met een zorgnood" genoemd wordt en geregeld wordt door onderhavig ontwerp van decreet, moet nu verwezen worden naar dit decreet naar dit decreet en naar het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

#### **Artikelen 155 en 156**

In de Ziekteverzekeringwet worden een aantal zinsneden, zinnen en leden opgeheven die enkel betrekking hebben op de mobiliteitshulpmiddelen, waarvoor de federale overheid sinds de zesde staatshervorming niet meer bevoegd is. Het gaat over artikel 34 en artikel 35 van de Ziekteverzekeringwet, waarin met de artikelen 155, 156 en 157 van voorliggend ontwerp van decreet enkele passages worden opgeheven.

#### **Artikel 157**

Artikel 69, §4, van de Ziekteverzekeringwet heeft enkel betrekking op rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging en centra voor kortverblijf, en wordt, wat de Vlaamse Gemeenschap betreft, niet langer toegepast. Artikel 139 van dit ontwerp van decreet komt immers in de plaats.

Met artikel 157 wordt artikel 69, §4, van de Ziekteverzekeringwet dan ook opgeheven.

#### **Artikel 158**

Met artikel 158 van het ontwerp van decreet wordt artikel 88 van het decreet van 24 juni 2016 ongewijzigd overgenomen. De artikelen 10, §3, 10bis, 23ter en 23quater van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, die betrekking hebben op de opschorting met verlies van rechten, werden reeds opgeheven met ingang van 1 september 2016 wat het basisondersteuningsbudget betreft, maar nog

niet wat de zorgverzekeringstegemoetkoming (vanaf 1 januari 2019 "zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden") betreft.

### **Artikel 159**

Dit artikel wijzigt artikel 16*sexies* van het decreet van 24 mei 2002 betreffende water bestemd voor menselijke aanwending. Bij de bijdragen en vergoedingen opgelegd aan abonnees en gebruikers is in artikel 16*sexies* sprake van vrijstelling van de verplichting tot betaling en van compensaties onder meer ingeval de tegemoetkoming hulp aan bejaarden genoten wordt. Er wordt daarbij verwezen naar het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Gezien de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden nu "zorgbudget voor ouderen met een zorgnood" genoemd wordt en geregeld wordt door onderhavig ontwerp van decreet moet nu verwezen worden naar dit decreet en naar het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

### **Artikel 160**

Artikel 16 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, waarin verwezen wordt naar het basisondersteuningsbudget, wordt aangepast. Gezien het basisondersteuningsbudget nu wordt geregeld door onderhavig ontwerp van decreet, moet nu verwezen worden naar dit decreet in plaats van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

### **Artikel 161**

Met artikel 161 van dit decreet worden de woorden "de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden" in artikel 73*bis* van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact opgeheven.

Artikel 73*bis* heeft betrekking op de aanpassing van (federale) sociale bijstandsstelsels aan de evolutie van de algemene welvaart. Gezien de overheveling van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden naar de Vlaamse Gemeenschap ingevolge de zesde staatshervorming, dient deze niet langer te worden opgenomen in de lijst van de aan te passen sociale bijstandsstelsels.

### **Artikel 162**

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 worden twee leden ingevoegd met het oog op een

bevoegdheidsuitbreiding van de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Organisaties, zorgvoorzieningen en zorgverleners zullen erkend moeten zijn als indicatiesteller indien zij indicatiestellingen (BelRAI of ICF) wensen af te nemen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming (zie ook de toelichting bij de artikelen 64 en 108 van dit ontwerp van decreet). Opdat een erkenning wordt verleend, zal aan een aantal voorwaarden moeten zijn voldaan (bv. opleiding) en indien blijkt dat indicatiestellers indicatiestellingen op significante wijze verkeerd afnemen, kan de erkenning als indicatiesteller worden geschorst of worden ingetrokken.

Tegen beslissingen tot weigering, schorsing of intrekking van de erkenning van een organisatie, zorgvoorziening of zorgverlener als indicatiesteller kan bezwaar aangetekend worden bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegouders. Dit is de eerste bevoegdheidsuitbreiding van de Adviescommissie.

De tweede bevoegdheidsuitbreiding van de Adviescommissie heeft betrekking op bezwaren die worden ingediend tegen de beslissing tot weigering, schorsing of intrekking van de machtiging die een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen wordt verleend overeenkomstig artikel 119 van onderhavig ontwerp van decreet. Het gaat dan om de bijkomende machtiging, verleend op grond van dit ontwerp van decreet, naast de erkenningsplicht overeenkomstig artikel 72 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

### **Artikelen 163 en 164**

In het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 worden twee bepalingen toegevoegd.

