



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

GEWONE ZITTING 2019/2020

10 OKTOBER 2019

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE
GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

VOORSTEL VAN ORDONNANTIE

**tot invoering van een Brusselse
zorgverzekering**

(ingediend door mevrouw Céline FREMAULT (F),
mevrouw Gladys KAZADI (F) en de heer Pierre
KOMPANY (F))

Toelichting

De zorgverzekering heeft tot doel een geheel nieuwe sociale dekking tot stand te brengen om tegemoet te komen aan de behoeften die verband houden met de langere levensduur en de verminderde zelfredzaamheid. Die verzekering zal uit twee takken bestaan en opent een nieuw recht op sociale dekking.

Tak 1 : Thuishulp. Deze tak van de verzekering zal mensen met verminderde zelfredzaamheid, onder bepaalde voorwaarden, recht geven op een aantal uren thuis hulp (huishoudhulp, gezinshulp en thuisopvang). Na evaluatie, kunnen, op termijn, andere diensten worden toegevoegd aan de zorgverzekering, zoals bijvoorbeeld telebewaking. Dat maakt het mogelijk om thuis in te grijpen vanaf de eerste symptomen van verminderde zelfredzaamheid en aldus te voorkomen dat de begunstigden, ongeacht hun leeftijd, naar een grotere mate van afhankelijkheid evolueren. Tevens kan worden ingegrepen in geval van complexe sociale problemen om elk verlies van sociale of fysieke zelfredzaamheid te voorkomen.

SESSION ORDINAIRE 2019/2020

10 OCTOBRE 2019

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
COMMUNE**

PROPOSITION D'ORDONNANCE

**instituant une assurance
autonomie bruxelloise**

(déposée par Mmes Céline FREMAULT (F), Gladys
KAZADI (F) et M. Pierre KOMPANY (F))

Développements

L'assurance autonomie a pour objectif de déployer une couverture sociale inédite afin de répondre aux besoins liés à l'allongement de la vie et à la perte d'autonomie. Cette assurance sera constituée de deux branches. Elle ouvre donc un droit nouveau de couverture sociale.

Branche 1 : Interventions au domicile. Cette branche de l'assurance donnera droit aux personnes en perte d'autonomie, sous certaines conditions, à un nombre d'heures de prestations d'aide au domicile (aide-ménagère sociale, aide familiale et garde à domicile). Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télévigilance. Elle permet l'intervention au domicile dès les premiers symptômes de la perte d'autonomie afin d'éviter que les bénéficiaires, quel que soit l'âge, n'évoluent vers les niveaux de dépendance plus élevés. Elle permet également d'intervenir dans les cas de difficultés sociales complexes afin de prévenir toute perte d'autonomie sociale ou physique également.

Tak 2 : Zorgforfait (ZFF). Deze tak van de verzekering, afhankelijk van de leeftijd (65 jaar en ouder) en het inkomen, kent de begunstigde financiële steun toe die berekend wordt op basis van de mate van zelfredzaamheid. Die steun wordt zowel toegekend aan mensen die thuis verblijven als aan mensen in een instelling (RH/RVT, instelling voor personen met een handicap).

Bijdrage vanaf 26 jaar : de betaling van een bijdrage zal verplicht zijn vanaf het jaar waarin de persoon 26 jaar wordt. Het Verenigd College bepaalt het bedrag van de bijdragen in verhouding tot het bijdragevermogen van de verzekerden, met ten minste drie categorieën, waaronder een met vrijstelling voor de meest kwetsbare personen en een voor de begunstigten van de verhoogde tegemoetkoming. Ter informatie, en volgens de sociale barometer 2018, zij erop gewezen dat een derde van de Brusselaars leeft van een inkomen onder de armoederisicogrens. Meer dan een vijfde van de actieve Brusselse bevolking ontvangt een sociale uitkering (leefloon, IGO enz.) of een vervangingsinkomen (werkloosheids- of invaliditeitsuitkering), en bijna een vierde van de Brusselse kinderen jonger dan 18 jaar groeit op in een gezin zonder een inkomen uit arbeid. Wat de sociale uitkeringen betreft, zij opgemerkt dat bijna zes procent van de Brusselse bevolking in de arbeidsactieve leeftijd een leefloon of equivalent ervan ontvangt. Dat percentage is meer dan dubbel zo hoog bij jongvolwassenen. Een op de acht 65-plussers moet leven met de Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO). De Brusselse verzekeringsinstellingen zullen de bijdragen innen.

De levenskwaliteit van onze medeburgers brengt een fundamentele politieke en collectieve verantwoordelijkheid met zich. Het gaat erom collectief alle maatregelen te nemen voor de omkadering en bevordering van die levenskwaliteit in de best mogelijke omstandigheden. Het verlies van zelfredzaamheid, definitief of tijdelijk, als gevolg van een handicap, de sociale context, de leeftijd of de gezondheid, heeft een grote invloed op die levenskwaliteit. En wanneer dat verlies van zelfredzaamheid verband houdt met een handicap of met ouderdom, weten we dat de grote meerderheid van de bevolking verkiest om zo lang mogelijk thuis te blijven. De afgelopen vijftig jaar werden een reeks beleidsbeslissingen genomen in het kader van de sociale zekerheid, en in het bijzonder van de gezondheidszorg : vergoeding van de dagprijs in rusthuizen of rust- en verzorgingstehuizen, subsidies aan de instellingen die personen met een handicap opvangen, enz. De situaties van afhankelijkheid worden dus solidair gedekt wanneer de burgers in gemeenschapsinstellingen verblijven en door de verzekering in RH's en RVT's. Vandaag, en gelet op de evolutie van onze bevolking, de langere levensduur, de risico's die verband houden met een verminderde zelfredzaamheid in al haar vormen, moeten die maatregelen solidair worden aangevuld voor mensen die thuis blijven wonen. Deze ordonnantie strekt er dus toe om een zorgverzekering in te voeren die op solidaire wijze een sociale

Branche 2 : Allocation forfaitaire Autonomie (AFA). Cette branche de l'assurance, conditionnée par des critères d'âge (65 ans et plus) et de revenus, accorde au bénéficiaire à une intervention financière calculée sur la base de son niveau d'autonomie. Elle est octroyée tant aux personnes résidant à domicile qu'en institutions (MR/MRS, institution pour personnes handicapées).

Une cotisation à partir de 26 ans : le paiement d'une cotisation sera obligatoire à partir de l'année dans laquelle la personne atteint l'âge de 26 ans. Le Collège réuni déterminera le montant des cotisations par rapport à la capacité contributive des assurés avec au minimum trois catégories dont une d'exemption pour les personnes les plus précarisées et une pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. À titre d'information, et selon le baromètre social 2018, un tiers des Bruxellois vivent avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Plus d'un cinquième de la population bruxelloise d'âge actif perçoit une allocation d'aide sociale (RIS, GRAPA, etc.) ou un revenu de remplacement (chômage ou invalidité), et près d'un quart des enfants bruxellois de moins de 18 ans grandissent dans un ménage sans revenu du travail. En ce qui concerne les allocations d'aide sociale, près de six pour cent de la population bruxelloise d'âge actif perçoit un revenu d'intégration sociale (RIS) ou équivalent, et ce pourcentage est plus de deux fois plus élevé parmi les jeunes adultes. Parmi les personnes de 65 ans et plus, une sur huit doit vivre avec la Garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA). La perception des cotisations sera effectuée par les organismes assureurs bruxellois.

La qualité de vie de nos concitoyens implique une responsabilité politique et collective essentielle. Il s'agit de prendre collectivement l'ensemble des mesures qui permettent, dans les meilleures conditions possibles, l'accompagnement et la promotion de cette qualité de vie. La perte d'autonomie, qu'elle soit définitive ou momentanée, qu'elle soit liée au handicap, au contexte social, à l'âge ou à la santé, constitue un élément important influençant cette qualité de vie. Et quand cette perte d'autonomie est liée à une situation de handicap ou de vieillissement, nous savons que le souhait de la majeure partie de la population est de rester le plus longtemps possible dans son habitation. Durant les cinquante dernières années, une série de décisions politiques ont été prises dans le cadre de la sécurité sociale, et en particulier dans les soins de santé : prise en charge dans le prix de journée de la dépendance en maison de repos ou en maison de repos et de soins, subsides aux pouvoirs organisateurs des institutions d'hébergement de personnes en situation de handicap, etc. Les situations de dépendance sont donc couvertes solidairement lorsque les citoyens vivent dans des institutions collectives et de manière assurantielle en MR et MRS. Aujourd'hui, au vu de l'évolution de notre population, de l'allongement de la vie, des risques liés à la perte d'autonomie sous toutes ses formes, ces dispositifs doivent être complétés solidairement au domicile des personnes. La présente ordonnance

bescherming organiseert om tegemoet te komen aan de behoeften als gevolg van verminderde zelfredzaamheid.

Hoewel het bijzonder moeilijk is om te anticiperen op de behoeften aan langdurige zorg, lijkt de samenhang tussen de toename van die behoeften en de leeftijd, en dus de vergrijzing van de bevolking, onweerlegbaar ⁽¹⁾. De vergrijzing van de bevolking is een verschijnsel waarmee alle landen van de Europese Unie geconfronteerd worden. Zo is het aandeel van de 65-plussers onder de bevolking in de 28 lidstaten in de loop van de periode 2007-2017 gemiddeld gestegen met 2,4 % ⁽²⁾.

Op Belgisch niveau, zou de bevolking tussen 2017 en 2070 met 18,5 % aangroeien, van 11,4 miljoen tot 13,5 miljoen mensen, met steeds meer mensen ouder dan 67 jaar (hun aantal zou stijgen met 61 %) ⁽³⁾. Volgens het Planbureau ⁽⁴⁾, zou de gemiddelde leeftijd van de bevolking toenemen van 41 jaar in 2014 tot 44 jaar in 2060. Het aandeel van de 15- tot 64-jarigen zou dalen van 65 % naar 59 %, terwijl het aandeel van de 65-plussers zou stijgen van 18 % in 2014 tot 25 % in 2060. Het percentage afhankelijke ouderen – dat wil zeggen het percentage van 65-plussers ten opzichte van de beroepsactieve bevolking – zou rond de 42 % liggen in 2060, terwijl dat in 2014 28 % bedroeg.

Deze verzekering bestaat uit twee verschillende takken :

Tak 1 : Thuishulp

Deze tak van de verzekering geeft personen met verminderde zelfredzaamheid, onder de voorwaarden die worden vastgelegd in dit voorstel van ordonnantie, recht op een maandelijks aantal uren die gebruikt kunnen worden voor thuisbegeleiding door erkende diensten voor gezins- en ouderenhulp. Naargelang de mate van afhankelijkheid, krijgt de begunstigde een aantal uren toegekend in een « zorgrekening », die wordt geopend bij zijn verzekeraar. Die uren zullen uitsluitend worden gebruikt voor bijstandsprestaties en diensten die ten huize van de begunstigde verricht worden. Deze tak van de zorgverzekering is bestemd voor personen die hun zelfredzaamheid in ruime zin aan het verliezen zijn, en maakt bijstand aan

(1) J. BREDA, "Pourquoi une assurance dépendance?", RBSS, 2004/1, blz. 22.

(2) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=population_structure_and_ageing/nl

(3) Studiecommissie voor de Vergrijzing (SCvV), Jaarlijks verslag, Juli 2018, blz. 25.

(4) https://www.plan.be/admin/uploaded/201503170937310_FORPOP1460_10926_150310_N.pdf

visé donc à mettre en place une assurance autonomie qui organise solidairement une protection sociale pour répondre aux besoins liés à la perte d'autonomie.

Si l'évolution des besoins de soins de longue durée est particulièrement difficile à anticiper, la corrélation entre l'augmentation de ces besoins et l'âge, et donc avec le vieillissement de la population, paraît indiscutable ⁽¹⁾. Or, le vieillissement de la population est une réalité à laquelle sont confrontés tous les pays de l'Union européenne. C'est ainsi qu'au cours de la période 2007-2017, la part de la population de plus de 65 ans a en moyenne augmenté, au cours de cette période de 10 ans, de 2,4 % au sein des 28 États membres ⁽²⁾.

Au niveau belge, entre 2017 et 2070, la population totale devrait croître de 18,5 %, passant de 11,4 millions de personnes à 13,5 millions, mais avec un accroissement touchant principalement les personnes de plus de 67 ans (dont le nombre devrait augmenter de 61 %) ⁽³⁾. Selon le Bureau du plan ⁽⁴⁾, l'âge moyen de la population devrait passer de 41 ans en 2014 à 44 ans en 2060. La part des 15-64 ans devrait être ramenée de 65 % à 59 %, alors que la part des plus de 65 ans devrait passer de 18 % en 2014 à 25 % en 2060. Le taux de dépendance des personnes âgées – à savoir le pourcentage des personnes de plus de 65 ans par rapport aux personnes en âge de travailler – devrait se situer aux alentours de 42 % en 2060 alors qu'il était de 28 % en 2014.

Cette assurance est constituée de deux branches distinctes :

Branche 1 : Intervention au domicile

Cette branche de l'assurance donne droit aux personnes en perte d'autonomie, dans les conditions fixées par la présente proposition d'ordonnance, à un montant d'heures mensuel utilisables pour des prestations dans le cadre d'un accompagnement au domicile fournies par les services agréés d'aide aux familles et aux aînés. Sur la base du niveau de dépendance, le bénéficiaire se verra octroyer un nombre d'heures dans un « compte assurance autonomie », ouvert auprès de son organisme assureur. Ces heures seront exclusivement utilisées pour des prestations d'aide et de services effectués au domicile. Cette branche de l'assurance autonomie s'adresse aux personnes en perte d'autonomie au sens large. Elle permet l'intervention au domicile dès

(1) J. BREDA, « Pourquoi une assurance dépendance ? », RBSS, 2004/1, p. 22.

(2) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr

(3) Comité d'Étude sur le Vieillessement (CEV), Rapport Annuel, Juillet 2018, p. 25.

(4) https://www.plan.be/admin/uploaded/201503170937470_FORPOP1460_10926_150310_F.pdf, p. 33.

huis mogelijk zodra de eerste symptomen van verlies van zelfredzaamheid opduiken. Als men weet dat isolement of sociale uitsluiting eveneens factoren zijn die het verlies van zelfredzaamheid versnellen, houdt de regeling bovendien rekening met criteria die ertoe strekken sociale afhankelijkheid te definiëren, om te voorkomen dat de afhankelijkheidsgraad van de begunstigden, ongeacht hun leeftijd, almaar groter wordt.

Er zij op gewezen dat het verlies van zelfredzaamheid wordt opgevangen in de collectieve opvangvoorzieningen via de dekking van de dagprijs in de RT's en RVT's, via de werkingsubsidies aan de opvangstructuren voor personen met een handicap en via verschillende vormen van opvang in meer gediversifieerde voorzieningen dankzij de hervorming van de bejaardenopvang. We hadden al die prestaties kunnen samenbrengen onder de term « zorgverzekering », maar dat zou een en ander minder duidelijk gemaakt hebben.

Na evaluatie, zullen op termijn andere prestaties kunnen worden toegevoegd aan de zorgverzekering, bijvoorbeeld het personenalarm.

Tak 2 : Zorgforfait (ZFF)

Deze verzekeringstak, die afhangt van bij dit voorstel van ordonnantie vastgestelde criteria inzake leeftijd en inkomen, verleent de begunstigde het recht op een financiële tegemoetkoming die berekend wordt op basis van zijn graad van zelfredzaamheid. Het zorgforfait (ZFF) komt thans overeen met de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zoals bepaald in de wet van 27 februari 1987 en het koninklijk besluit van 5 maart 1990. Het wordt gestort aan de begunstigde. De twee takken van de zorgverzekering kunnen gecumuleerd worden. Samen zorgen ze voor een sociaal vangnet dat actiever wordt naarmate de begunstigde zijn zelfredzaamheid verliest. De zorgverzekering strekt er bijgevolg toe om, volgens de gangbare principes in het verzekeringswezen, het afhankelijkheidsrisico voor de hele Brusselse bevolking te dekken, met een vastberaden streven om de begeleiding aan huis (of daarmee gelijkgesteld) van personen te bevoorrechten en te vergemakkelijken via bijstand die aangepast is aan hun situatie. Aangezien het de bedoeling is om tevens de mantelzorgers te steunen, zijn die diensten ook toegankelijk voor deze laatsten volgens een nog te bepalen allesomvattend bijstandsplan.

In dat kader, dekt de zorgverzekering thuisprestaties via gezinshulp, thuisoppas en huishoudhulp. Na evaluatie, zullen op termijn andere prestaties kunnen worden toegevoegd aan de zorgverzekering, bijvoorbeeld het personenalarm.

Het recht op zorgverzekering wordt zowel verleend aan personen die thuis wonen als aan personen die in een

les premiers symptômes de la perte d'autonomie. De plus, sachant que l'isolement ou la désaffiliation sociale sont également des facteurs d'accélération de la perte d'autonomie, le mécanisme prend également en compte des critères visant à définir la dépendance sociale afin d'éviter que les bénéficiaires, quel que soit l'âge, n'évoluent vers les niveaux de dépendance plus élevés.

Rappelons que ces situations de pertes d'autonomies sont prises en charge dans les milieux d'accueil collectifs par la couverture du prix de journée dans les MR et MRS et par les subsides au fonctionnement des accueils pour personnes en situation de handicap ainsi que par diverses prises en charge dans des accueils plus diversifiés grâce à la réforme de l'accueil des personnes âgées. Nous aurions pu ramener sous le vocable d'« Assurance autonomie » l'ensemble de ces interventions... Mais cela aurait perdu en lisibilité.

Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télé vigilance.

Branche 2 : Allocation forfaitaire Autonomie (AFA)

Cette branche de l'assurance, conditionnée par des critères d'âge et de revenus fixés par la présente proposition d'ordonnance, donne droit au bénéficiaire à une intervention financière calculée sur la base de son niveau d'autonomie. Cette allocation forfaitaire autonomie (AFA) correspond actuellement à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées telle que définie par la Loi du 27 février 1987 et l'arrêté royal du 5 mars 1990. Elle sera versée au bénéficiaire. Les deux branches de l'assurance autonomie peuvent être cumulées. Elles créent ensemble un maillage de protection sociale qui s'accroît au fur et à mesure de la perte d'autonomie du bénéficiaire. L'assurance autonomie vise donc, selon les principes généralement admis dans un cadre assurantiel, à couvrir pour l'ensemble de la population résidant à Bruxelles le risque de dépendance, avec une volonté affirmée de privilégier et de faciliter l'accompagnement des personnes à leur domicile (ou assimilé) via une aide adaptée à leur situation. Dans une volonté de soutenir également les aidants proches, ces services sont aussi accessibles à ces derniers en fonction d'un plan d'aide global à définir.