Met artikel 52/1, ingevoegd bij artikel 163 van voorliggend ontwerp van decreet, wordt de mogelijkheid gecreëerd om woonzorgcentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen opneemt, een bijkomende, bijzondere erkenning te verlenen. Vanaf 1 januari 2019 zullen de rust- en verzorgingstehuizen met andere woorden niet meer worden erkend op grond van artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, maar wel op grond van artikel 52/1 van het Woonzorgdecreet.

Woonzorgcentra met die bijkomende, bijzondere erkenning worden beschouwd als rust- en verzorgingstehuizen als vermeld in de Ziekteverzekeringswet en worden gelijkgesteld met de rust- en verzorgingstehuizen die erkend zijn vóór 1 januari 2019 overeenkomstig artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

Met artikel 52/2, ingevoegd bij artikel 164 van voorliggend ontwerp van decreet, wordt de mogelijkheid gecreëerd om een bijzondere erkenning te 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;
- 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.

Vanaf 1 januari 2019 zullen de centra voor dagverzorging met andere woorden niet meer worden erkend op basis van artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, maar wel op grond van artikel 52/2 van het Woonzorgdecreet.

Dagverzorgingscentra met die bijkomende, bijzondere erkenning worden beschouwd als centra voor dagverzorging als vermeld in de Ziekteverzekeringswet en worden gelijkgesteld met de centra voor dagverzorging die erkend zijn vóór 1 januari 2019 overeenkomstig artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

De invoeging van de artikelen 52/1 en 52/2 in het Woonzorgdecreet heeft tot gevolg dat het bestaande onderscheid tussen rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen en het bestaande onderscheid tussen dagverzorgingscentra en centra voor dagverzorging, met de bijhorende implicaties inzake financiering, tijdelijk wordt gehandhaafd.

### **Artikel 165**

Dit artikel wijzigt artikel 4.1.1., 18°, d), 2), van de Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening van 15 mei 2009. Het betreft hier de definitie van "zorgwonen", waar onder andere verwezen wordt naar "personen die in aanmerking komen voor een zorgverzekeringstegemoetkoming, een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of een basisondersteuningsbudget", en naar het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming. Dit wordt nu aangepast naar "een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of een basisondersteuningsbudget", met een verwijzing naar onderhavig ontwerp van decreet. De bepalingen van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming worden immers opgeheven.

### **Artikel 166**

Dit artikel wijzigt artikel 12, vierde lid, van het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze

bepaling heeft betrekking op de opdrachten van het Centrum voor kwaliteitsbewaking voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze opdrachten worden uitgevoerd voor de toepassing van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp. De verwijzing naar het decreet van 24 juni 2016 wordt vervangen door een verwijzing naar dit ontwerp van decreet.

### **Artikel 167**

Artikel 167 betreft technische wijzigingen van het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, ingevolge de vervanging van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming door onderhavig ontwerp van decreet.

### **Artikelen 168 tot 170**

Deze bepalingen betreffen technische 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, ingevolge de opheffing van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming door onderhavig ontwerp van decreet.

### **Artikel 171**

Deze bepaling betreft een technische wijziging van het decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Aangezien de zorgverzekering reeds bij decreet van 24 juni 2016 werd ingeschreven als een pijler van de Vlaamse sociale bescherming, volstaat een verwijzing naar de Vlaamse sociale bescherming en moet daarnaast niet nog verwezen worden naar de zorgverzekering.

### **Artikel 172**

Dit artikel wijzigt artikel 2,10° van het decreet van [...] houdende het overheidstoezicht in het kader van het welzijns- en gezondheidsbeleid door toevoeging van het woord "Zorgkassencommissie" aan de definitie van voorziening. Op die manier wordt expliciet voorzien in de bevoegdheid van Zorginspectie voor het toezicht op de Zorgkassencommissie.

### **Artikel 173**

In 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, zijn in tabel A goederen en diensten opgenomen die onderworpen zijn aan

een tarief van 6 procent BTW. Onder "XXIII. Diversen" is onder meer anti-decubitusmateriaal opgenomen (5°), met daarbij evenwel de specificatie dat het gaat om anti-decubitusmateriaal, 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.

Ingevolge de zesde staatshervorming wordt het hierboven bedoelde anti-decubitusmateriaal niet langer opgenomen op federaal niveau in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur, maar wel op Vlaams niveau, in de "nomenclatuur" die bij besluit van de Vlaamse Regering zal worden uitgewerkt overeenkomstig artikel 104. Het is evenwel geenszins de intentie om te raken aan het verlaagde tarief van 6 procent BTW.

Om te verhinderen dat het BTW-tarief op anti-decubitusmateriaal zou stijgen van 6 procent naar 21 procent, wordt met artikel 168 van onderhavig ontwerp van decreet 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.

De Vlaamse Gemeenschap is voor deze wijziging bevoegd op basis van artikel 10 van bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, dat betrekking heeft op de impliciete bevoegdheden. Het gaat over een aangelegenheid waarvoor de Vlaamse Gemeenschap in beginsel niet bevoegd is, met name de vastlegging van BTW-tarieven. Decreten kunnen evenwel rechtsbepalingen bevatten met betrekking tot zulke aangelegenheid, voor zover die bepalingen noodzakelijk zijn voor de uitoefening van de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap, indien de aangelegenheid in kwestie zich leent tot een gedifferentieerde regeling en indien de weerslag op die aangelegenheid slechts marginaal is (J. VANDELANOTTE, G. GOEDERTIER, Y. HAECK, J. GOOSSENS en T. DE PELSMAEKER, *Belgisch Publiekrecht*, Brugge, die Keure, 2015, 1079-1082). Die voorwaarden zijn in dit geval vervuld.

#### **Artikel 174**

Artikel 174 van voorliggend ontwerp van decreet heft het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming op. Hoewel een heel aantal bepalingen uit het decreet van 24 juni 2016 integraal werden overgenomen in dit ontwerp van decreet (zie voornamelijk de bepalingen met betrekking tot de zorgbudgetten), werd niet gekozen voor een wijzigingsdecreet. Die keuze zou de complexiteit van het ganse project Vlaamse sociale bescherming, voornamelijk op wetgevingstechnisch vlak, immers nog groter maken.

#### **Artikel 175**

Artikel 175 tot en met artikel 184 van dit ontwerp van decreet betreffen overgangsbepalingen.

Door het decreet van 24 juni 2016 werden de artikelen 4, §5 en 21*bis* van het Zorgverzekeringsdecreet opgeheven (zie artikel 83) en door onderhavig ontwerp van decreet worden de artikelen 30 en 32 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming opgeheven. Artikel 4, §5 van het Zorgverzekeringsdecreet en artikel 30 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming betroffen de bijdrageregeling. Artikel 21*bis* van het Zorgverzekeringsdecreet en artikel 32 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming betroffen de administratieve geldboete. De bijdrage wordt thans geregeld door artikel 45 en artikel 46, en de administratieve geldboete door artikel 47 van het ontwerp van decreet.

Er wordt met artikel 175 in een overgangsbepaling voorzien zodat de bijdragen en de administratieve geldboeten die nog verschuldigd zijn op basis van de voormelde opgeheven bepalingen van het Zorgverzekeringsdecreet of van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming nog kunnen worden gerecupereerd.

Het derde lid van artikel 175 zorgt ervoor dat een niet-betaling of een gedeeltelijke niet-betaling van de bijdrage in het kader van het Zorgverzekeringsdecreet of in het kader van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming in rekening kan worden gebracht voor de toepassing van de administratieve geldboete in het kader van dit ontwerp van decreet.

#### **Artikel 176**

Om de continuïteit van de bestaande zorgbudgetten zoveel mogelijk te vrijwaren, wordt expliciet bepaald dat de besluiten genomen ter uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming van kracht blijven totdat zij worden opgeheven of totdat hun geldigheidsduur verstrijkt.

#### **Artikel 177**

De voorwaarden met betrekking tot nationaliteit en verblijf (artikel 4) van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap werden niet overgenomen in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming. In de plaats hiervan gelden sinds de inwerkingtreding op 1 januari 2017 de voorwaarden waaraan men moet voldoen om aan te sluiten bij de Vlaamse sociale bescherming. Deze voorwaarden zijn conform de Europese Verordening 883/2004. Dit kon ertoe leiden dat sommige personen (bv. een gepensioneerd gezinslid van een uitgaande grensarbeider) die volgens de voormelde wet van 27 februari 1987 een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden hadden, deze tegemoetkoming zouden verliezen op het moment van inwerkingtreding van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming. Dit was evenwel niet de bedoeling, zodat de decreetgever de Vlaamse Regering in de mogelijkheid stelde om de nodige overgangsmaatregelen te voorzien 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 , verder werd uitgevoerd. Dat was bepaald in artikel 86 van het decreet van 24 juni 2016.