Dans ce cadre, l'assurance autonomie couvre des prestations à domicile via des aides familiales, des gardes à domicile et des aides ménagères sociales. Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télé vigilance.

Le bénéfice de l'assurance autonomie est octroyé tant aux personnes vivant à domicile qu'à celles résidant

instelling verblijven (RT/RVT, instelling voor personen met een handicap) via de tweede tak (afhankelijk van leeftijds- en inkomenscriteria), die voorziet in de storting van een zorgforfait die de begunstigde kan gebruiken om de kosten ten gevolge van zijn verlies van zelfredzaamheid te helpen dekken. De zorgverzekering streeft een doelstelling van algemeen belang na, namelijk ervoor zorgen dat de begunstigde zolang mogelijk in zijn eigen omgeving kan blijven wonen, wat een positieve impact heeft op zijn levenskwaliteit, en helpen om de kosten van de thuiszorg of de factuur van de instelling waar hij verblijft te betalen. De steun aan de mantelzorgers staat eveneens centraal in de zorgverzekering. Gelet op de huidige context, onder meer de vergrijzing van de bevolking, is het niet altijd makkelijk om een beroep te doen op de omgeving en aldus de zelfredzaamheid op lange termijn te behouden. Het toekennen van diensten aan huis zal niet enkel de rechtstreekse begunstigde steunen, maar ook de mantelzorgers, die ietwat respijt krijgen, omdat ze kunnen rekenen op de knowhow en het professionalisme van de bijstandsdiensten. Daarom zal men, in gevallen van sociale kwetsbaarheid, ook rekening houden met de hele gezinssituatie.

Bovendien zorgt het voorstel van ordonnantie ervoor dat de personen die hun zelfredzaamheid verliezen, makkelijk en tegen betaalbare prijzen toegang krijgen tot de diensten voor thuishulp. Op die manier, krijgen de mantelzorgers van de afhankelijke personen (vaak het gezin) ietwat respijt. De toekenning van diensten aan huis zal niet enkel de rechtstreekse begunstigde steunen, maar ook de mantelzorgers ietwat respijt geven omdat ze kunnen terugvallen op de knowhow en het professionalisme van de bijstandsdiensten!

Context

In de Belgische context, rijst de vraag welke overheden bevoegd zijn om de dekking te organiseren van de lange-termijnzorg die vereist is ten gevolge van het verlies van zelfredzaamheid en van de afhankelijkheid. Krachtens artikel 128 van de Grondwet, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de persoonsgebonden aangelegenheden, die doorgaans omschreven worden als « alle aangelegenheden die nauw samenhangen met het leven van het individu in zijn gemeenschap »⁽⁵⁾. Ze worden opgesomd in artikel 5, § 1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen.

Hoewel de opvang van de afhankelijkheid niet uitdrukkelijk wordt vermeld in de opsomming in artikel 5, § 1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen, heeft het Grondwettelijk Hof in zijn arrest nr. 33/2001 betreffende de door de Vlaamse Gemeenschap ingevoerde zorgverzekering alle twijfel weggenomen over

(5) Doc. Parl., Kamer, 1977-1978, nr. 461/1, p. 28.

en institutions (MR/MRS, institution pour personnes handicapées) via sa deuxième branche (conditionnée à des critères d'âge et de revenus) qui prévoit le versement d'une allocation forfaitaire autonomie qui peut être utilisée par le bénéficiaire afin de l'aider à couvrir les coûts liés à sa perte d'autonomie. L'objectif de l'assurance autonomie est un objectif d'intérêt général qui a vocation de permettre au bénéficiaire de rester le plus longtemps possible dans son milieu de vie, ce qui aboutit à un impact positif sur sa qualité de vie et à une prise en charge de ses coûts liés soit aux aides à domicile soit au coût de sa facture en institution. Le soutien aux aidants proches est également au cœur des préoccupations de l'assurance autonomie. Au vu du contexte actuel, notamment de vieillissement de la population, il n'est pas toujours aisé de pouvoir faire appel à son entourage afin d'aider au maintien de l'autonomie sur le long terme. L'octroi de services au domicile soulagera non seulement le bénéficiaire direct mais permettra également aux aidants proches de prendre un peu de répit en s'appuyant sur le savoir-faire et le professionnalisme des services d'aide. C'est la raison pour laquelle, c'est bien la situation globale de la famille qui sera prise en compte en particulier dans les situations de fragilité sociale.

En outre, cette proposition d'ordonnance permettra à la population en perte d'autonomie d'avoir facilement accès à des services d'aides au domicile et ce à des prix accessibles. Cela permettra aux aidants proches de ces personnes dépendantes (souvent la famille) d'obtenir un peu de répit. L'octroi de services au domicile soulagera non seulement le bénéficiaire direct, mais il permettra également aux aidants proches de prendre un peu de répit en s'appuyant sur le savoir-faire et le professionnalisme des services d'aide !

Contexte

Dans le contexte belge, se pose la question de savoir quelles entités sont compétentes pour organiser la couverture des soins de longue durée rendus nécessaires par la perte d'autonomie et la dépendance. En vertu de l'article 128 de la Constitution, les matières personnalisables relèvent de la compétence des communautés. Les matières personnalisables sont habituellement définies comme « toutes les matières étroitement liées à la vie de l'individu dans sa communauté »⁽⁵⁾. Elles sont énumérées à l'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

Si la prise en charge de la dépendance n'apparaît pas explicitement dans l'énumération qui figure à l'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980, la Cour constitutionnelle a, dans son arrêt n° 33/2001 relatif à la zorgverzekering (« assurance soins ») instituée par la Communauté flamande, levé tout doute quant à la compétence des

(5) Doc. parl., Chambre, 1977-1978, n° 461/1, p. 28.

de bevoegdheid van de Gemeenschappen om een zorgverzekering in te voeren. Op de vraag of het Vlaams decreet van 30 maart 1999 geldig had kunnen worden aangenomen door de Vlaamse Gemeenschap⁽⁶⁾, heeft het Grondwettelijk Hof het advies van de afdeling Wetgeving van de Raad van State⁽⁷⁾ gevolgd en is het van oordeel dat de bijzondere wet van 8 augustus 1980 « de hele materie betreffende bijstand aan personen » als persoonsgebonden aangelegenheden heeft toegekend aan de Gemeenschappen en dat de Vlaamse Gemeenschap op die basis ertoe gemachtigd is een tegemoetkoming in de kosten van personen met een beperkte zelfredzaamheid te regelen. Aldus « is het van weinig belang dat de categorie begunstigden [van de zorgverzekering] niet uitdrukkelijk wordt vermeld in de opsomming in artikel 5, § 1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ». De bijstand « die de Gemeenschappen kunnen verlenen is [...] niet beperkt tot de verschillende categorieën personen die worden opgesomd » door deze bepaling⁽⁸⁾.

Aldus blijkt dat de invoering van een dienstverlening om afhankelijke personen te helpen wel degelijk binnen de bevoegdheden van de Gemeenschappen valt.

In het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, kan de bijstand aan personen worden geregeld door verschillende wetgevers⁽⁹⁾.

In de eerste plaats, vloeit uit artikel 128, § 2 van de Grondwet voort dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de instellingen die in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad gevestigd zijn en die wegens hun organisatie dienen te worden beschouwd als uitsluitend behorend tot de ene of de andere Gemeenschap, met inbegrip van de personen die zich vrijwillig tot die instellingen wenden. De Vlaamse Gemeenschap kon de personen die in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad wonen aldus de mogelijkheid bieden om zich vrijwillig aan te sluiten bij

communautés pour instaurer une assurance autonomie. À la question de savoir si le décret flamand du 30 mars 1999 avait pu valablement être adopté par la Communauté flamande⁽⁶⁾, la Cour constitutionnelle, suivant en cela l'avis de la section de législation du Conseil d'État⁽⁷⁾, a considéré que la loi spéciale du 8 août 1980 a attribué aux communautés, au titre des matières personnalisables, « toute la matière de l'aide aux personnes » et que, sur cette base, la Communauté flamande était fondée à organiser une prise en charge des frais encourus par les personnes ayant une autonomie réduite. Ainsi, « il importe peu que la catégorie de bénéficiaires [de l'assurance autonomie] ne soit pas expressément mentionnée dans l'énumération de l'article 5, § 1^{er}, II, de la loi spéciale du 8 août 1980 ». L'aide « que les communautés peuvent prévoir n'est [...] pas limitée aux diverses catégories de personnes énumérées » par cette disposition⁽⁸⁾.

Il apparaît ainsi que la création d'une prestation destinée à soutenir les personnes en situation de dépendance entre bien dans les compétences des communautés.

Dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'aide aux personnes est susceptible d'être réglée par différents législateurs.⁽⁹⁾

Il résulte, tout d'abord, de l'article 128, § 2, de la Constitution que les communautés sont compétentes à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté, en ce compris les personnes qui s'adressent volontairement à ces institutions. La Communauté flamande a ainsi pu prévoir la possibilité pour les personnes domiciliées dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale de s'affilier volontairement à l'assurance

(6) Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, B.S. 28 mei 1999. Dat decreet werd opgeheven en vervangen door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, B.S. 6 september 2016. Dat decreet werd zelf opgeheven en vervangen door het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, B.S. 17 augustus 2018. In dat decreet, zoals in het vorige, is de zorgverzekering een van de "pijlers" van de nieuwe "Vlaamse sociale bescherming".

(7) Raad van State, advies nr. L.28.583/3 van 17 december 1998 over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering, Doc. Parl., VI. Parl., 1998-1999, nr. 1239/3, blz. 7 en 8.

(8) Grondwettelijk Hof, 13 maart 2001, nr. 33/2001, B.3.3. en B.3.4. Zie ook Grondwettelijk Hof, 22 januari 2003 nr. 8/2003, B.7.; Grondwettelijk Hof, 19 april 2006, nr. 51/2006; Grondwettelijk Hof, 21 januari 2009, nr. 11/2009, B.12.1.

(9) In dat verband kan worden verwezen naar de opmerkingen die de afdeling Wetgeving van de Raad van State heeft gemaakt over het voorstel dat de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde Staatshervorming is geworden, zie advies RvS 53.932/AV van 27 augustus 2013, Doc. Parl. Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 12-17.

(6) Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, M.B., 28 mai 1999. Ce décret a été abrogé et remplacé par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, M.B., 6 septembre 2016. Ce décret a lui-même été abrogé et remplacé par le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, M.B., 17 août 2018. Dans ce décret comme dans le précédent, l'assurance soins est l'un des « piliers » de la nouvelle « protection sociale flamande » (Vlaamse sociale bescherming).

(7) Conseil d'Etat, avis n° L.28.583/3 du 17 décembre 1998 « over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering », Doc. parl., VI. Parl., 1998-1999, n° 1239/3, p. 7 et 8.

(8) Cour d'arbitrage, 13 mars 2001, n° 33/2001, B.3.3. et B.3.4. Voy. aussi Cour constitutionnelle, 22 janvier 2003, n° 8/2003, B.7. ; Cour constitutionnelle, 19 avril 2006, n° 51/2006, B.9.5. ; Cour constitutionnelle, 21 janvier 2009, n° 11/2009, B.12.1.

(9) À ce propos, il peut être renvoyé aux observations que le Conseil d'État, section de législation, a formulées sur la proposition devenue la loi spéciale du 6 janvier 2014 « relative à la Sixième Réforme de l'État », voy. Avis C.E. 53.932/AG du 27 août 2013, Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 12-17.

de door deze Gemeenschap georganiseerde zorgverzekering⁽¹⁰⁾. De Franse Gemeenschapscommissie (FGC), waaraan de Franse Gemeenschap in 1993 de uitoefening van haar bevoegdheden inzake bijstand aan personen in het tweetalig gebied heeft overgedragen, zou een zorgverzekering kunnen invoeren die de Brusselaars die zulks wensen, zouden kunnen sluiten. Van die bevoegdheid werd tot nu toe geen gebruikgemaakt.

De bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse instellingen, uitgevaardigd met toepassing van de artikelen 135 en 136 van de Grondwet, preciseert in artikel 60, vierde lid, dat « de instelling die bevoegd is voor de gemeenschapsaangelegenheden gemeen aan beide Gemeenschappen van Brussel-Hoofdstad « de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie » [is]. » De GGC is bijgevolg bevoegd om de aspecten van de bijstand aan personen te regelen waarvoor de Vlaamse Gemeenschap of de FGC niet bevoegd zijn. Welnu, de invoering van een verplichte verzekering valt buiten hun bevoegdheid. Gelet op het feit dat de inwoners van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad geen subnationaliteit hebben, kunnen noch de Vlaamse Gemeenschap noch de FGC deze inwoners ertoe verplichten om een van de zorgverzekeringen te sluiten die ze organiseren of zouden organiseren⁽¹¹⁾.

Bijgevolg is enkel de GGC bevoegd om voor de zogenaamde « bipersonsgebonden aangelegenheden » een verplichte zorgverzekering in te voeren voor de hele Brusselse bevolking.

De gevolgen van het samen-bestaan van een bij deze ordonnantie verplicht gestelde aansluiting en een vrijwillige aansluiting bij de door de Vlaamse Gemeenschap georganiseerde verzekering, zouden kunnen worden geregeld in een samenwerkingsovereenkomst tussen de GGC, de Vlaamse Gemeenschap en de FGC. In zoverre de GGC de enige overheid is die ertoe gemachtigd is een verplichte zorgverzekering in Brussel in te voeren, zijn de bevoegdheden niet dermate met elkaar verweven dat een samenwerkingsovereenkomst een voorafgaande voorwaarde zou zijn voor de uitoefening van haar bevoegdheid: met andere woorden, een dergelijke samenwerkingsovereenkomst zou niet noodzakelijk zijn voor het voeren van een coherent beleid⁽¹²⁾. In het verleden, werd de Vlaamse Gemeenschap trouwens niet

(10) Zie thans decreet van 18 mei 2018 betreffende de Vlaamse sociale bescherming, art. 42, § 1, tweede lid.

(11) Wat betreft de bronnen en de draagwijdte van het ontbreken van subnationaliteiten en van het verbod om de Brusselse bevolking ertoe te verplichten voor een Gemeenschap te kiezen, zie H. DUMONT en S. VAN DROOGHENBROECK, « L'interdiction de sous-nationalités à Bruxelles », Administration publique, 2011, p. 201-226. Zie ook Verslag namens de commissie voor de herziening van de Grondwet en de hervorming der instellingen uitgebracht door de heren de Stexhe en Lindemans, Doc. parl., Senaat, 1979-1980, nr. 100/27, p. 5-7.

(12) Grondwettelijk Hof, 28 september 2005, nr. 147/2005, B.8.3.

soins organisée par cette Communauté⁽¹⁰⁾. La Commission communautaire française (COCOF), à qui la Communauté française a transféré en 1993, pour ce qui concerne la région bilingue, l'exercice de ses compétences en matière d'aide aux personnes, pourrait créer une assurance autonomie à laquelle les Bruxellois qui le souhaitent pourraient s'affilier. À ce jour, il n'a pas été fait usage de cette compétence.

La loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, prise en application des articles 135 et 136 de la Constitution, précise en son article 60, alinéa 4, que « l'institution compétente pour les matières communautaires communes aux deux communautés de Bruxelles-Capitale [est] la Commission communautaire commune ». La COCOM est donc compétente pour régler les aspects de l'aide aux personnes qui échappent à la compétence de la Communauté flamande ou de la COCOF. Or, l'instauration d'une assurance obligatoire leur échappe. En effet, compte tenu de l'absence de sous-nationalité des habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, ni la Communauté flamande, ni la COCOF, ne peuvent imposer à cette population de s'affilier à l'une des assurances autonomie qu'elles organisent ou organiseraient.⁽¹¹⁾

Ainsi, seule la COCOM est compétente pour instaurer, au titre des matières dites « bipersonnalisables », une assurance autonomie obligatoire pour l'ensemble de la population bruxelloise.

Les conséquences de la coexistence d'une affiliation obligatoire prévue par la présente ordonnance et d'une affiliation volontaire à l'assurance organisée par la Communauté flamande pourraient faire l'objet d'un accord de coopération entre la COCOM, la Communauté flamande et la COCOF. Dans la mesure où la COCOM est la seule entité habilitée à instaurer une assurance autonomie obligatoire à Bruxelles, les compétences ne sont pas à ce point imbriquées que la conclusion d'un accord de coopération serait une condition préalable à l'exercice de sa compétence: en d'autres termes, l'élaboration d'un tel accord ne paraît pas indispensable à la mise en œuvre d'une politique cohérente⁽¹²⁾. Par le passé, la Communauté flamande n'a d'ailleurs pas été invitée à conclure un accord

(10) Voy. actuellement, Décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, art. 42, §1^{er}, alinéa 2.

(11) Sur les sources et la portée de l'absence de sous-nationalité et de l'interdiction d'imposer à la population bruxelloise de faire le choix d'une Communauté, voir H. DUMONT et S. VAN DROOGHENBROECK, « L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », Administration publique, 2011, p. 201-226. Voy. aussi Rapport fait au nom de la commission de la Révision de la Constitution et de la réforme des institutions par M. de Stexhe et M. Lindemans, Doc. parl., Sénat, 1979-1980, n° 100/27, p. 5-7.

(12) Cour d'arbitrage, 28 septembre 2005, n° 147/2005, B.8.3.

verzocht om een samenwerkingsovereenkomst met de GGC of de FGC te sluiten alvorens de zorgverzekering in Brussel vrijblijvend te maken.

De bijzondere wet van 6 januari 2014, die het akkoord met betrekking tot de zesde Staatshervorming in de wetgeving integreert, voorziet in een omvangrijke bevoegdheidsoverdracht naar de Gewesten en Gemeenschappen. De overdracht van bevoegdheden naar de deelgebieden betreft met name de volledige bevoegdheid voor het ouderenbeleid. In een tweede fase werd, met de Sint-Emilie-akkoorden, de uitoefening van de bevoegdheid inzake persoonsgebonden aangelegenheden, met uitzondering van sommige aangelegenheden waarvoor de Federatie Wallonië-Brussel bevoegd blijft, overgedragen van de Franse Gemeenschap naar het Waals Gewest voor het Franstalig grondgebied en aan de Franse Gemeenschapscommissie voor het tweetalig Brussels Hoofdstedelijk grondgebied. In Brussel heeft het nieuwe Verenigd College zich in zijn algemene beleidsverklaring verbonden tot de overname van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (hierna « THAB »), vroeger een federale bevoegdheid, die toegekend wordt aan 65-plussers op grond van hun inkomen en afhankelijkheidsgraad. Dit voorstel van ordonnantie voorziet, na de overname, in de integratie van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden in de nieuwe zorgverzekering onder de naam zorgforfait, als tweede tak van die verzekering. De startleeftijd voor het zorgforfait zal verhoogd worden teneinde te sporen met de verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd zodra de leeftijd voor het recht op vervangingsuitkering en leefloon aangepast wordt, om dezelfde reden. De invoering van die zorgverzekering zal een duidelijke toegang tot de rechten mogelijk maken voor de begunstigden, de duidelijkheid van de rechten voor de sociale of terreinactoren vergroten en waarborgen dat men tijdens het gehele leven begeleid wordt wanneer men al dan niet zijn zelfredzaamheid verliest of in een toestand verkeert die daartoe kan leiden.

Algemene beginselen

Iedereen kan tijdens zijn leven een aantal moeilijkheden ondervinden. Om makkelijker het hoofd te bieden aan de gevolgen daarvan, willen de indieners een zorgverzekering invoeren die de mogelijkheid biedt de begeleiding van de afhankelijkheid te delen. Voor tak 1 wordt de dekking van de gehele Brusselse bevolking, ongeacht de leeftijd en de duur van het verlies aan zelfredzaamheid, gewaarborgd door de vergoeding voor de huishulp: huishoudhulp, gezinshulp en thuisoppas. Na evaluatie, kunnen andere diensten uiteindelijk worden toegevoegd aan de zorgverzekering, zoals bijvoorbeeld afstandsbeveiliging. Daartoe moet worden gezorgd voor een progressieve uitbreiding van het aanbod aan erkende diensten voor gezins- en bejaardenhulp, door het aantal werknemers en de begeleiding door maatschappelijke werkers te versterken. De toekenning van een vergoeding voor huishulp biedt de mogelijkheid te waarborgen dat de begunstigde de zorgverzekering te goeder trouw gebruikt, volgens de nagestreefde doelstelling,

de coopération avec la COCOM ou la COCOF, avant de rendre l'assurance autonomie facultative à Bruxelles.

La loi spéciale du 6 janvier 2014, qui transcrit l'accord relatif à la sixième réforme de l'État, prévoit un important transfert de compétences aux régions et communautés. Les transferts de compétences aux entités fédérées concernent notamment la compétence complète de la politique des personnes âgées. Dans un second temps, les accords de la Sainte-Emilie ont transféré de la Communauté française à la Région wallonne pour le territoire de langue française et à la Commission communautaire française pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, l'exercice de la compétence à l'égard des matières personnalisables, à l'exception de certaines matières pour lesquelles la Fédération Wallonie Bruxelles reste compétente. A Bruxelles, le nouveau Collège réuni s'est engagé, dans la Déclaration de Politique Générale, à reprendre la compétence de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (ci-après l'« APA »), anciennement compétence fédérale, octroyée aux personnes de plus de 65 ans, en fonction de leurs revenus et de leur niveau de dépendance. La présente proposition d'ordonnance prévoit, après la reprise, l'intégration de l'APA dans la nouvelle assurance autonomie sous le nom d'Allocation Forfaitaire Autonomie (AFA), comme seconde branche de cette assurance. L'âge de départ de l'AFA sera augmenté de manière à rejoindre l'augmentation de l'âge de la pension légale dès que l'âge d'accès à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration aura été adapté pour suivre la même logique. La mise en place de cette assurance autonomie permettra un accès clair aux droits pour les personnes, une lisibilité des droits pour les acteurs sociaux ou d'aide sur le terrain, et une garantie d'être accompagné tout au long de la vie quand on est en perte d'autonomie, momentanée ou non, ou dans une situation pouvant y conduire.

Principes généraux

Toute personne peut rencontrer au cours de sa vie un certain nombre de difficultés. Pour affronter plus aisément les conséquences de celles-ci, la volonté des auteurs est d'instaurer une assurance autonomie permettant une mutualisation de la prise en charge de la dépendance. Pour la branche 1, la couverture de l'ensemble de la population bruxelloise quels que soient l'âge et la durée de la perte d'autonomie est assurée par l'indemnisation de prestations d'aide au domicile: aide-ménagère sociale, aide familiale et garde à domicile. Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télévigilance. Pour ce faire, il faudra veiller à renforcer progressivement l'offre des services d'aide aux familles et aux aînés agréés en augmentant le nombre de travailleurs ainsi que l'encadrement assuré par des travailleurs sociaux. L'octroi d'une indemnisation dans les prestations d'aide à domicile permet de garantir que le bénéficiaire utilise à bon escient le bénéfice de

te weten begeleiding voor afhankelijkheid thuis. Dankzij die beleidskeuze kan worden voorkomen dat de middelen verkeerd gebruikt worden en dat er geld wordt uitgegeven voor zaken die geen verband houden met het verlies aan zelfredzaamheid. Tevens is het de bedoeling de kwaliteit van de bijstand aan de begunstigden te waarborgen via regelmatige controles door de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag (Iriscare). De thuiszorgdiensten vervullen immers opdrachten van algemeen nut. Voor de personen die in een RH/RVT verblijven of in een inrichting voor personen met een handicap, wordt de hulp die nodig is voor het begeleiden bij verlies aan zelfredzaamheid betaald met de middelen van Iriscare voor deze sectoren. Zij worden niet opgenomen in de totale begroting voor de zorgverzekering, maar gedekt door de begroting voor de RH's/RVT's en de subsidies voor de instellingen. Tak 2, die het systeem van de THAB overneemt, dekt zowel de personen die thuis als in een instelling verblijven. De toegekende bedragen worden maandelijks aan de begunstigden uitgekeerd door de verzekeringsinstellingen waarbij ze aangesloten zijn. De begunstigden kunnen die bedragen vrij gebruiken, ongeacht zij thuis of in een instelling verblijven.

Evaluatie van het verlies van zelfredzaamheid en van de sociale situatie

De keuze van de evaluatieschaal is bepalend om de zorgverzekering concreet gestalte te geven. Daartoe wensen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in samenwerking met de federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap en het Waals Gewest een gemeenschappelijke schaal te bepalen voor het gehele grondgebied, door de BelRAI-schaal aan te nemen. Dankzij het gebruik van deze schaal voor de eerste tak van de zorgverzekering, staan personen in dezelfde situatie op gelijke voet wat het genieten van een recht betreft en blijven ze tevens een hulplan genieten dat aangepast is aan elke situatie. De veralgemening van deze tool zal tevens de mogelijkheid bieden om precieze indicatoren te bekomen over het zelfredzaamheidsniveau van de Brusselse bevolking. Teneinde de betaling te waarborgen van bij de aanvang van het verlies aan zelfredzaamheid, maar ook om zo goed mogelijk in te spelen op de noden aan sociale begeleiding bij kwetsbare personen en gezinnen, wordt de BelRAI Screener aangevuld met een sociale module die de mogelijkheid biedt om rekening te houden met die sociale dimensie. Die vragenlijst, opgesteld in overleg met de sector, herneemt een reeks criteria waardoor die sociale dimensie kan worden bepaald. Voor de tweede tak van de zorgverzekering, die bestaat uit de overname van de THAB, worden de evaluatievoorwaarden ingegeven door het huidige THAB-model.

l'assurance autonomie, et ce suivant l'objectif poursuivi, à savoir, l'accompagnement de la dépendance à domicile. Ce choix politique permet donc d'éviter l'utilisation détournée de ces moyens pour la prise en charge de dépenses sans lien avec la perte d'autonomie. Il s'agit également de garantir la qualité de prestations octroyées au bénéficiaire par les contrôles réguliers qui sont effectués par l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (Iriscare). En effet, les services d'aide à domicile sont des services remplissant des missions d'intérêt général. Pour les personnes qui résident en MR/MRS ou en hébergement pour personnes handicapées, la prise en charge de l'aide nécessaire à l'accompagnement de la perte d'autonomie est à charge des budgets d'Iriscare relatifs à ces secteurs. Ils ne sont pas intégrés dans le budget global de l'assurance autonomie mais le besoin est couvert par le budget des MR/MRS et les subsides aux institutions d'hébergement. La branche 2, qui reprend le mécanisme de l'APA, couvre les personnes qu'elles résident dans leur domicile ou en institution. Les montants accordés sont versés aux bénéficiaires mensuellement par les Organismes Assureurs auxquels ils sont affiliés. Les bénéficiaires peuvent utiliser ces montants à leur libre choix, qu'ils demeurent à domicile ou qu'ils résident en institution.

Évaluation de la perte d'autonomie et de la situation sociale

Le choix de l'échelle d'évaluation est déterminant dans la mise en œuvre de l'assurance autonomie. À cet effet, la Région de Bruxelles-Capitale, en collaboration avec l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté germanophone et la Région wallonne sont désireuses de déterminer une échelle commune à l'ensemble du territoire en adoptant l'échelle BelRAI. L'utilisation de cette échelle pour la première branche de l'Assurance autonomie permet que des personnes se trouvant dans la même situation puissent bénéficier des mêmes droits à l'ouverture du droit, mais tout en bénéficiant d'un plan d'aide adapté à chaque situation. La généralisation de cet outil permettra également d'obtenir des indicateurs précis sur le niveau d'autonomie de la population bruxelloise. Afin de garantir la prise en charge dès l'entame de la perte d'autonomie, mais aussi agir au plus près des besoins d'accompagnement social auprès d'un public fragilisé et de familles précarisées, le BelRAI Screener est complété par un module social permettant de tenir compte de cette dimension sociale. Ce questionnaire, défini en concertation avec le secteur, reprend une série de critères permettant d'objectiver et de définir cette dimension sociale. Dans le cadre de la deuxième branche de l'assurance autonomie consistant à une reprise de l'APA, les conditions d'évaluation sont calquées sur le modèle actuel de l'APA.

Bijdragen

De verzekeringsinstellingen innen de bijdragen bij hun leden, naar het voorbeeld van wat al meer dan tien jaar in Vlaanderen gebeurt in het kader van de zorgkas en de Vlaamse sociale bescherming. De bijdragen zijn jaarlijks verschuldigd vanaf het jaar waarin de persoon de leeftijd van 26 jaar bereikt. Men mag er immers van uitgaan dat de meeste mensen vanaf die leeftijd in het beroepsleven zijn gestapt. Personen jonger dan 26 dragen niet bij, maar kunnen gebruikmaken van de zorgverzekering.

Het Verenigd College zal het bedrag van de bijdragen bepalen volgens de bijdragecapaciteit van de verzekerden, met minimum drie categorieën en een vrijstelling voor de meest kwetsbare personen.

Die bijdragen kunnen worden geïndexeerd volgens de gezondheidsindex. Alle geïnde bijdragen worden in een fonds gestort dat uitsluitend bestemd is om personen die hun zelfredzaamheid verliezen te steunen. Dat systeem waarborgt aan de bevolking dat de geïnde bedragen niet zullen dienen voor andere projecten van het Gewest. De zorgverzekering zal een van de takken vormen van de toekomstige Brusselse sociale bescherming, ter aanvulling van de gezondheidszorgregelingen van de sociale zekerheid. De toekomstige Brusselse sociale bescherming zal een groot deel omvatten van de aangelegenheden die voortvloeien uit de zesde staatshervorming, met name de bijdragen aan de RH/RVT, IHP, MSP, centra voor functionele revalidatie, enz. Zij zal de gezondheidssystemen van de federale sociale zekerheid aanvullen. Bovendien zal het Verenigd College op zijn minst moeten voorzien in een vrijstelling van bijdrage voor de volgende meest kwetsbare personen

- daklozen en personen in collectieve schuldenregeling ;
- personen die sedert minstens drie jaar een leefloon ontvangen zoals omschreven in de artikelen 14 en 15 van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op sociale inschakeling, alsook de personen die een vervangingsinkomen (VI) genieten als omschreven in de wet van 27 februari 1987 of een inkomensgarantie voor ouderen (IGO), zoals omschreven in hoofdstuk IV van de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen ;
- personen in de gevangenis of in een inrichting tot bescherming van de maatschappij: artikel 5 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, stelt dat de in de wet bepaalde geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten of is geïnterneerd in een

Cotisations

La perception des cotisations est effectuée par les organismes assureurs auprès de leurs affiliés, à l'instar de ce qui se passe en Flandre depuis plus de dix ans dans le cadre des « zorgkas » et de la « vlaamse sociale bescherming ». Les cotisations sont dues annuellement à partir de l'année dans laquelle la personne atteint l'âge de 26 ans. On peut en effet considérer qu'à partir de cet âge-là, la plupart des individus sont entrés dans la vie professionnelle. Les personnes de moins de 26 ans ne cotisent pas mais ont droit au bénéfice de l'assurance autonomie.

Le Collège réuni déterminera le montant des cotisations par rapport à la capacité contributive des assurés avec au minimum trois catégories dont une d'exemption pour les personnes les plus précarisées.

Ces cotisations peuvent être indexées en fonction de l'indice santé. La totalité des cotisations perçues seront injectées dans un fonds exclusivement dédié à la prise en charge de personnes en perte d'autonomie. Ce mécanisme garantit à la population que les montants collectés ne serviront pas à d'autres projets de la Région. L'assurance autonomie constituera l'une des branches de la future protection sociale bruxelloise, en complément à la sécurité sociale en soins de santé. La future protection sociale bruxelloise comprendra une bonne partie des matières liées à la sixième réforme de l'État, notamment les interventions dans les MR/MRS, IHP, MSP, centres de rééducation fonctionnelle, etc. Elle vient compléter les mécanismes de santé de la sécurité sociale fédérale. En outre, une exemption de cotisation devra à tout le moins être prévue par le Collège réuni pour les personnes les plus précarisées suivantes :

- les personnes sans-abri et les personnes en règlement collectif de dettes ;
- les personnes bénéficiant depuis au moins trois mois du revenu d'intégration sociale tel que défini par les articles 14 et 15 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, ainsi que les personnes bénéficiant de l'allocation de revenu de remplacement (ARR) définie par la loi du 27 février 1987 ou bénéficiant de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), telle que définie par le chapitre IV de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;
- les personnes en prison ou en établissement de défense sociale: l'article 5 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale. Les frais des soins de santé sont pris en charge par le service

inrichting tot bescherming van de maatschappij. De kosten voor de gezondheidszorg worden betaald door de federale overheidsdienst op grond van een overeenkomst met het RIZIV. Om dezelfde reden, en gelet op het feit dat de diensten die onder de zorgverzekering vallen niet kunnen worden verleend in de gevangenis of in een inrichting tot bescherming van de maatschappij, wordt vrijstelling van bijdrage verleend aan gevangenen en geïnterneerden.

Bijdrage van de begunstigen

Teneinde rekening te houden met het verschil in de bijdragecapaciteit, wordt bepaald dat, wanneer de gezinsleden van de aangeslotenen de begunstigen zijn en er een verhoogde tegemoetkoming wordt uitgekeerd voor gezondheidszorg wegens hun inkomensniveau, het basisbedrag van de bijdrage gedeeld wordt door twee. De bijdrage wordt volledig geschrapt wanneer het voordeel van de verhoogde tegemoetkoming automatisch wordt verleend wegens de toekenning van sociale bijstand (voordeel van de verhoogde tegemoetkoming) ⁽¹³⁾.

Tevens wordt bepaald dat het Verenigd College de mogelijkheid heeft om de in deze ordonnantie bepaalde forfaitaire bijdragen te vervangen door progressieve bijdragen, die bepaald worden op grond van de gezinsinkomsten.

Budget

Het totaalbudget van de zorgverzekering bestaat uit :

- Voor tak 1 « Thuishulp » :

Sedert de zesde staatshervorming, kan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in zijn begroting een dotatie inschrijven ten voordele van de GGC ⁽¹⁴⁾. Het Gewest is dus bevoegd om bij te dragen in de financiering van de Brusselse zorgverzekering. De ordonnantie voorziet in die mogelijkheid.

Het komt de GGC niet toe de criteria te bepalen op grond waarvan het Gewest het bedrag van de dotatie zal bepalen. Deze ordonnantie preciseert echter de voorwaarden op grond waarvan de GGC het Gewest zal informeren over de evolutie van de verzekering en de financieringsbehoeften ervan.

(13) Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S., 29 januari 2014, art. 8 en 16.

(14) Bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, art. 65, § 1, 4°.

public fédéral justice sur la base d'une Convention avec l'INAMI. Pour les mêmes raisons, et compte tenu du fait que les prestations relevant de l'assurance autonomie ne peuvent pas être réalisées en prison ou dans un établissement de défense sociale, une exemption de cotisation est accordée aux détenus et aux internés.

Contribution des bénéficiaires

De manière à tenir compte de la différence de capacité contributive, il est prévu que lorsque les membres du ménage de l'affilié sont bénéficiaires de l'intervention majorée en matière de soins de santé en raison de leur niveau de revenus (« BIM revenus »), le montant de base de la cotisation est divisé par deux. La cotisation est entièrement supprimée lorsque le bénéfice de l'intervention majorée est accordé, de manière automatique, en raison de l'octroi d'une prestation d'aide sociale (« BIM avantage ») ⁽¹³⁾.

Il est également prévu que le Collège réuni a la possibilité de remplacer les cotisations forfaitaires prévues par la présente ordonnance par des cotisations progressives, établies en fonction des revenus du ménage.

Budget

Le budget total de l'assurance autonomie est composé :

- Pour la branche 1 « Intervention au domicile » :

Depuis la sixième réforme de l'État, la Région de Bruxelles-Capitale peut inscrire à son budget une dotation au profit de la COCOM ⁽¹⁴⁾. Elle est donc compétente pour participer au financement de l'assurance autonomie bruxelloise. L'ordonnance prévoit la possibilité d'un tel financement.

Il n'appartient pas à la COCOM de déterminer les critères en vertu desquels la Région fixera le montant de la dotation. La présente ordonnance précise toutefois les conditions dans lesquelles la COCOM veillera à informer la Région de l'évolution de l'assurance et de ses besoins de financement.

(13) Arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B., 29 janvier 2014, art. 8 à 16.

(14) Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, art. 65, § 1^{er}, 4°.

- Voor tak 2 « zorgforfait » : het huidig budget voor de THAB.

Al deze bedragen zullen worden geïndexeerd volgens de evolutie van de gezondheidsindex van de consumptieprijsen.

Met het oog op verantwoordelijk beheer, zullen, binnen Iriscare, de bestaande instanties, met name het Algemeen Beheerscomité en de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen, zoals bepaald in artikel 9 van de ordonnantie van 23 maart 2017, instaan voor de follow-up van de zorgverzekering, volgens dezelfde logica inzake de bevoegdheidsverdeling als die welke thans van kracht is.

Actoren betrokken bij de invoering van de zorgverzekering

Verschillende actoren zijn nodig voor het beheer van deze zorgverzekering.

Op het vlak van structuren, wil deze ordonnantie, voor zover mogelijk, de reeds bestaande actoren inschakelen, dat wil zeggen enerzijds de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag, « Iriscare » genaamd, en anderzijds de Brusselse verzekeringsinstellingen. Dat moet voorkomen dat er nieuwe instellingen en organen dienen te worden opgericht.

In het kader van de zorgverzekering, moet Iriscare met name de financiering van de verzekering organiseren en volgen, de begroting voorbereiden, de financieringsmiddelen centraliseren (inclusief de bijdragen die de verzekeringsinstellingen voor zijn rekening hebben geïnd), de financiële middelen verdelen over de verzekeringsinstellingen, de overeenkomsten met de hulpverleners goedkeuren, de controleprocedure voor de beoordeling van de verminderde zelfredzaamheid regelen (hoewel die controle hoofdzakelijk tussen de ziekenfondsen onderling plaatsvindt), de controle op de verzekeringsinstellingen uitoefenen,...

Overeenkomstig artikel 24 van de ordonnantie van 23 maart 2017, wordt de Commissie « Opvang van afhankelijkheid » aangewezen als technische commissie die bevoegd is voor de zorgverzekering. Die Commissie is met name bevoegd om « de overeenkomsten tussen de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen voor [te bereiden], met name aangaande de tarieven, de financiering door de Dienst en de financieringsvoorwaarden ».

Voor zover de zorgverzekering tot de bijstand aan personen behoort, worden de bevoegdheden van de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen en het Algemeen Beheerscomité uitgebreid tot de

- Pour la branche 2 « Allocation forfaitaire Autonomie » : du budget actuel de l'APA.

L'ensemble de ces montants fera l'objet d'une indexation liée à l'évolution de l'indice-santé des prix à la consommation.

Dans une optique de gestion responsable, au sein d'Iriscare, les organes existant, et notamment le Comité général de gestion et le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes prévus par l'article 9 de l'ordonnance du 23 mars 2017, assureront le suivi de l'assurance autonomie, selon la même logique de répartition des attributions que celle qui prévaut actuellement.

Acteurs impliqués dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance autonomie

Différents acteurs sont nécessaires à la gestion de cette assurance autonomie.

Sur le plan des structures, la présente ordonnance entend s'appuyer, dans la mesure du possible, sur les acteurs déjà en place, à savoir, d'une part, l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, dénommé « Iriscare », et, d'autre part, les organismes assureurs bruxellois. Elle entend ainsi éviter la création de nouvelles institutions et de nouveaux organes.

Dans le cadre de l'assurance autonomie, Iriscare a vocation, en particulier, à organiser et suivre le financement de l'assurance, à préparer le budget, à centraliser les moyens de financement (en ce compris les cotisations collectées pour son compte par les organismes assureurs), à répartir les moyens financiers entre les organismes assureurs, à approuver les conventions avec les prestataires, à encadrer la procédure de contrôle de l'évaluation de la réduction d'autonomie (même si c'est essentiellement de manière « inter-mutualiste » que ce contrôle a lieu), à exercer le contrôle sur les organismes assureurs,...

De même, par application de l'article 24 de l'ordonnance du 23 mars 2017, la commission technique compétente pour l'assurance autonomie est la Commission « accueil et prise en charge des dépendances ». Cette Commission est notamment compétente pour « préparer les conventions entre les prestataires et les organismes assureurs, notamment à propos des tarifs, des financements par l'Office et des conditions de financement ».

Dans la mesure où l'assurance autonomie fait partie de l'aide aux personnes, le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes et le Comité général de gestion voient leurs attributions s'élargir à l'assurance autonomie, sans

zorgverzekering, zonder dat de ordonnantie van 23 maart 2017 moet worden gewijzigd. De Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen van Iriscare moet dus, ook wat de zorgverzekering betreft, de taken uit artikel 22 van de ordonnantie van 23 maart 2017 op zich nemen en bijgevolg « de oriënteringen bepalen voor het algemeen beleid », « aan het Verenigd College, op eigen initiatief of op verzoek van laatstgenoemde, adviezen [...] verstrekken », de begroting voor de verzekering aan het Algemeen Beheerscomité voorleggen, « de door de technische commissies opgestelde overeenkomsten en revalidatieovereenkomsten goedkeuren », « de verzekeringsinstellingen de nodige financiële middelen toekennen », « de uitvoering van de programmatie waarborgen », « de praktische regels vastleggen op basis waarvan de verzekeringsinstellingen hun rekeningen indienen en verantwoorden », toezien op het financieel evenwicht en, in voorkomend geval, het Algemeen Beheerscomité corrigerende begrotingsmaatregelen voorstellen, de rekeningen vaststellen, het Verenigd College informeren en adviseren over het uitgevoerde of uit te voeren beleid en over de inzet die daarmee gepaard gaat, het uitgevoerde beleid evalueren,...

Het statuut van de Brusselse verzekeringsinstellingen wordt grotendeels vastgelegd in bovengenoemde ordonnantie van 21 december 2018. Die verzekeringsinstellingen zijn: enerzijds, de Brusselse gewestelijke maatschappijen van onderlinge bijstand (MOB's) en, anderzijds, de Brusselse Hulpkas. Zij werden opgericht in het kader van de overdracht van bevoegdheden bij de zesde staatshervorming, op het gebied van de gezondheidszorg en de hulp aan personen met een handicap.

Deze ordonnantie breidt de taken van de Brusselse verzekeringsinstellingen uit, met het oog op de invoering van de zorgverzekering. Die instellingen zullen in dat verband een dubbele opdracht hebben, namelijk:

- zorgen voor de aansluiting van de personen die binnen het toepassingsgebied van de verzekering vallen en de bijdragen innen die zij verschuldigd zijn;
- de rechten van de leden erkennen (inclusief de personen ten laste) en zorgen voor de terugbetaling van de diensten aan de zorgverleners.

De keuze om zich uitsluitend te richten tot de Brusselse verzekeringsinstellingen die voortspuiten uit de landsbonden van ziekenfondsen die van oudsher betrokken zijn bij het beheer van de tak « gezondheidszorg en vergoedingen » in de oorspronkelijk uitsluitend federale sociale zekerheid wordt gerechtvaardigd door het sociale karakter en de solidariteitsdimensie van de zorgverzekering. Zoals eerder werd aangegeven, is het de bedoeling dat de zorgverzekering een sociaal risico dekt van dezelfde aard als de sociale risico's die worden gedekt door de wettelijke regelingen inzake sociale zekerheid. Bovendien blijkt de financiering te beantwoorden aan basisbeginselen van solidariteit. Zo worden de bijdragen, die slechts een deel van

qu'il soit nécessaire de modifier l'ordonnance du 23 mars 2017. Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes d'Iriscare est ainsi appelé à assumer, y compris en ce qui concerne l'assurance autonomie, les missions prévues par l'article 22 de l'ordonnance du 23 mars 2017 et en conséquence « déterminer les orientations de politique générale », « adresser des avis au Collège réuni, d'initiative ou sur demande de ce dernier », proposer au Comité général de gestion le budget de l'assurance, « approuver les conventions et les conventions de revalidation élaborées par les commissions techniques », « attribuer aux organismes assureurs les ressources financières nécessaires », « assurer la mise en œuvre de la programmation », « définir les modalités pratiques suivant lesquelles les organismes assureurs introduisent et justifient leurs comptes », veiller à l'équilibre financier et proposer le cas échéant des mesures de correction budgétaire au Comité général de gestion, arrêter les comptes, informer et conseiller le Collège réuni sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre ainsi que sur les enjeux qui y sont liés, évaluer la politique mise en œuvre...

Le statut des organismes assureurs bruxellois est fixé, pour l'essentiel, par l'ordonnance précitée du 21 décembre 2018. Ces organismes assureurs sont, d'une part, les sociétés mutualistes régionales (SMR) bruxelloises et, d'autre part, la caisse auxiliaire bruxelloise. Ces organismes ont été créés dans le cadre des transferts de compétence prévus par la sixième réforme de l'État dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées.

La présente ordonnance étend les missions des organismes assureurs bruxellois, en vue de la mise en œuvre de l'assurance autonomie. Ces organismes auront, dans ce cadre, une double mission, à savoir:

- effectuer l'affiliation des personnes comprises dans le champ d'application de l'assurance et collecter les cotisations dues par ces personnes;
- reconnaître les droits des affiliés (en ce compris les personnes à charge) et assurer le remboursement des prestations aux prestataires.

Le choix de s'adresser exclusivement aux organismes assureurs bruxellois issus des unions nationales de mutualités historiquement associées à la gestion de la branche des soins de santé et des indemnités organisée dans le cadre de la sécurité sociale à l'origine exclusivement fédérale est justifié par le caractère social et la dimension de solidarité de l'assurance autonomie. Comme indiqué précédemment, l'assurance autonomie vise à assurer la prise en charge d'un risque social de même nature que les risques sociaux couverts par les régimes légaux de sécurité sociale. Il apparaît en outre que le financement répond à des principes fondamentaux de solidarité. Ainsi, les cotisations qui ne représenteront

de financiering uitmaken, niet vastgesteld naargelang de omvang van het verzekerde risico zoals dat op individueel vlak kan worden beoordeeld, maar volgens het bijdragevermogen van de begunstigden.

Conformiteitscontroles van de diensten

Mate van afhankelijkheid

De beoordeling van de mate van afhankelijkheid wordt gecontroleerd door de Brusselse verzekeringsinstellingen en geschiedt :

- regelmatig en steekproefgewijs ;
- op verzoek van Iriscare ;
- wanneer de beoordelingen die een dienst heeft gemaakt te veel verschillen van het algehele gemiddelde van de andere diensten.

Die controle is bedoeld om de actoren die belast zijn met de beoordeling verantwoordelijkheidsbesef te geven en de conflicten op dit gebied te regelen.

Timing. Het recht op de zorgverzekering zal worden verleend vanaf 1 januari 2021

De eerste inning van de bijdrage zal in 2020 gebeuren ; 2019 en 2020 zullen dus voorbereidingsjaren zijn die van wezenlijk belang zijn voor de invoering van de regeling. Het Verenigd College zal uitzonderlijk verleende financiële middelen ter beschikking moeten stellen om de overgang te maken voordat die worden betaald met het budget van de zorgverzekering.

Dit voorstel van ordonnantie is in overeenstemming met advies nr. 64.809/4 van de Raad van State over het voorstel van decreet van het Waals Parlement betreffende de zorgverzekering en houdende wijziging van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid. De juridische soliditeit van dit voorstel van ordonnantie is bewezen, aangezien het identiek is aan het voorstel van decreet van het Waals Parlement.

qu'une partie du financement ont vocation à être établies en fonction, non pas de l'importance du risque assuré tel qu'il peut être apprécié sur un plan individuel, mais selon la capacité contributive des bénéficiaires.

Contrôles de la conformité des prestations

Niveau de dépendance

Le contrôle de l'évaluation du niveau de dépendance est effectué par les organismes assureurs bruxellois dans les hypothèses suivantes :

- de manière régulière et aléatoire ;
- à la demande d'Iriscare ;
- lorsque les évaluations effectuées par un service présentent un écart trop important avec la moyenne générale des autres services.

L'organisation de ce contrôle a pour but de responsabiliser les acteurs chargés de l'évaluation et de régler les conflits en la matière.

Timing. L'ouverture des droits à l'assurance autonomie sera opérationnelle au 1^{er} janvier 2021

La première perception de la cotisation aura lieu en 2020. Les années 2019 et 2020 seront donc des années de préparation essentielles à la mise en œuvre du dispositif et nécessitera la mise à disposition par le Collège réuni de moyens financiers consentis à titre exceptionnel pour effectuer la transition avant que ceux-ci ne soient pris en charge par le budget de l'assurance autonomie.

La présente proposition d'ordonnance est conforme à l'avis n° 64.809/4 du Conseil d'État concernant la proposition de décret du Parlement wallon relatif à l'assurance autonomie et portant modification du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. La solidité juridique de cette proposition d'ordonnance est démontrée, dès lors que celle-ci est identique à la proposition de décret émanant du Parlement wallon.

Commentaar bij de artikelen

HOOFDSTUK 1 Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit artikel specificceert dat de ordonnantie een aangelegenheid regelt als bedoeld in artikel 135 van de Grondwet. Voor de verantwoording van de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om een verplichte zorgverzekering in te voeren, wordt verwezen naar de toelichting.

Artikel 1 specificceert ook dat de ordonnantie artikel 23 van de Grondwet ten uitvoer legt. In die bepaling staat het beginsel dat « ieder het recht [heeft] een menswaardig leven te leiden » en dat het aan de wetgevers is om dat beginsel te waarborgen door het erkennen van economische, sociale en culturele rechten. Die rechten omvatten, overeenkomstig het derde lid van artikel 23 van de Grondwet, « het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand » alsook het recht op maatschappelijke ontplooiing.

Deze ordonnantie draagt bij tot de verwezenlijking van dat grondrecht, in het bijzonder wat het recht op maatschappelijke ontplooiing betreft. Daartoe introduceert zij hulpvoorzieningen voor personen wier vermogen om op autonome wijze de basishandelingen van het dagelijkse leven uit te voeren zodanig is verminderd dat het behoud van verworvenheden, de deelname aan het maatschappelijke leven en de inclusie in de samenleving van die personen kan worden aangetast.

De uitvoering van artikel 23 van de Grondwet houdt met name een standstill-verplichting in : het is de bevoegde wetgever verboden het beschermingsniveau van de ingevoerde bijstand substantieel te verlagen, tenzij er redenen van algemeen belang zijn en de verlaging evenredig is met het nagestreefde algemeen belang. Aangezien het in dit geval de invoering van een nieuwe dienstverlening betreft, zonder wijziging van de bestaande voorzieningen zoals de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, staat het standstill-beginsel niet op het spel.

Artikel 2

Dit artikel definieert de termen en begrippen die in de ordonnantie gebruikt worden. Die definities strekken ertoe de ordonnantie duidelijker te maken en een eenvormige betekenis en draagwijdte te waarborgen voor de voornaamste termen die gebruikt worden.

Commentaire des articles

CHAPITRE 1^{ER} Dispositions générales

Article 1^{er}

Cet article précise que l'ordonnance règle une matière visée à l'article 135 de la Constitution. En ce qui concerne la justification de la compétence de la Commission communautaire commune pour instaurer une assurance autonomie obligatoire, il est renvoyé à l'exposé des motifs.

L'article 1^{er} précise également que l'ordonnance met en œuvre l'article 23 de la Constitution. Cette disposition énonce comme principe que « chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine » et qu'il appartient aux législateurs de garantir ce principe par la reconnaissance de droits économiques, sociaux et culturels. Parmi ces droits, l'article 23 de la Constitution vise ainsi en son alinéa 3 « le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique » ainsi que le droit à l'épanouissement social.

La présente ordonnance contribue à la concrétisation de ce droit constitutionnel, en particulier, dans sa dimension de droit à l'épanouissement social. Elle institue à cette fin des dispositifs d'assistance en faveur des personnes dont la capacité à exécuter de manière autonome les actes essentiels de la vie quotidienne se trouve réduite en manière telle que le maintien des acquis, la participation à la vie sociale et l'inclusion dans la société de ces personnes sont susceptibles d'être altérés.

L'exécution de l'article 23 de la Constitution implique notamment une obligation de standstill : celle-ci interdit au législateur compétent de réduire substantiellement le niveau de protection de l'aide instituée, à moins qu'il existe des motifs d'intérêt général et que la réduction soit proportionnée au but d'intérêt général poursuivi. En l'espèce, s'agissant de l'instauration d'une nouvelle prestation, sans modification des dispositifs tels que l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, le principe de standstill n'est pas en cause.

Article 2

Cet article définit les termes et concepts utilisés dans l'ordonnance. Ces définitions visent à faciliter la lecture de l'ordonnance et à assurer un sens et une portée uniformes aux principaux termes utilisés.

De definities in het 1°, 2° en 3° maken het mogelijk om drie kernbegrippen in het nieuwe systeem van de zorgverzekering duidelijk te maken. De « dienst » slaat op de dienstverlening die men kan krijgen in het kader van de eerste tak van de verzekering. Het betreft een steun van materiële aard. Het « forfait » heeft betrekking op wat de begunstigde kan krijgen op grond van de tweede tak, te weten financiële steun. De « tegemoetkoming » heeft betrekking op de toelage die opeisbaar is, dus wanneer de fase van technisch of theoretisch begrip voorbij is. De begunstigde heeft recht op een tegemoetkoming wanneer erkend is dat hij/zij aan alle voorwaarden voldoet om aanspraak te maken op het zorgforfait.

De definitie van verlies van zelfredzaamheid (5°) vormt de hoeksteen van de eerste tak van de zorgverzekering. Zij heeft betrekking op de toestand van een persoon die bijstand van een andere persoon nodig heeft om alle of een deel van de basishandelingen in zijn/haar leven uit te voeren, zoals niet-exhaustief gedefinieerd, en/of (cumulatieve of alternatieve voorwaarden) om zijn/haar verworvenheden, deelname aan het maatschappelijke leven en inclusie in de samenleving te behouden. Die situatie kan verschillende oorzaken hebben: ziekte, ongeval, aangeboren beperking, ouderdom, een handicap met een andere oorzaak of zelfs, meer in het algemeen en niet noodzakelijk fysiologisch, een « specifieke sociale situatie ».

Artikel 3

Deze bepaling legt vast wat de doelstellingen zijn van de invoering van een zorgverzekering, dat wil zeggen een eerste tak die recht geeft op thuishulp bij verlies van zelfredzaamheid ongeacht de leeftijd van de begunstigde en een tweede tak die recht geeft op een forfaitaire financiële tegemoetkoming die wordt berekend op basis van het inkomen van de begunstigde en de mate van verlies van zelfredzaamheid, mits hij/zij ouder is dan vijftien jaar.

De twee takken van de zorgverzekering kunnen cumulatief zijn voor de begunstigten die voldoen aan de voorwaarden voor beide takken.

HOOFDSTUK 2 Toepassingsgebied van de verzekering en aansluitingsverplichting

Artikel 4

§ 1. Iedere persoon die, overeenkomstig artikel 3, onder het toepassingsgebied van de Brusselse zorgverzekering valt, moet zich aansluiten bij een zorgverzekeringsdienst van een Brusselse verzekeringsinstelling.

Les définitions visées sous 1°, 2° et 3°, permettent d'explicitier trois notions essentielles dans le nouveau système de l'Assurance Autonomie. La « prestation » est le service dont on peut bénéficier dans le cadre de la première branche de l'assurance. Il s'agit d'une aide de nature matérielle. L'« allocation » vise l'objet que le bénéficiaire peut obtenir en vertu de la seconde branche. Il s'agit, cette fois, d'une aide de nature financière. L'« intervention » vise l'allocation devenue exigible, et donc ayant dépassé le stade de concept technique ou théorique. Il s'agit pour le bénéficiaire de mériter une intervention lorsqu'il a été reconnu comme entrant dans les conditions complètes l'autorisant à revendiquer l'allocation forfaitaire autonomie.

La définition de la perte d'autonomie (5°), qui constitue la pierre angulaire de la première branche de l'assurance autonomie vise la situation d'une personne qui requiert l'assistance d'une autre personne pour tout ou partie des actes essentiels de sa vie, tels que définis à titre non exhaustif et/ou (conditions cumulatives ou alternatives) pour maintenir ses acquis, sa participation à la vie sociale et son inclusion dans la société. Cette situation peut découler de diverses causes: une maladie, un accident, une déficience acquise dès la naissance, le vieillissement, une situation d'handicap émanant d'une autre cause voire, de manière plus générale et non nécessairement physiologique, d'une « situation sociale spécifique ».

Article 3

Cette disposition fixe les objectifs de la mise en œuvre de l'assurance autonomie, à savoir, une première branche donnant droit à un accompagnement de la perte d'autonomie à domicile quel que soit l'âge du bénéficiaire et une deuxième branche donnant droit à une intervention financière forfaitaire calculée en fonction des revenus du bénéficiaire et de son niveau de perte d'autonomie, pour peu qu'il soit âgé de plus de soixante-cinq ans.

Les deux branches de l'assurance autonomie peuvent être cumulatives pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions d'accès de chacune d'entre elles.

CHAPITRE 2 Champ d'application de l'assurance et obligation d'affiliation

Article 4

§ 1^{er}. Toute personne qui, conformément à l'article 3, relève du champ d'application de l'assurance autonomie bruxelloise doit s'affilier auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois.

Het Verenigd College bepaalt welke personen, in afwijking van het eerste lid, zich niet persoonlijk moeten aansluiten en worden ingeschreven als persoon ten laste van een ander lid.

Het Verenigd College legt de termijn vast waarbinnen de in het eerste lid bedoelde aansluiting moet gebeuren en de datum waarop die aansluiting ingaat.

§ 2. Iedere persoon die zich persoonlijk moet aansluiten en dat niet doet binnen de door het Verenigd College vastgelegde termijn wordt ambtshalve aangesloten bij de Brusselse Hulpkas, met ingang op de datum waarop hij/zij aangesloten had moeten zijn. De persoon wordt hiervan onverwijld schriftelijk op de hoogte gebracht. De aansluiting wordt, onder de door het Verenigd College vastgelegde voorwaarden, beëindigd wanneer de persoon zich aansluit bij een zorgverzekeringsdienst van een Brusselse verzekeringsinstelling.

§ 3. Het Verenigd College bepaalt de voorwaarden op grond waarvan de gemeenten van het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest verplicht zijn om de personen die verzoeken om een inschrijving in het bevolkingsregister of het vreemdelingenregister dat zij bijhouden op de hoogte te brengen van de verplichting om zich aan te sluiten bij een zorgverzekeringsdienst van een Brusselse verzekeringsinstelling. Zij worden vrijgesteld van die informatieplicht wanneer het gaat over een verandering van domicilie binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.

§ 4. Het Verenigd College legt de aansluitingsvoorwaarden vast.

Artikel 5

Deze bepaling legt eerst de minimumleeftijd vast voor de bijdrage aan de zorgverzekering. Wanneer iemand bijvoorbeeld 26 jaar wordt op 30 juni van het jaar X, zal hij/zij een eerste jaarlijkse bijdrage verschuldigd zijn voor het jaar X en die moeten betalen in de loop van dat jaar X.

Het tweede en derde lid machtigen de regering om respectievelijk de bedragen van de bijdragen vast te leggen, de inningswijzen van die bijdragen door de Brusselse verzekeringsinstellingen te bepalen en de betalingsregels voor het eerste bijdragejaar (dat waarin de Brusselse verzekerde 26 jaar wordt) vast te stellen.

Het vierde lid van het ontworpen artikel vertrouwt ten slotte de inning van de bijdrage toe aan de verzekeringsinstellingen en geeft ze de toestemming om die inning op de splitsen per trimester of semester, in de wetenschap dat zij uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor die inkomsten.

Le Collège réuni précise les personnes qui, par dérogation à l'alinéa 1^{er}, ne sont pas tenues de s'affilier personnellement et sont inscrites en qualité de personne à charge d'un autre affilié.

Le Collège réuni fixe le délai dans lequel l'affiliation visée à l'alinéa 1^{er} doit intervenir et la date à laquelle cette affiliation prend effet.

§ 2. Toute personne qui, étant tenue de s'affilier personnellement, omet de le faire dans le délai fixé par le Collège réuni est affiliée d'office à la Caisse auxiliaire bruxelloise, avec effet à la date à laquelle elle aurait dû être affiliée. La personne en est informée sans délai et par écrit. Cette affiliation prend fin, dans les conditions fixées par le Collège réuni, si la personne s'affilie auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois.

§ 3. Le Collège réuni fixe les conditions dans lesquelles les communes de la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont tenues de porter à la connaissance des personnes qui sollicitent une inscription au registre de la population ou au registre des étrangers dont elles assurent la tenue, l'obligation de s'affilier auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois. Elles sont dispensées de cette obligation d'information lorsqu'il s'agit d'un changement de domicile à l'intérieur de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 4. Le Collège réuni fixe les modalités de l'affiliation.

Article 5

Cette disposition fixe d'abord l'âge minimal de cotisation à l'assurance autonomie. À titre d'exemple, une personne a 26 ans le 30 juin de l'année X. Une première cotisation annuelle sera due pour l'année X et lui sera réclamée au cours de cette année X.

Les alinéas 2 et 3 habilite le Gouvernement à respectivement fixer les montants des cotisations, déterminer les moyens de perception de ces cotisations par les organismes assureurs bruxellois et définir les modalités de paiement de la première année de cotisation (celle durant laquelle l'assuré bruxellois atteint l'âge de 26 ans).

L'alinéa 4 de l'article en projet confie enfin la charge de la perception de la cotisation aux organismes assureurs et les autorise à fractionner cette perception par trimestre ou semestre sachant qu'au final, la responsabilité de trésorerie leur incombera.

Artikel 6

Dit artikel voorziet in verschillende gevallen van vrijstelling of verminderde bijdrage voor de zorgverzekering.

De eerste paragraaf verleent het Verenigd College een machtiging om een vermindering van de bijdrage toe te staan aan de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De vermindering voor deze categorie van personen is van toepassing in het jaar dat volgt op de jaren waarin zij een verhoogde tegemoetkoming hebben ontvangen. Aangezien de status van begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming op gelijk welk moment in het jaar kan worden verleend of afgenomen, neemt de ordonnantie 31 december als referentiedatum om de voorwaarden voor het ontvangen van een verhoogde tegemoetkoming te verifiëren. Wanneer iemand bijvoorbeeld begunstigde is van een verhoogde tegemoetkoming op 31 december van het jaar X, wordt de vermindering toegepast vanaf 1 januari van het jaar X+1. Wanneer die persoon daarentegen een verhoogde tegemoetkoming heeft ontvangen tussen 1 januari en 30 juni van het jaar X, maar niet meer op 31 december, wordt geen enkele vermindering toegepast vanaf 1 januari van het jaar X+1.

Voorts stelt deze ontworpen bepaling in paragraaf 2 meerdere categorieën van personen vrij van de betaling van deze bijdrage.

De eerste twee gevallen bepalen wat er gebeurt met de bijdrageverplichting wanneer de Brusselse verzekerde overlijdt of afwezig wordt verklaard, respectievelijk voor het jaar na zijn overlijden en het jaar van het overlijden zelf. Het bewijs van overlijden of afwezigheid volgt uit de informatie zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, 5° van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen.

Er wordt eveneens in een vrijstelling van bijdrage voorzien in geval van detentie in een gevangenis of internering in een instelling tot bescherming van de maatschappij. Artikel 5 van de verordening tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt dat de in de wet bepaalde geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten, of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd. De kosten voor de geneeskundige zorgen worden betaald door de federale overheidsdienst Justitie op basis van een overeenkomst met het RIZIV. Op grond van diezelfde logica en gelet op het feit dat de diensten die onder de zorgverzekering vallen niet mogen worden verstrekt in

Article 6

Cet article prévoit diverses hypothèses de dispense ou de réduction du paiement de la cotisation à l'assurance autonomie.

Le paragraphe 1^{er} confère une habilitation au Collège réuni lui permettant d'organiser une réduction de cotisation au profit des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 19, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La réduction accordée à cette catégorie de personnes est d'application l'année suivant l'année qui suit celles au cours de laquelle elles sont bénéficiaires de l'intervention majorée. Ce statut BIM pouvant être ouvert ou fermé à n'importe quel moment de l'année, l'ordonnance prévoit que la date de référence retenue pour vérifier les conditions du bénéfice de la personne à l'intervention majorée est le 31 décembre. À titre d'exemple, une personne est bénéficiaire de l'intervention majorée au 31 décembre de l'année X. La réduction est appliquée à partir du 1^{er} janvier de l'année X+1. Par contre, si elle a été bénéficiaire de l'intervention majorée entre le 1^{er} janvier et le 30 juin de l'année X mais qu'elle ne l'est plus au 31 décembre, aucune réduction ne sera appliquée à partir du 1^{er} janvier de l'année X+1.

Cette disposition projet, en son paragraphe 2, exempte par ailleurs plusieurs catégories de personnes de la perception de cette cotisation.

Les deux premières hypothèses visent les suites, en termes d'obligation de cotiser, du décès ou de la déclaration d'absence de l'assuré bruxellois, respectivement pour l'année suivant son décès et l'année du décès elle-même. La preuve de décès ou de l'absence résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques.

Une exemption de cotisation est également prévue en cas de détention en prison ou d'internement dans un établissement de défense sociale. L'article 5 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale. Les frais des soins de santé sont pris en charge par le service public fédéral justice sur la base d'une convention avec l'INAMI. En vertu de cette même logique et au vu du fait que les prestations relevant de l'assurance autonomie ne peuvent pas être réalisées en prison ou dans un établissement de défense sociale, une exemption de cotisation est accordée

de gevangenis of in een instelling tot bescherming van de maatschappij, wordt een vrijstelling van bijdrage toegekend aan gedetineerden en geïnterneerden.

Tot slot wordt de bijdrageverplichting ook gestaakt op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin een rechterlijke beslissing voor collectieve schuldenregeling wordt genomen voor de Brusselse verzekerde (tot het einde van de geldigheid van die beslissing), waarin de verzekerde een persoon zonder vaste verblijfplaats wordt, waarin hij gedurende minstens drie maanden begunstigde is geworden van een leefloon, van de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).

Artikel 7

Dit artikel biedt het Verenigd College de mogelijkheid om te voorzien in de tijdelijke opschorting van de toekenning van de diensten wanneer, ondanks maatregelen voor de inning, bijdragen onbetaald blijven.

Het staat ook de invoering van een regeling toe om af te zien van de inning van de jaarlijkse bijdragen, in passende gevallen. Een en ander is gebaseerd op artikel 22 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het « handvest » van de sociaal verzekerde.

Artikel 8

Dit artikel draagt het Verenigd College op het te bereiken niveau van verminderde zelfredzaamheid vast te leggen en de te volgen procedure voor de beoordeling van de verminderde zelfredzaamheid te bepalen.

Het Verenigd College dient de personen aan te wijzen die belast worden met de beoordeling van de verminderde zelfredzaamheid. Die beoordelaars zouden een gespecialiseerde dienst van de Brusselse verzekeringsinstellingen kunnen zijn, waarin medische en sociale competenties worden samengevoegd.

Wat het niveau van verminderde zelfredzaamheid betreft en voor zover de specifieke kenmerken van de Brusselse bevolking een grotere of kleinere tenlasteneming niet rechtvaardigen, kan het Verenigd College zich, in eerste instantie, baseren op wat van toepassing is in de andere deelgebieden.

Zo kunnen de volgende drempels worden overwogen :

- minstens score B op de Katz-schaal voor de thuiszorg ;
- minstens score 35 op de BEL-profielschaal ;

aux détenus et aux internés.

Enfin, l'obligation de cotiser cesse également au 1^{er} janvier de l'année suivant celle où l'assuré bruxellois est le destinataire d'une décision judiciaire de règlement collectif de dettes (jusqu'à la fin de l'application de cette décision), celle où l'assuré devient une personne sans domicile fixe, celle où il est devenu bénéficiaire pour une durée minimum de 3 mois du revenu d'intégration sociale, de la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA) ou de l'allocation de revenu de remplacement (ARR).

Article 7

Cet article permet au Collège réuni de prévoir la suspension temporaire de l'octroi des prestations lorsque, malgré des démarches en vue du recouvrement, des cotisations restent impayées.

Il autorise aussi la mise en place d'un régime de renonciation au recouvrement des cotisations annuelles, dans des cas dignes d'intérêt. Il s'inspirera, à cet égard, de ce que prévoit l'article 22 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Article 8

Cet article charge le Collège réuni de fixer le niveau de réduction d'autonomie qui doit être atteint et de définir la procédure qui doit être suivie en vue de l'évaluation de la réduction d'autonomie.

Il appartiendra au Collège réuni de désigner les personnes en charge de l'évaluation de la réduction d'autonomie. Ces évaluateurs pourraient être un service spécialisé des organismes assureurs bruxellois, associant des compétences médicales et des compétences sociales.

En ce qui concerne le niveau de réduction d'autonomie et pour autant que les spécificités de la population bruxelloise ne justifient pas de développer une prise en charge plus large ou plus restreinte, le Collège réuni pourra, dans un premier temps, s'inspirer de ce qui est d'application au sein des autres entités fédérées.

Les seuils suivants pourraient ainsi être envisagés :

- au moins un score B sur l'échelle de KATZ en cas de soins à domicile ;
- au moins un score de 35 sur l'échelle de profil BEL ;

- minstens score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de beoordeling van de zelfredzaamheidsgraad in het kader van de wetgeving op de tegemoetkomingen voor personen met een handicap ;
- minstens score 18 op de medisch-wettelijke schaal die wordt gebruikt voor de toekenning van de verhoogde kinderbijslag.

Op termijn, zou het Verenigd College in principe het BELRAI-systeem moeten gebruiken als enig beoordelingsinstrument voor de verminderde zelfredzaamheid.

Artikel 9

Dit artikel regelt de toekenning of de weigering van de eerste tak van de zorgverzekering aan het lid.

Artikel 10

Dit artikel heeft betrekking op de vrije keuze van de begunstigde.

Artikel 11

Dit artikel legt de regels vast voor de weigering of de stopzetting van bijstand wegens het in gevaar brengen van de hulpverlener.

Artikel 12

Deze bepaling verwijst naar de thuishulpdiensten waarvoor de begunstigde van de zorgverzekering een tegemoetkoming kan krijgen. Drie soorten hulp worden beoogd, die overeenstemmen met diensten die de begunstigten van de eerste tak nodig hebben : gezinshulp, huishoudhulp en thuisoppas.

Bepaalde thuishulpdiensten bieden slechts één soort hulp aan, waardoor zij niet kunnen ingaan op het verzoek van een begunstigde die meerdere soorten hulp nodig heeft. Deze bepaling biedt de mogelijkheid om dat probleem op te vangen door de thuishulpdiensten toe te staan onder hen een dienst aan te wijzen als aanspreekpunt om in te gaan op de hulpverzoeken, teneinde tegemoet te komen aan de behoeften van de begunstigten.

Artikel 13

Deze bepaling heeft tot doel de thuishulpdiensten de mogelijkheid te bieden om diensten te factureren ten laste van de eerste tak van de zorgverzekering vanaf de eerste dag waarop de Brusselse verzekerde de aanvraag heeft ingediend.

Sommige situaties zullen immers een dringende interventie van de thuishulpdiensten vereisen nog voor de hele procedure van beoordeling en bekendmaking is

- au moins un score de 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie dans le cadre de la législation sur les allocations aux personnes handicapées ;
- au moins un score de 18 points sur l'échelle médico-légale utilisée pour l'octroi des allocations familiales majorées.

À terme, le Collège réuni devrait adopter le BELRAI comme outil, en principe, unique d'évaluation de la réduction d'autonomie.

Article 9

Cet article règle l'octroi ou le refus de l'octroi au de la première branche de l'assurance autonomie à l'affilié.

Article 10

Cet article vise le libre choix du bénéficiaire.

Article 11

Cet article fixe les règles de refus ou de clôture d'une demande d'aide pour des raisons relatives à la mise en danger du prestataire d'aide.

Article 12

Cette disposition fait référence aux prestations d'aide à domicile pour lesquelles le bénéficiaire de l'assurance autonomie peut obtenir une intervention. Trois métiers, correspondant à des services requis par les bénéficiaires de la première branche, sont visés : l'aide familial, l'aide ménager social et le garde à domicile.

Certains services d'aide à domicile n'organisent qu'un seul métier, ce qui a pour conséquence de ne pas pouvoir répondre à la demande d'un bénéficiaire ayant besoin de plusieurs métiers. Cette disposition permet de parer à cette difficulté en autorisant les services d'aide à domicile à désigner un service référent entre eux afin de pouvoir répondre aux demandes d'aide, et ce de manière à rencontrer les besoins des bénéficiaires.

Article 13

Cette disposition a pour objectif de permettre aux services d'aide à domicile de facturer des prestations à charge de la première branche de l'assurance autonomie dès le premier jour de la demande introduite par l'assuré bruxellois.

Certaines situations nécessiteront en effet l'intervention d'urgence des services d'aide à domicile avant que l'ensemble de la procédure d'évaluation et de notification

afgerond. Het lid kan natuurlijk pas gebruikmaken van de eerste tak van de zorgverzekering als hij uiteindelijk voldoet aan alle voorwaarden uit deze ordonnantie. Zo niet, zullen de diensten aan het lid gefactureerd worden.

Artikel 14

De thuishulpdienst moet van de begunstigde een bijdrage eisen naargelang zijn/haar middelen en volgens een schaal die in het kader van de zorgverzekering wordt bepaald. Het aantal maandelijks uren dat de thuishulpdienst aan de verzekeringsinstelling factureert in het kader van de eerste tak van de zorgverzekering mag niet hoger zijn dan het aantal maandelijks uren dat de Brusselse verzekeringsinstelling van de begunstigde heeft toegekend overeenkomstig de resultaten van de beoordeling van het zelfredzaamheidsniveau volgens de in deze ordonnantie nader bepaalde regels. Alle diensten die gefactureerd worden boven dat bedrag moeten door de begunstigde worden betaald.

De facturatie van de diensten gebeurt op maandelijks basis, zowel bij de verzekeringsinstelling als bij de begunstigten.

Op termijn zal de facturatie tussen de thuishulpdiensten en de verzekeringsinstellingen uitsluitend elektronisch gebeuren.

Artikel 15

Deze bepalingen maken de arbeidsrechtbanken van Brussel bevoegd om de geschillen te beslechten waartoe deze ordonnantie aanleiding kan geven.

Naargelang de procedure wordt ingeleid door of tegen een begunstigde of door of tegen alle andere personen die betrokken zijn bij de werking van de verzekering, wordt de procedure ingeleid met een vereenvoudigd of een tegenwoordig verzoekschrift. Wat de begunstigten betreft, lijkt het wenselijk een vereenvoudigde procedure in te voeren die dezelfde garanties biedt als de garanties die gelden bij geschillen inzake socialezekerheidsuitkeringen (zie de gevallen bedoeld in artikel 704, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek).

Artikel 16

Dit artikel bepaalt het toepassingsgebied van de tweede tak van de zorgverzekering, dat wil zeggen het zorgforfait. Dat kan slechts worden toegekend aan personen die ten minste 65 jaar oud zijn en bij wie een gebrek aan of een vermindering van zelfredzaamheid is vastgesteld.

Ten opzichte van de eerste tak van de zorgverzekering, voegt dit artikel een bijkomende voorwaarde toe, namelijk de leeftijdsvoorwaarde.

n'ait pu aboutir. Le bénéficiaire de la première branche de l'assurance autonomie ne pourra évidemment être réclamer que si, au final, l'affilié répond à l'ensemble des conditions reprises dans cette ordonnance. Dans le cas contraire, la facturation des prestations devra être adressée à l'affilié.

Article 14

Le service d'aide à domicile doit exiger du bénéficiaire une contribution en fonction de ses ressources et selon un barème défini dans le cadre de l'assurance autonomie. Le nombre d'heures mensuel facturé à l'organisme assureur dans le cadre de la première branche de l'assurance autonomie par le service d'aide au domicile ne peut être supérieur au nombre d'heures mensuel octroyé par l'organisme assureur bruxellois du bénéficiaire déterminé conformément aux résultats de l'évaluation du niveau d'autonomie suivant les modalités précisées dans cette ordonnance. Toute prestation facturée au-delà de ce montant devra être prise en charge par le bénéficiaire.

La facturation des prestations est prévue sur une base mensuelle, tant auprès des organismes assureurs qu'auprès des bénéficiaires.

À terme, la facturation entre services d'aides à domicile et organismes assureurs se fera exclusivement par flux électroniques.

Article 15

Ces dispositions rendent les tribunaux du travail de Bruxelles compétents pour connaître des litiges auxquels peuvent donner lieu la présente ordonnance.

Selon que la procédure est introduite par ou contre un bénéficiaire ou par ou contre toutes autres personnes impliquées dans le fonctionnement de l'assurance, la procédure est introduite par une requête simplifiée ou par une requête contradictoire. En ce qui concerne les bénéficiaires, il paraît souhaitable de mettre en place une procédure simplifiée offrant les mêmes garanties que celles qui sont d'application dans le contentieux des prestations de sécurité sociale (voy. les matières visées à l'article 704, § 2, du Code judiciaire).

Article 16

Cet article définit le champ d'application de la deuxième branche de l'assurance autonomie, soit l'allocation forfaitaire autonomie. Celle-ci ne peut être accordée qu'aux personnes âgées de 65 ans au moins pour lesquelles un manque ou une réduction d'autonomie est établi.

Par rapport à la première branche de l'assurance autonomie, cet article ajoute une condition supplémentaire, à savoir la condition de l'âge.

Het is hier de bedoeling om te zorgen voor overeenstemming met de voorwaarden uit de programmawet van 22 december 1989 die de wet van 27 februari 1987 uitbreidt tot de personen die gehandicapt zijn geworden na de leeftijd van 65 jaar, door de tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen aan bejaarden en de tegemoetkoming voor hulp van derden samen te brengen in één tegemoetkoming voor bejaarden.

Het Verenigd College wordt gemachtigd om de leeftijd voor de toegang tot de tweede tak van de zorgverzekering aan te passen en die aldus in overeenstemming te brengen met de wettelijke pensioenleeftijd indien de bevoegde overheid de leeftijd voor de toegang tot de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming, zoals bepaald in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, in die zin zou wijzigen.

Aangezien die drie regelingen met elkaar verbonden zijn en elkaar aanvullen, zouden er, wanneer de leeftijdsvoorwaarden in één ervan gewijzigd worden en niet in de andere twee, situaties kunnen ontstaan van minder rechten of van dubbel voordeel ten opzichte van de huidige wetgeving.

Artikel 17

Dit artikel specificeert het toepassingsgebied van het zorgforfait.

Overeenkomstig artikel 5 van de wet van 27 februari 1987, vervalt het recht op een inkomensvervangende tegemoetkoming niet na de leeftijd van 65 jaar. Daarom dient in een regel te worden voorzien zodat het ZFF niet gecumuleerd kan worden met een inkomensvervangende tegemoetkoming of een integratietegemoetkoming.

Voorts bevatte artikel 28 van de wet van 27 februari 1987 overgangsbepalingen voor de personen die tot dan toe een tegemoetkoming voor hulp van derden of een gewone of bijzondere tegemoetkoming ontvingen, op grond van de wet van 27 juni 1969 betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan de minder-validen. Er moet een instrument komen om de cumulatie van die tegemoetkomingen met het zorgforfait te verbieden.

Dezelfde redenering geldt voor de tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, die is geregeld in de wet van 1 april 1969 en die werd vervangen door de IGO: de Inkomensgarantie voor Ouderen, geregeld in de wet van 22 maart 2011.

Artikel 18

Dit artikel, dat het persoonlijk toepassingsgebied van de tweede tak van de zorgverzekering vaststelt, neemt de

Il s'agit ici de s'aligner sur les conditions reprises dans la loi-programme du 22 décembre 1989 complétant la loi du 27 février 1987 pour y inclure les personnes devenues handicapées après l'âge de 65 ans en réunissant l'allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide d'une tierce personne en une seule allocation pour personnes âgées.

Une habilitation est donnée au Collège réuni pour adapter l'âge d'accès de la deuxième branche de l'assurance autonomie afin de la faire correspondre à l'âge légal de la pension si l'Autorité compétente était amenée à modifier dans ce sens l'âge d'accès à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, telles que définies par la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

En effet, l'ensemble de ces trois dispositifs étant reliés et complémentaires, la modification des conditions d'âges de l'un d'eux sans modification des conditions d'âge des deux autres pourraient créer des situations de réduction de droits ou de double bénéfice par rapport à la législation actuelle.

Article 17

Cet article précise le champ d'application de l'allocation forfaitaire autonomie (AFA).

Conformément à l'article 5 de la loi du 27 février 1987, le droit à une allocation de remplacement de revenus ou à une allocation d'intégration ne s'éteint pas à l'âge de 65 ans. Il convient dès lors de prévoir une règle de telle sorte que l'AFA ne puisse être cumulée avec une allocation de remplacement de revenus ou à une allocation d'intégration.

Par ailleurs, l'article 28 de la loi du 27 février 1987 prévoyait des dispositions transitoires pour les personnes bénéficiant jusque-là soit de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, soit d'une allocation ordinaire ou une allocation particulière, en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative aux allocations aux personnes handicapées. Il s'impose de prévoir un dispositif interdisant le cumul de ces dispositifs avec l'allocation forfaitaire autonomie.

Le même raisonnement vaut pour l'allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées régie par la loi du 1^{er} avril 1969 qui a été remplacé par la GRAPA: Garantie de Revenu Aux Personnes Agées régie par la loi du 22 mars 2011.

Article 18

Cet article, qui définit le champ d'application personnel de la deuxième branche de l'assurance autonomie, reprend

bepalingen over van artikel 4 van de wet van 27 februari 1987, voor het laatst gewijzigd door de programmawet van 24 december 2002.

Artikel 19

Het is belangrijk dat de verminderde zelfredzaamheid op vergelijkbare wijze wordt beoordeeld door de verschillende beoordelaars. Verschillen zouden de geloofwaardigheid en het voortbestaan van de zorgverzekering in gevaar kunnen brengen. Het Verenigd College wordt belast met de invoering van een onderlinge controleprocedure tussen de ziekenfondsen. Zo zullen de verschillende Brusselse verzekeringsinstellingen, binnen Iriscare, worden betrokken bij de controleprocedure die zich, *mutatis mutandis*, zal baseren op de artikelen 120 tot 122 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De controleprocedure kan leiden tot een herzieningsbeslissing, met ingang op de eerste dag van de maand die volgt op de kennisgeving ervan.

Artikel 20

Dit artikel herneemt de bepalingen van artikel 4 van de wet van 27 februari 1987.

Artikel 21

Dit artikel herneemt de bepalingen van artikel 6 van de wet van 27 februari 1987.

Artikel 22

Dit artikel beschrijft uitvoerig de procedure die moet worden gevolgd om de tweede tak van de zorgverzekering te kunnen genieten.

Het lid of zijn/haar vertegenwoordiger dient de hulp-aanvraag rechtstreeks in bij zijn verzekeringsinstelling, die de twee eerste voorwaarden, alsook de leeftijdsvoorwaarde verifieert.

Indien aan die drie voorwaarden wordt voldaan, verzamelt de verzekeringsinstelling bij de betrokken diensten en instellingen de nodige gegevens om de zelfredzaamheidsgraad te bepalen en de inkomsten te berekenen, teneinde het bedrag van het zorgforfait te bepalen.

Het Verenigd College wordt belast met het bepalen van de nadere regels van de procedure voor de evaluatie en van de overdracht ervan tussen de evaluator en de verzekeringsinstellingen.

les dispositions de l'article 4 de la loi du 27 février 1987, modifié en dernier lieu par la loi-programme du 24 décembre 2002.

Article 19

Il est important que la réduction d'autonomie soit évaluée de manière comparable par les différents évaluateurs. Des disparités pourraient mettre en danger la crédibilité et la viabilité de l'assurance. Le Collège réuni est chargé de mettre en place une procédure de contrôle sur une base intermutualiste. Les différents organismes assureurs bruxellois seront ainsi associés, au sein d'Iriscare, à la procédure de contrôle qui pourra, *mutatis mutandis*, s'inspirer de ce que prévoient les articles 120 à 122 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La procédure de contrôle peut déboucher sur une décision de révision avec effet le premier jour du mois suivant sa notification.

Article 20

Cet article reprend les dispositions de l'article 4 de la loi du 27 février 1987.

Article 21

Cet article reprend les dispositions de l'article 6 de la loi du 27 février 1987.

Article 22

Cet article détaille la procédure à suivre afin de pouvoir bénéficier de la deuxième branche de l'assurance autonomie.

La demande de prise en charge est introduite par l'affilié ou son représentant directement auprès de son organisme assureur qui vérifie les deux premières conditions, ainsi que la condition d'âge.

Si ces trois conditions sont respectées, l'organisme assureur recueille auprès des services et institutions concernées les données nécessaires à la détermination du niveau d'autonomie et au calcul des revenus, afin de déterminer le montant de l'allocation forfaitaire autonomie.

Le Collège réuni est chargé de définir les modalités de la procédure d'évaluation et de sa transmission entre l'évaluateur et les organismes assureurs.

Artikel 23

Zodra de verzekeringsinstelling van het lid in het bezit is van het evaluatieattest en de inkomstenbedragen, beschikt zij over alle gegevens om haar lid mee te delen of het al dan niet tak 2 van de zorgverzekering kan genieten. Het artikel machtigt het Verenigd College de nadere regels te bepalen voor de verzending van die kennisgeving.

Artikel 24

Deze bepaling machtigt Iriscare voor de controle op de goede toepassing van de regelgeving door de Brusselse verzekeringsinstellingen.

Artikel 25

Dit artikel bepaalt in welke mate de toelage geheel of gedeeltelijk kan worden opgeschort.

Artikel 26

Dit artikel bepaalt de voorwaarden voor de stopzetting van de toelage bij het overlijden van de begunstigde.

Artikel 27

Met het oog op administratieve vereenvoudiging, beoogt deze bepaling rechtsgeldigheid te verlenen aan elk via elektronische weg meegegeeld gegeven, teneinde de uitwisseling van gegevens tussen de verschillende actoren te vereenvoudigen.

Artikel 28

Dit artikel over de verjaringstermijnen voor de vorderingen tot terugbetaling van onterecht ontvangen toelagen en meer in het algemeen de inningsprocedure neemt de bepalingen van artikel 16 van de wet van 27 februari 1987 over.

Artikel 29

Deze bepalingen regelen de financiële stromen en het budgetair beheer van de zorgverzekering.

Artikel 30

Dit artikel machtigt het Verenigd College tot het bepalen van de werkkosten van de verzekeringsinstelling, zijnde een percentage van het totale budget van de zorgverzekering.

Het Verenigd College ziet erop toe dat die berekening zo geschiedt dat de verzekeringsinstellingen financieel

Article 23

Dès que l'organisme assureur de l'affilié est en possession de l'attestation d'évaluation et des montants de ses revenus, il dispose de toutes les informations lui permettant de notifier à son affilié s'il peut ou non bénéficier de la branche 2 de l'assurance autonomie. L'article donne délégation au Collège réuni pour les modalités d'envoi de cette notification.

Article 24

Cette disposition mandate Iriscare pour les missions de contrôle de la bonne application de la réglementation par les organismes assureurs bruxellois.

Article 25

Cet article détermine dans quelles mesures l'allocation peut être totalement ou partiellement suspendue.

Article 26

Cet article détermine les conditions d'arrêt de l'allocation en cas de décès du bénéficiaire.

Article 27

Dans un objectif de simplification administrative, cette disposition vise à introduire le concept de force probante pour toute donnée communiquée par voie électronique afin de simplifier les échanges de flux d'informations entre les différents acteurs.

Article 28

Cet article, relatif aux délais de prescription des actions en récupération d'allocations perçues indûment et plus généralement à la procédure de récupération, reprend les dispositions de l'article 16 de la loi du 27 février 1987.

Article 29

Ces dispositions fixent les flux financiers et la gestion budgétaire de l'assurance autonomie.

Article 30

Cet article délègue au Collège réuni la détermination des frais de fonctionnement des organismes assureurs calculés sur la base d'un pourcentage du budget global l'assurance autonomie.

Le Collège réuni veillera à intégrer dans ce calcul un mécanisme visant à responsabiliser financièrement les

verantwoordelijk zijn voor de goede uitvoering van hun opdrachten in het kader van het beheer van de zorgverzekering.

Artikel 31

Deze bepaling regelt de inwerkingtreding van de ordonnantie.

organismes assureurs vis-à-vis de la bonne exécution de leurs missions dans le cadre de la gestion de l'assurance autonomie.

Article 31

Cette disposition règle l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

Céline FREMAULT (F)
Gladys KAZADI (F)
Pierre KOMPANY (F)

VOORSTEL VAN ORDONNANTIE

tot invoering van een Brusselse zorgverzekering

HOOFDSTUK 1 Algemene bepalingen en definities

Artikel 1

Deze ordonnantie regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 135 van de Grondwet.

De ordonnantie legt artikel 23 van de Grondwet ten uitvoer.

Artikel 2

Voor de toepassing van deze ordonnantie wordt verstaan onder :

- 1° dienstverlening : de in het kader van de eerste tak van de zorgverzekering verschaft thuis hulp ;
- 2° toelage : het in het kader van de tweede tak van de zorgverzekering toegekende zorgforfait ;
- 3° tegemoetkoming : betaling van het zorgforfait die voortvloeit uit de erkenning van het recht erop ;
- 4° huishulpdienst : de erkende dienst voor gezinshulp, die gezinshulp, thuisopvang of sociale huishoudhulp aanbiedt en die voldoet aan de tegemoetkomingsvoorwaarden in het kader van de zorgverzekering ;
- 5° verlies van zelfredzaamheid : de tijdelijke of permanente toestand van een persoon die, ingevolge een ziekte, een ongeval, een aangeboren afwijking, zijn leeftijd, zijn handicap of een specifieke sociale situatie, regelmatig nood heeft aan de bijstand van een derde persoon voor alle of een deel van de essentiële levenshandelingen, met name lichaamshygiëne, voeding, mobiliteit, of om zijn verworvenheden, zijn deelname aan het sociale leven en aan de maatschappij te behouden ;
- 6° evaluator : de door het Verenigd College erkende dienstverlener belast met het bepalen van de zelfredzaamheidsgraad van een persoon, door gebruik te maken van de evaluatietools waarin het Verenigd College voorziet ;
- 7° woonplaats : het in het bevolkingsregister of het vreemdelingenregister van een gemeente op het Franstalig grondgebied vermelde adres ;

PROPOSITION D'ORDONNANCE

instituant une assurance autonomie bruxelloise

CHAPITRE 1^{ER} Dispositions générales et définitions

Article 1^{er}

La présente ordonnance règle une matière visée à l'article 135 de la Constitution.

L'ordonnance met en œuvre l'article 23 de la Constitution.

Article 2

Pour l'application de la présente ordonnance, on entend par :

- 1° la prestation : la prestation d'aide à domicile fournie dans le cadre de la première branche de l'assurance autonomie ;
- 2° l'allocation : l'allocation forfaitaire autonomie octroyée dans le cadre de la deuxième branche de l'assurance autonomie ;
- 3° l'intervention : le paiement de l'allocation forfaitaire autonomie découlant de la reconnaissance du droit à son bénéfice ;
- 4° le service d'aide à domicile : le service agréé d'aide aux familles proposant des prestations d'aide familial, de garde à domicile ou d'aide ménager social qui répond aux conditions d'intervention dans le cadre de l'assurance autonomie ;
- 5° la perte d'autonomie : l'état temporaire ou permanent d'une personne qui, par la suite d'une maladie, d'un accident, d'une déficience acquise dès la naissance, en raison de son âge, de sa situation de handicap, ou d'une situation sociale spécifique, a un besoin régulier d'assistance d'une tierce personne pour tout ou partie des actes essentiels de la vie, à savoir, notamment l'hygiène corporelle, la nutrition, la mobilité, ou pour maintenir ses acquis, sa participation à la vie sociale et son inclusion dans la société ;
- 6° l'évaluateur : le prestataire agréé par le Collège réuni chargé d'établir le niveau d'autonomie d'une personne en utilisant les outils d'évaluation prévus par le Collège réuni ;
- 7° le domicile : l'adresse inscrite au registre de la population ou au registre des étrangers d'une commune sise sur le territoire de la région de langue française ;

- 8° inrichting voor de opvang en huisvesting van ouderen : het rusthuis of het rust- en verzorgingstehuis ;
- 9° instelling voor personen met een handicap : instellingen voor personen met een handicap, met uitzondering van kortverblijf, residentiële diensten voor jongeren en diensten voor begeleid wonen ;
- 10° persoon zonder vast verblijf : persoon als bedoeld in artikel 2, 1° van de ordonnantie van 14 juni 2018 betreffende de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen ;
- 11° zorgverzekeringsdienst : de dienst binnen de Brusselse verzekeringsinstellingen die belast is met de zorgverzekering zoals geregeld door dit Wetboek ;
- 12° verzekerde : persoon als bedoeld in artikel 32 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, met woonplaats in het Brussels Gewest, desgevallend via een referentieadres in de zin van artikel 20, § 3 van het koninklijk besluit van 16 juli 1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister ;
- 13° lid : persoon ingeschreven bij een zorgverzekeringsdienst van een Brusselse verzekeringsinstelling, als titularis of persoon ten laste ;
- 14° begunstigde : persoon - ook persoon ten laste - die de in de Brusselse zorgverzekering bepaalde diensten geniet ;
- 15° Brusselse verzekeringsinstellingen : de erkende Brusselse ziekenfondsen, alsook de Brusselse Hulpkas in de zin van de ordonnantie van 21 december 2018 ;
- 16° Iriscare : de krachtens de ordonnantie van 23 maart 2017 opgerichte Brusselse bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag ;
- 17° ordonnantie van 23 maart 2017 : de ordonnantie van 23 maart 2017 houdende de oprichting van de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag ;
- 18° ordonnantie van 21 december 2018 : de ordonnantie van 21 december 2018 betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen ;
- 19° gecoördineerde wet van 14 juli 1994 : de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 ;
- 20° verordening (EG) nr. 883/2004 : verordening (EG) Nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels ;
- 8° l'établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés : la maison de repos ou maison de repos et de soins ;
- 9° les institutions pour personnes handicapées : les institutions pour personnes handicapées à l'exclusion de l'hébergement de court séjour, des services résidentiels pour jeunes et des services de logements supervisés ;
- 10° la personne sans domicile fixe : la personne visée à l'article 2, 1°, de l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans-abri ;
- 11° le service assurance autonomie : le service établi au sein des organismes assureurs bruxellois et lié à l'assurance autonomie telle qu'organisée par le présent Code ;
- 12° l'assuré : la personne visée à l'article 32 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et domiciliée, le cas échéant par le biais d'une adresse de référence au sens de l'article 20, § 3, de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au registre de la population et au registre des étrangers, sur le territoire de la Région bruxelloise ;
- 13° l'affilié : la personne inscrite auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois, en qualité de titulaire ou de personne à charge ;
- 14° le bénéficiaire : la personne bénéficiant, y compris en tant que personne à charge, des prestations prévues par l'assurance autonomie bruxelloise ;
- 15° les organismes assureurs bruxellois : les sociétés mutualistes régionales bruxelloises agréées ainsi que la Caisse auxiliaire bruxelloise au sens de l'ordonnance du 21 décembre 2018 ;
- 16° Iriscare : l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales institué par l'ordonnance du 23 mars 2017 ;
- 17° l'ordonnance du 23 mars 2017 : l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales ;
- 18° l'ordonnance du 21 décembre 2018 : l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes ;
- 19° la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 20° le règlement (CE) n° 883/2004 : le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

21° wet van 15 december 1980 : de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ;

22° vertegenwoordiger : ofwel

- a) de wettelijke of gerechtelijke vertegenwoordiger ;
- b) de gemachtigde ;
- c) indien een van de in a) en b) bedoelde personen niet wenst op te treden of dat niet doet, achtereenvolgens :
 1. de samenwonende echtgeno(o)t(e), de wettelijk samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner ;
 2. een meerderjarig kind ;
 3. een meerderjarige broer of zus ;
 4. een maatschappelijk werker, met uitzondering van iedere persoon die een activiteit uitoefent in een coördinatiecentrum of een thuishulpdienst of die deelneemt aan het beheer ervan of die onderworpen is aan het gezag van de beheerder van de dienst.

23° BelRAI Screener : wetenschappelijk onderbouwd beoordelingsinstrument, gebaseerd op de internationale instrumentenset interRAI, bedoeld om het verlies van zelfredzaamheid van de verzekerde op gestandaardiseerde en gestructureerde wijze te meten, teneinde een bijstand tot stand te brengen die is afgestemd op de behoeften ;

24° sociaaleafhankelijkheidsmodule : instrument dat bij de BelRAI Screener wordt gevoegd en dat het mogelijk maakt om de specifieke sociale behoeften van de verzekerde te meten, teneinde een bijstand tot stand te brengen die is afgestemd op de behoeften.

Artikel 3

§ 1. Deze ordonnantie regelt op solidaire wijze een sociale bescherming om tegemoet te komen aan de behoeften ingevolge het verlies van zelfredzaamheid. Zij bestaat uit twee verschillende takken :

- 1° de eerste tak (thuishulp) geeft personen met verminderde zelfredzaamheid recht op een maandelijks aantal uren dienstverlening die verstrekt wordt door de thuishulpdiensten ;
- 2° de tweede tak (zorgforfait) hangt af van door het Verenigd College vastgelegde voorwaarden inzake leeftijd en inkomsten en geeft de begunstigde recht op een forfaitaire financiële tegemoetkoming, zorgforfait genaamd, die is berekend op basis van zijn zelfredzaamheidsgraad.

§ 2. De twee takken van de zorgverzekering zijn cumuleerbaar.

21° la loi du 15 décembre 1980 : la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

22° le représentant : soit

- a) le représentant légal ou judiciaire ;
- b) le mandataire ;
- c) si une des personnes visées aux a) et b), ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, en ordre subséquent :
 1. l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait ;
 2. un enfant majeur ;
 3. un frère ou une sœur majeur(e) ;
 4. un travailleur social, à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans un centre de coordination ou d'un service d'aide à domicile ou qui prend part à sa gestion, ou qui est soumise à l'autorité du gestionnaire du service.

23° BelRAI Screener : outil d'évaluation scientifiquement fondé, basé sur le set d'outils international interRAI, destiné à mesurer la perte d'autonomie de l'assuré de façon standardisée et structurée dans le but de mettre en œuvre une aide adaptée à ses besoins ;

24° module de dépendance sociale : outil annexé au BelRAI Screener permettant de mesurer les besoins sociaux spécifiques de l'assuré dans le but de mettre en œuvre une aide adaptée à ses besoins.

Article 3

§ 1^{er}. La présente ordonnance organise solidairement une protection sociale pour répondre aux besoins liés la perte d'autonomie. Elle est constituée de deux branches distinctes :

- 1° la première branche (prestations d'aide à domicile) donne droit aux personnes en perte d'autonomie à un nombre mensuel d'heures de prestations fournies par les services d'aide à domicile ;
- 2° la deuxième branche (allocation forfaitaire autonomie), conditionnée par des critères d'âge et de revenus fixés par le Collège réuni, donne droit au bénéficiaire à une intervention financière forfaitaire calculée sur la base de son degré de perte d'autonomie appelée allocation forfaitaire autonomie.

§ 2. Le bénéfice des deux branches de l'assurance autonomie peut être cumulé.

HOOFDSTUK 2
Toepassingsgebied van de verzekering
en aansluitingsverplichting

Artikel 4

§ 1. Om een of meerdere dienstverleningen van de zorgverzekering te bekomen, moet de begunstigde :

- 1° ten minste drie jaar aangesloten zijn bij een zorgverzekeringsdienst van een Brusselse verzekeringsinstelling of ten laste zijn van een aangesloten persoon ;
- 2° zijn woonplaats hebben op het grondgebied van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad of ten laste zijn van een persoon die zijn woonplaats heeft op het grondgebied van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 3° een verminderde zelfredzaamheid vertonen, in de zin van artikel 13.

Voor de toepassing van de termijn van drie jaar als bedoeld in het eerste lid, 1°, specificeert het Verenigd College de onderbrekingen die niet in aanmerking worden genomen en legt het de voorwaarden vast waaronder de periodes van aansluiting in het kader van een geldende zorgverzekering in een ander deelgebied van België of in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland in aanmerking worden genomen voor de termijn van drie jaar.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1, worden de diensten in natura van de Brusselse zorgverzekering toegekend aan de personen die binnen het toepassingsgebied van de verzekering vallen hoewel zij hun woonplaats niet in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad hebben :

- 1° onder de voorwaarden die zijn vastgelegd in de internationale wetgeving betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels ;
- 2° onder de door het Verenigd College vastgestelde voorwaarden voor diensten die verleend worden in een andere lidstaat van de Europese Unie, in een andere Staat die deel uitmaakt van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland, overeenkomstig de richtlijn betreffende de patiëntenrechten of overeenkomstig de overeenkomsten die gesloten zijn tussen het Verenigd College en de instellingen die in die andere Staten actief zijn ;
- 3° onder de door het Verenigd College vastgestelde voorwaarden, of op basis van samenwerkingsovereenkomsten met andere lidstaten van de Europese Unie en betreffende in die andere Staten in natura verleende diensten.

Het Verenigd College stelt de voorwaarden en de procedure vast voor de toekenning van de in deze paragraaf bedoelde dienstverleningen.

CHAPITRE 2
Champ d'application de l'assurance
et obligation d'affiliation

Article 4

§ 1. Pour obtenir une ou plusieurs prestations de l'assurance autonomie, le bénéficiaire doit :

- 1° être affilié, ou être à charge d'une personne affiliée, depuis au moins trois ans auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois ;
- 2° résider sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale ou être à charge d'une personne résidant sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- 3° être en situation de réduction d'autonomie, au sens de l'article 13.

Pour l'application du délai de trois ans visé à l'alinéa 1^{er}, 1°, le Collège réuni précise les interruptions qui ne sont pas prises en compte et fixe les conditions dans lesquelles les périodes d'affiliation intervenues dans le cadre d'une assurance autonomie en vigueur au sein d'une autre entité fédérée en Belgique ou au sein d'un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse sont prises en considération dans le délai de trois ans.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, les prestations en nature de l'assurance autonomie bruxelloise sont octroyées aux personnes qui sont comprises dans le champ d'application de l'assurance alors qu'elles ne sont pas domiciliées dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale :

- 1° aux conditions fixées par la législation internationale relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- 2° aux conditions arrêtées par le Collège réuni pour des prestations fournies dans un autre État membre de l'Union européenne, dans un autre État qui est partie à l'Espace économique européen ou en Suisse, conformément à la directive sur les droits des patients ou conformément aux conventions conclues entre le Collège réuni et les institutions opérant dans ces autres États ;
- 3° aux conditions, arrêtées par le Collège réuni, ou sur la base d'accords de coopération avec d'autres États membres de l'Union européenne, à propos de prestations en nature fournies dans ces autres États.

Le Collège réuni arrête les conditions et la procédure pour l'octroi des prestations visées au présent paragraphe.

Artikel 5

Iedere verzekerde betaalt jaarlijks een bijdrage aan de zorgverzekering, vanaf 1 januari van het jaar waarin hij zesentwintig jaar wordt.

Het Verenigd College legt de bedragen van de bijdragen vast naargelang het bijdragevermogen van de verzekerden, met ten minste drie categorieën, waarvan één als uitzonderingscategorie voor de meest kwetsbare personen. Het bepaalt de inningswijzen ervan.

Het Verenigd College bepaalt de nadere regels voor de betaling voor het eerste bijdragejaar.

De zorgverzekeringsdiensten van de Brusselse verzekeringsinstellingen worden belast met de inning van de bijdragen volgens de door het Verenigd College bepaalde nadere regels. Zij mogen de inning van de jaarlijkse bijdrage opsplitsen per trimester of per semester voor alle of een deel van hun leden.

Artikel 6

§ 1. Indien op 31 december wordt vastgesteld dat de persoon een verhoogde tegemoetkoming ontvangt zoals bedoeld in artikel 37, § 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, verleent het Verenigd College hem/haar een vermindering vanaf het daaropvolgende jaar, totdat hij/zij dat statuut niet meer geniet.

§ 2. De jaarlijkse bijdrage is niet verschuldigd :

- 1° vanaf 1 januari van het jaar dat volgt op het overlijden van de verzekerde of de verklaring van zijn afwezigheid ;
- 2° door de rechthebbenden van een verzekerde die overleden is tussen 1 januari en de datum van de oproep tot bijdragen in het jaar van overlijden ;
- 3° vanaf 1 januari van het jaar volgend op het jaar van de beslissing van de arbeidsrechtbank indien voor de verzekerde een collectieve schuldenregeling bestaat en zolang die beslissing of die van het arbeidshof dat zich in de plaats ervan zou hebben gesteld van toepassing is wegens het voortbestaan van een collectieve schuldenregeling ;
- 4° met ingang van 1 januari van het jaar volgend op het jaar van opsluiting in de gevangenis of van internering in een inrichting tot bescherming van de maatschappij van de verzekerde ;
- 5° vanaf 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de verzekerde dakloos wordt ;
- 6° vanaf 1 januari volgend op het jaar waarin de verzekerde voor een minimumperiode van drie maanden een leefloon ontvangt als bedoeld in de artikelen 14 en 15 van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie ;

Article 5

Tout assuré paie annuellement une cotisation au titre de l'assurance autonomie à partir du 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de vingt-six ans.

Le Collège réuni fixe les montants des cotisations par rapport à la capacité contributive des assurés, avec au minimum trois catégories, dont une d'exemption pour les personnes les plus précarisées. Il en détermine les moyens de perception.

Le Collège réuni définit les modalités de paiement de la première année de cotisation.

Les services assurance autonomie des organismes assureurs bruxellois sont chargés de la perception des cotisations selon les modalités définies par le Collège réuni. Ils sont autorisés à fractionner la perception de la cotisation annuelle par trimestre ou par semestre pour tout ou partie de leurs affiliés.

Article 6

§ 1^{er}. S'il est constaté à la date du 31 décembre que la personne est bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 19, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le Collège réuni lui accorde une réduction à partir de l'année qui suit, jusqu'à extinction du bénéfice de ce statut.

§ 2. La cotisation annuelle n'est pas due :

- 1° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année du décès de l'assuré ou de la déclaration de son absence ;
- 2° par les ayants droit d'un assuré décédé entre le 1^{er} janvier et la date d'appel à cotisations de l'année du décès ;
- 3° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année de la décision du tribunal du travail si l'assuré fait l'objet d'un règlement collectif de dettes et tant que s'applique cette décision ou celle de la Cour du travail qui s'y serait substituée en maintenant un règlement collectif de dettes ;
- 4° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année de la détention en prison ou de l'internement dans un établissement de défense sociale de l'assuré ;
- 5° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année où l'assuré devient une personne sans domicile fixe ;
- 6° à partir du 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré devient bénéficiaire pour une durée minimum de trois mois du revenu d'intégration sociale défini par les articles 14 et 15 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;

7° vanaf 1 januari volgend op het jaar waarin de Brusselse verzekerde de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) geniet als bedoeld in de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen ;

8° vanaf 1 januari volgend op het jaar waarin de Brusselse verzekerde de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) geniet als bedoeld in artikel 2, § 1 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap.

Wat het 2° betreft, hebben de rechthebbenden, indien de bijdrage in het jaar van overlijden is betaald, de mogelijkheid om een verzoek tot terugbetaling van de betaalde bijdrage in te dienen bij de Brusselse verzekeringsinstelling, die hun zal terugbetalen naar rato van het aantal volle maanden dat overblijft tussen de maand van overlijden en 31 december van het lopende jaar.

Wat het 3° betreft, is de bijdrage opnieuw verschuldigd vanaf 1 januari van het jaar volgend op het einde van de toepassing van de laatste beslissing.

Wat het 4° betreft, is de bijdrage opnieuw verschuldigd vanaf 1 januari van het jaar volgend op de vrijlating van de gevangene of geïnterneerde.

Artikel 7

Het Verenigd College bepaalt de voorwaarden waaronder de niet-betaling van de jaarlijkse bijdragen leidt tot de schorsing van het recht op dienstverlening.

Het bepaalt tevens onder welke voorwaarden, in passende gevallen, kan worden afgezien van de invordering van de bijdragen die de debiteuren te goeder trouw nog verschuldigd zijn.

Artikel 8

§ 1. Het Verenigd College bepaalt het niveau van verminderde zelfredzaamheid die moet bereikt zijn om een of meer dienstverleningen te kunnen genieten. Het bepaalt de instrumenten voor de evaluatie van dat niveau van zelfredzaamheid en erkent de personen die bevoegd zijn voor die evaluatie.

De aanvraag tot evaluatie wordt door het lid of zijn tegenwoordiger ingediend bij de dienst Zorgverzekering van zijn Brusselse verzekeringsinstelling, die het niveau van zelfredzaamheid evalueert of heeft laten evalueren volgens de voorwaarden en binnen de maximumtermijn die door het Verenigd College zijn vastgesteld.

7° à partir du 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré bruxellois devient bénéficiaire de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), définie par la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;

8° à partir du 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré bruxellois devient bénéficiaire de l'allocation de remplacement de revenu (ARR), visée par l'article 2, § 1^{er}, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations pour personnes handicapées.

Concernant le 2°, si la cotisation a été payée l'année du décès, les ayants droit ont la possibilité d'introduire une demande en récupération de la cotisation versée auprès de l'organisme assureur bruxellois qui leur rétribuera au prorata du nombre de mois complet restant entre le mois du décès et le 31 décembre de l'année en cours.

Concernant le 3°, la cotisation est de nouveau due à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant la fin de l'application de la dernière décision.

Concernant le 4°, la cotisation est de nouveau due à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant la sortie du détenu ou de l'interné.

Article 7

Le Collège réuni précise les conditions dans lesquelles le non-paiement des cotisations annuelles entraîne la suspension du droit aux prestations.

Il précise également les conditions dans lesquelles il peut, dans les cas dignes d'intérêt, être renoncé au recouvrement des cotisations restant dues par des débiteurs de bonne foi.

Article 8

§ 1^{er}. Le Collège réuni fixe le niveau de réduction d'autonomie qui doit être atteint pour obtenir le bénéfice d'une ou plusieurs prestations. Il définit les outils d'évaluation de ce niveau d'autonomie et agréé les personnes compétentes pour procéder à cette évaluation.

La demande d'évaluation est introduite par l'affilié ou son représentant auprès du service assurance autonomie de son organisme assureur bruxellois qui procède ou fait procéder à l'évaluation du niveau d'autonomie dans les conditions et dans le délai maximum fixés par le Collège réuni.

De aanvraag tot evaluatie leidt tot de afgifte van een ontvangstbevestiging, overeenkomstig de door het Verenigd College bepaalde nadere regels.

De aanvraag tot evaluatie kan bij een met redenen omklede beslissing van de verzekeringsinstelling worden afgewezen, zonder dat een evaluatie wordt gemaakt, indien niet is voldaan aan een van de in artikel 4, §1, 1° en 2°, vermelde voorwaarden.

§ 2. De evaluator begeeft zich naar de woonplaats van het lid binnen de door het Verenigd College bepaalde termijn.

Afhankelijk van de situatie van het lid, kan de beoordelaar de evaluatie ook uitvoeren in een ziekenhuis, een bejaardeninstelling of een instelling voor personen met een handicap.

Het Verenigd College stelt de bijzondere situaties vast waarin de in het eerste lid bedoelde termijn kan worden verkort of verlengd.

§ 3. De evaluator bezorgt de evaluatie van het niveau van verminderde zelfredzaamheid aan de dienst zorgverzekering van de Brusselse verzekeringsinstelling.

Tenzij de evaluator op een met redenen omklede wijze vaststelt dat het niveau van verminderde zelfredzaamheid duidelijk uitsluit te overwegen een uitkering toe te kennen, bezorgt hij een advies over de specifieke behoeften aan bijstand van de geëvalueerde persoon en over de in de nomenclatuur vermelde dienstverleningen die deze behoeften kunnen lenigen.

Artikel 9

§ 1. Volgens de door het Verenigd College bepaalde nadere regels, deelt de Brusselse verzekeringsinstelling het lid de beslissing mee om de eerste tak van de zorgverzekering te laten genieten of dat te weigeren.

§ 2. De controle op de evaluatie van het niveau van de zelfredzaamheid geschiedt regelmatig en willekeurig of op verzoek van Iriscare en in onderling overleg door de Brusselse verzekeraars.

Het Verenigd College stelt de nadere regels vast voor het uitvoeren en organiseren van die controles.

Indien uit de controle van de evaluatie van het niveau van zelfredzaamheid blijkt dat die onjuist is, wordt een

La demande d'évaluation donne lieu à la délivrance d'un accusé de réception, selon les modalités fixées par le Collège réuni.

La demande d'évaluation peut, par une décision motivée de l'organisme assureur, être rejetée, sans qu'il soit procédé à un examen d'évaluation, si l'une ou l'autre des conditions visées à l'article 4, §1^{er}, 1° en 2°, n'est pas remplies.

§ 2. L'évaluateur se rend au lieu de résidence de l'affilié dans le délai fixé par le Collège réuni.

En fonction de la situation de l'affilié, l'évaluateur peut également procéder à l'évaluation dans un établissement hospitalier, dans un établissement d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées ou dans une institution pour personnes handicapées.

Le Collège réuni détermine les situations spécifiques dans lesquelles le délai visé à l'alinéa 1^{er} peut être raccourci ou allongé.

§ 3. L'évaluateur transmet l'évaluation du niveau de réduction d'autonomie au service assurance autonomie de l'organisme assureur bruxellois.

Sauf s'il constate, de manière motivée, que le niveau de réduction d'autonomie ne permet manifestement pas d'envisager l'octroi d'une prestation, l'évaluateur transmet un avis à propos des besoins d'aide spécifiques de la personne évaluée et des prestations qui, parmi celles figurant dans la nomenclature, sont susceptibles de rencontrer ces besoins.

Article 9

§ 1^{er}. Selon les modalités définies par le Collège réuni, l'organisme assureur bruxellois notifie à l'affilié la décision d'octroi ou de refus du bénéfice de la première branche de l'assurance autonomie.

§ 2. Le contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie est effectué de manière intermutualiste par les organismes assureurs bruxellois de manière régulière et aléatoire ou à la demande d'Iriscare.

Le Collège réuni détermine les modalités d'exécution et d'organisation de ces contrôles.

Si le contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie révèle le caractère incorrect de celle-ci, une nouvelle

nieuwe kennisgeving van het genot of de weigering daartoe van de zorgverzekering aan het lid gezonden volgens de door het Verenigd College vastgestelde nadere regels.

De dienstverleningen waarop de begunstigde recht heeft, worden herzien met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de in het vorige lid bedoelde kennisgeving.

De Brusselse verzekeringsinstellingen spelen de informatie met betrekking tot de nieuwe evaluatie via elektronische weg door aan Iriscare, de thuishulpdiensten en de coördinatiecentra.

Iriscare bestraft de dienst waarvoor de van fraude verdachte evaluator werkt op basis van een dossier van de Brusselse verzekeringsinstelling. Die sanctie bestaat uit een waarschuwing of een administratieve boete tegen de dienst waarvoor de evaluator werkt. Het Verenigd College stelt het maximumbedrag van de administratieve geldboete en de nadere regels van toepassing van die sanctie vast.

Artikel 10

§ 1. In geval van een beslissing om dienstverleningen toe te kennen, staat het de begunstigde vrij om de diensten voor thuiszorg te kiezen waarvan hij gebruik kan maken binnen de grenzen van de beschikbaarheid ervan.

§ 2. Om die vrije keuze in acht te nemen, is elke vorm van reclame die, ongeacht de gebruikte middelen, bepaalde hulpverleners bevoordeelt, verboden op de dragers die worden beheerd door de Brusselse verzekeringsinstellingen in het kader van het beheer van de zorgverzekering. Het Verenigd College stelt de nadere regels vast voor de controle en de sancties in geval van niet-naleving van dat verbod.

Artikel 11

§ 1. Het Verenigd College bepaalt de regels voor het weigeren of beëindigen van de bijstand om redenen die verband houden met het in gevaar brengen van de dienstverlener.

§ 2. De diensten voldoen aan de volgende voorwaarden :

- 1° worden verleend in de woonplaats van de begunstigde ;
- 2° worden verleend door een thuishulpdienst.

§ 3. In afwijking van paragraaf 2, 1°, worden dienstverleningen geweigerd wanneer personen daadwerkelijk wonen in bejaardeninstellingen, instellingen voor gehandicapten, psychiatrische verzorgingstehuizen, gevangenissen en inrichtingen tot bescherming van de maatschappij.

notification du bénéficiaire ou du refus de l'assurance autonomie est adressée à l'affilié selon les modalités fixées par le Collège réuni.

Les prestations auxquelles a droit le bénéficiaire sont révisées à partir du premier jour du mois qui suit la notification visée à l'alinéa précédent.

Les organismes assureurs bruxellois transmettent les informations relatives à la nouvelle évaluation à Iriscare, aux services d'aide à domicile et aux centres de coordination via flux électronique.

Iriscare sanctionne le service pour le compte duquel travaille l'évaluateur convaincu de fraude sur la base d'un dossier transmis par l'organisme assureur bruxellois. Cette sanction est soit un avertissement, soit l'application d'une amende administrative à l'encontre du service pour le compte duquel travaille l'évaluateur. Le Collège réuni précise le montant maximal de l'amende administrative et détermine les modalités d'application de cette sanction.

Article 10

§ 1^{er}. En cas de décision accordant le bénéfice des prestations, le bénéficiaire dispose du libre choix des services d'aide à domicile auxquels il peut faire appel dans les limites de leurs disponibilités.

§ 2. Pour respecter ce libre choix, toute forme de publicité qui, quel que soit le moyen utilisé, privilégie certains prestataires d'aides, est interdit sur les supports gérés par les organismes assureurs bruxellois dans le cadre de la gestion de l'assurance autonomie. Le Collège réuni détermine les modalités de contrôle et de sanction en cas de non-respect de cette interdiction.

Article 11

§ 1^{er}. Le Collège réuni fixe les règles de refus ou de clôture d'une demande d'aide pour des raisons relatives à la mise en danger du prestataire d'aide.

§ 2. Les prestations répondent aux conditions suivantes :

- 1° être prestées au domicile du bénéficiaire ;
- 2° être assurées par un service d'aide à domicile.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 2, 1°, le bénéfice des prestations est refusé lorsque les personnes résident effectivement dans les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés, les institutions pour personnes handicapées, les maisons de soins psychiatriques, les prisons et les établissements de défense sociale.

Het Verenigd College kan de in het eerste lid bedoelde lijst aanvullen met andere structuren die soortgelijke dienstverleningen zouden aanbieden en die reeds door de GGC worden gefinancierd, of met andere structuren waarin de thuishulpdiensten geen toelating hebben om te werken.

§ 4. In afwijking van paragraaf 2, 1^o, mogen de diensten buiten de woonplaats van de begunstigde worden verleend, op voorwaarde dat de verblijfplaats niet bedoeld wordt in paragraaf 3.

§ 5. De begunstigde kiest de thuishulpdienst voor de dienstverlening waarop hij recht heeft.

Voor de begunstigde, wordt de bijstand van een thuishulpdienst verstrekt onder de voorwaarden en volgens de nadere regels die zijn vastgelegd in (een) met de Vlaamse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie te sluiten samenwerkingsovereenkomst of in samenwerkingsovereenkomsten.

Voor de begunstigde, wordt de bijstand van een thuishulpdienst verstrekt onder de voorwaarden en volgens de nadere regels van het internationale verdrag dat met de betrokken staat is gesloten.

Artikel 12

§ 1. De diensten bestaan uit hulp in het dagelijkse leven en thuisoppas, verleend door de gezinshulp, sociale huishoudhulp en thuisoppas van de thuisoppasdiensten.

§ 2. Indien meerdere thuishulpdiensten nodig zijn om de behoeften van de begunstigten te lenigen, moeten zij onder elkaar een referentiedienst aanwijzen volgens de door het Verenigd College vastgelegde nadere regels.

Artikel 13

Het genot van de dienstverleningen is opeisbaar vanaf de dag waarop het verzoek om tenlasteneming wordt ingediend bij de Brusselse verzekeringsinstelling.

Artikel 14

§ 1. De thuishulpdienst vordert van de begunstigde een bijdrage naargelang zijn middelen en volgens de door het Verenigd College vastgelegde schalen.

§ 2. Zonder afbreuk te doen aan paragraaf 1, neemt de Brusselse verzekeringsinstelling van de begunstigde het gebruik van de eerste tak van de zorgverzekering op zich, op basis van de verstrekte diensten en binnen de grenzen van het aantal toegekende maandelijks uren dienstverlening.

Le Collège réuni peut compléter la liste visée à l'alinéa 1^{er} soit par d'autres structures qui offriraient des prestations similaires déjà financées par la COCOM, soit par d'autres structures dans lesquelles les services d'aide à domicile ne sont pas autorisés à prester.

§ 4. Par dérogation au paragraphe 2, 1^o, les prestations peuvent être réalisées hors du domicile du bénéficiaire pour autant que le lieu de séjour ne soit pas visé au paragraphe 3.

§ 5. Le bénéficiaire choisit le service d'aide à domicile qui lui fournira les prestations auxquelles il a droit.

Pour le bénéficiaire, l'intervention d'un service fournissant une aide à domicile sera assurée conformément aux conditions et selon les modalités déterminées par un accord de coopération, ou des accords de coopération, à conclure avec la Communauté flamande, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française.

Pour le bénéficiaire, l'intervention d'un service fournissant une aide à domicile sera assurée conformément aux conditions et selon les modalités déterminées par traité international conclu avec l'État concerné.

Article 12

§ 1^{er}. Les prestations consistent en des activités d'aide à la vie quotidienne ainsi que de garde de personne à domicile, effectuées par l'aide familial, l'aide ménager social et le garde à domicile des services d'aide.

§ 2. Si plusieurs services d'aide à domicile sont nécessaires pour répondre aux besoins des bénéficiaires, ceux-ci sont tenus de désigner un service référent entre eux selon les modalités fixées par le Collège réuni.

Article 13

Le bénéfice des prestations est exigible au jour de la demande de prise en charge déposée auprès de l'organisme assureur bruxellois.

Article 14

§ 1^{er}. Le service d'aide à domicile exige du bénéficiaire une contribution en rapport avec ses ressources selon les barèmes fixés par le Collège réuni.

§ 2. Sans préjudice du paragraphe 1^{er}, le bénéfice de la première branche de l'assurance autonomie est pris en charge par l'organisme assureur bruxellois du bénéficiaire sur la base des prestations effectuées et dans les limites du nombre mensuel d'heures de prestations octroyé.

§ 3. De thuishulpdiensten sturen maandelijks hun facturen naar de Brusselse verzekeringsinstellingen van hun leden.

§ 4. De thuishulpdiensten sturen maandelijks hun facturen naar de begunstigden voor de in paragraaf 1 bedoelde bijdrage.

§ 5. De facturatie tussen de thuishulpdiensten en de Brusselse verzekeringsinstellingen verloopt elektronisch. Het Verenigd College kan voorzien in een overgangsfase waarin een andere dan elektronische facturatiwijze wordt gebruikt.

§ 6. Het Verenigd College specificceert de nadere praktische regels voor de uitvoering van deze bepaling.

Artikel 15

§ 1. De Nederlandstalige of Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel is bevoegd voor alle betwistingen tussen een lid enerzijds en een Brusselse verzekeringsinstelling of Iriscare anderzijds.

Op straffe van onontvankelijkheid, wordt het beroep tegen een administratieve beslissing ingesteld binnen een termijn van drie maanden, te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de betwiste beslissing.

De procedure wordt ingeleid bij schriftelijk verzoek, dat wordt ingediend bij of gestuurd naar de griffie van de arbeidsrechtbank. De partijen worden door de griffie opgeroepen om te verschijnen op de hoorzitting die de rechter heeft vastgelegd. In de oproepingsbrief wordt het voorwerp van het verzoek gespecificeerd.

De bepalingen van artikel 704, § 1 van het Gerechtelijk Wetboek en van het vierde deel, boek II, titel *Vbis*, met inbegrip van de artikelen 1034*bis* tot 1034*sexies* van hetzelfde Wetboek, zijn niet van toepassing.

Het verzoekschrift wordt meegedeeld aan het arbeidsauditoraat, dat advies uitbrengt, in een van de in artikel 766 van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde vormen, wanneer het dat gepast acht of wanneer de rechtbank daarom verzoekt.

De vonnissen van de arbeidsrechtbank worden aan de partijen ter kennis gebracht volgens de nadere regels die zijn opgenomen in het tweede tot vierde lid van artikel 792 van het Gerechtelijk Wetboek. Die kennisgeving doet de beroepstermijn ingaan.

§ 3. Sur une base mensuelle, les services d'aide à domicile envoient leurs factures aux organismes assureurs bruxellois de leurs affiliés.

§ 4. Sur une base mensuelle, les services d'aide à domicile envoient leurs factures aux bénéficiaires pour la contribution visée au paragraphe 1^{er}.

§ 5. Le flux de facturation entre les services d'aide à domicile et les organismes assureurs bruxellois est électronique. Une phase transitoire permettant l'utilisation d'un flux autre qu'électronique peut être prévue par le Collège réuni.

§ 6. Le Collège réuni précise les modalités pratiques de mises en œuvre de la présente disposition.

Article 15

§ 1^{er}. Toute contestation entre un affilié, d'une part, et un organisme assureur bruxellois ou Iriscare, d'autre part, est de la compétence du tribunal du travail francophone ou néerlandophone de Bruxelles.

Sous peine d'irrecevabilité, le recours dirigé contre une décision administrative est introduit dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

La procédure est introduite par une requête écrite, déposée ou envoyée, au greffe du tribunal du travail. Les parties sont convoquées par le greffe à comparaître à l'audience fixée par le juge. La convocation précise l'objet de la demande.

Les dispositions de l'article 704, § 1^{er} du Code judiciaire et de la quatrième partie, livre II, titre *Vbis*, y compris les articles 1034*bis* à 1034*sexies*, du même Code, ne sont pas applicables.

La requête est communiquée à l'auditorat du travail qui émet son avis, selon l'une des formes prévues à l'article 766 du Code judiciaire, lorsqu'il le juge convenable ou lorsque le tribunal le demande.

Les jugements prononcés par le tribunal du travail sont notifiés aux parties selon les modalités prévues aux alinéas 2 à 4 de l'article 792 du Code judiciaire. Cette notification fait courir le délai d'appel.

De veroordeling tot de kosten wordt, behalve wanneer de vordering roekeloos of tergend is, altijd uitgesproken tegen de overheid of de instelling belast met het toepassen van deze ordonnantie.

§ 2. Het Verenigd College kan specifiek administratief beroep organiseren, voorafgaand aan het in paragraaf 1 bedoelde beroep. Het specificert de voorwaarden op grond waarvan een administratief beroep de in paragraaf 1 bedoelde termijn van drie maanden schorst.

De arbeidsrechtbank neemt kennis van de geschillen tussen de Brusselse verzekeringsinstellingen en Iriscare, alsook tussen de Brusselse verzekeringsinstellingen of Iriscare en de dienstverleners en waartoe deze ordonnantie en de uitvoeringsbesluiten ervan aanleiding kunnen geven.

Artikel 16

Om gebruik te maken van de tegemoetkoming van de tweede tak van de zorgverzekering, moet het lid ten minste vijftien jaar oud zijn.

Het Verenigd College kan de in het eerste lid bedoelde leeftijdsvoorwaarde herzien en in overeenstemming brengen met de wettelijke pensioenleeftijd, voor zover de leeftijd om in aanmerking te komen voor de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming, zoals bepaald in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, ook in die zin wijzigt.

Artikel 17

De tegemoetkoming