Met artikel 177 van voorliggend ontwerp van decreet wordt ervoor gezorgd dat de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden die uitbetaald worden op grond van artikel 86 van het decreet van 24 juni 2016 ook na de opheffing van het decreet van 24 juni 2016 en na de inwerkingtreding van onderhavig ontwerp van decreet, verder kunnen worden uitbetaald in de vorm van zorgbudgetten voor ouderen met een zorgnood.

### **Artikel 178**

Deze bepaling is ook overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 89) en op haar beurt uit het Zorgverzekeringsdecreet (artikel 23sexies). Er wordt bepaald dat de Vlaamse Regering overgangsmaatregelen kan nemen voor personen met een zorgverzekeringstegemoetkoming die zich niet langer bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten ten gevolge van de toepassing van de in Verordening (EG) nr. 883/2004 opgenomen aanwijzingsregels. Een dergelijke maatregel is genomen in 2011 waar personen ten laste van buitenlands sociaal verzekerden met een zorgverzekeringstegemoetkoming deze tegemoetkoming konden behouden, hoewel zij krachtens de Verordening niet langer bij de Vlaamse sociale bescherming konden aansluiten.

Met artikel 178 van voorliggend ontwerp van decreet wordt ervoor gezorgd dat de zorgverzekeringstegemoetkomingen die uitbetaald worden op grond van artikel 89 van het decreet van 24 juni 2016 ook na de opheffing van het decreet van 24 juni 2016 en na de inwerkingtreding van onderhavig ontwerp van decreet, verder kunnen worden uitbetaald in de vorm van zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevenden.

### **Artikel 179**

Artikel 179 van voorliggend ontwerp van decreet bepaalt dat het woord "zorgticket" tot op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum moet worden gelezen als "tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf". Op 1 januari 2019 zal immers slechts één van de pijlers waarop de Vlaamse sociale bescherming betrekking heeft en die bovendien gerelateerd zijn aan het toekomstige 'zorgticket', operationeel zijn. Het gaat dan om de residentiële ouderenzorg, waarvoor de nodige tijdelijke bepalingen voorzien zijn met het oog op de intervalperiode met aanvang op 1 januari 2019.

Omdat het zorgticket in principe gelinkt is aan de periode die zal aanvangen na afloop van de intervalperiode wordt de term "zorgticket" in die intervalperiode toegespitst op de residentiële ouderenzorg en gelezen als "tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf".

## **Artikel 180**

Dit artikel bepaalt dat de Vlaamse Regering overgangsmaatregelen kan nemen inzake de termijn die inwoners van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad (en EU-ambtenaren en ambtenaren van internationale organisaties en de kleine groep inwoners van het Waalse Gewest die wegens hun tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad vrijwillig bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten ingevolge de toepassing van de verordening 883/2004) hebben om tijdig aan te sluiten en alzo de wachttijd te vermijden.

Deze personen zullen dus, telkens er een nieuwe pijler operationeel wordt binnen het verzekeringsmodel van de Vlaamse sociale bescherming, de kans krijgen om aan te sluiten bij de VSB zonder wachttijd voor de nieuwe pijler in kwestie. (zie artikel 41).

Deze overgangsbepaling werd overgenomen uit het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (artikel 87). In het uitvoeringsbesluit bij het decreet (BVR van 14 oktober 2016) werd een overgangperiode ingeschreven, waarbij Brusselaars voor het basisondersteuningsbudget, dat toen een nieuwe pijler binnen de Vlaamse sociale bescherming was, tot 2020 kunnen aansluiten zonder wachttijd op te lopen.

## **Artikel 181**

Overeenkomstig artikel 181 van het ontwerp van decreet kunnen bij besluit van de Vlaamse Regering de nodige overgangsmaatregelen worden genomen voor een tijdelijke verderzetting van de financiering van multidisciplinaire teams overeenkomstig de revalidatieovereenkomsten voor het opstellen van multidisciplinaire functioneringsrapporten in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen, zoals dat op heden gebeurt. Doel van deze overgangsbepaling is het verzekeren van de continuïteit, rekening houdend met een scenario waarin op 1 januari 2019 nog niet voorzien zou zijn in een nieuw financieringsmechanisme.

## **Artikel 182**

Overeenkomstig de artikelen 142, 145, 147 en 149 zal de Zorgkassencommissie vanaf 1 januari instaan voor de (a posteriori) controles op de toepassing van de Katz-schaal in woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf. Overeenkomstig artikel 107 zal de Zorgkassencommissie vanaf 1 januari 2019 eveneens belast zijn met controles op indicatiestellingen en op de evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen.

Op grond van artikel 182 van onderhavig ontwerp van decreet kan vanaf 1 januari 2019 nog tijdelijk beroep worden gedaan op de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen voor de uitvoering van bovenstaande controles (cfr. artikel 153, §1, 4) en artikel 37<sup>quater</sup>

van de Ziekteverzekeringwet), indien zou blijken dat de Zorgkassencommissie op 1 januari 2019 niet operationeel is.

### **Artikel 183**

Artikel 183 bepaalt dat bij besluit van de Vlaamse Regering overgangsmaatregelen kunnen worden bepaald met betrekking tot de behandeling van aanvragen voor tegemoetkomingen die worden ingediend voorafgaand aan de inwerkingtreding van de bepalingen van dit ontwerp van decreet die op die tegemoetkomingen van toepassing zijn (m.a.w. onder de oude regelgeving), maar waarover nog een beslissing moet worden genomen na inwerkingtreding van de (nieuwe) bepalingen.

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. Daartoe kan een overeenkomst worden gesloten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de verzekeringsinstellingen bedoeld in artikel 2, i) van de Ziekteverzekeringwet.

Concreet voorbeeld is een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, die bij het ziekenfonds van de gebruiker wordt ingediend in december 2018, en waarover nog geen beslissing is genomen op het ogenblik van inwerkingtreding van de bepalingen van dit decreet op 1 januari 2019. Voor die gevallen zou kunnen worden bepaald dat het ziekenfonds de aanvraag verder behandelt en vervolgens een beslissing neemt, waarna het ziekenfonds de uitbetaalde tegemoetkoming terugvordert bij het Agentschap voor de Vlaamse sociale bescherming.

### **Artikel 184**

De toekenning van tegemoetkoming voor zorg en voor mobiliteitshulpmiddelen impliceert vanaf 1 januari 2019 het bestaan van financieringsstromen tussen de zorgkassen enerzijds en de gebruikers zelf (zorgbudgetten), de zorgvoorzieningen (zorgtickets) en de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen (tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen) anderzijds. De zorgkassen zelf bekomen de nodige middelen tot uitbetaling van de tegemoetkomingen van het Agentschap voor de Vlaamse sociale bescherming.

Tot 1 januari 2019 zijn het nog de ziekenfondsen die bevoegd zijn voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen en voorziet het RIZIV de ziekenfondsen van de middelen daarvoor.

Artikel 184 voorziet in de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om in de nodige overgangsmaatregelen te voorzien om op 1 januari 2019 de overgang te kunnen maken van de financieringsstroom RIZIV-ziekenfondsen naar de financieringsstroom Agentschap-zorgkassen.

## **Artikel 185**

Overeenkomstig artikel 185 van dit ontwerp van decreet kan de Vlaamse Regering de bepalingen van de decreten die de sectoren betreffen waarop de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming betrekking hebben, coördineren.

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.

Op basis van artikel 185, tweede lid, 4°, zouden de verwijzingen in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 en de terminologie die wordt gehanteerd in het Woonzorgdecreet bijvoorbeeld in overeenstemming kunnen worden gebracht met dit ontwerp van decreet.

## **Artikel 186**

In beginsel treden de bepalingen van het ontwerp van decreet in werking op 1 januari 2019.

In afwijking daarvan zijn er een heel aantal bepalingen die slechts in werking zullen treden op een door de Vlaamse Regering per bepaling te bepalen datum, na 1 januari 2019. Het gaat dan bijvoorbeeld om artikel 4, 5°, 6°, 7° en 8°, artikel 7, artikel 34, eerste lid, 3°, artikel 38, tweede lid, wat de pijlers vermeld in artikel 4, 5°, 6° en 7° betreft, artikel 55, derde lid, 2°, 3°, 4° en 5°, de artikelen 60 t.e.m. 69, artikel 92, artikel 93, §1 t.e.m. §4, de artikelen 94 t.e.m. 98, artikel 132 en artikel 158.

Artikel 135 treedt in werking de tiende dag na de bekendmaking van het decreet in het Belgisch Staatsblad.

De artikelen 136 tot en met 151 zijn tijdelijke bepalingen en treden buiten werking op een door de Vlaamse Regering per bepaling vast te stellen datum.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN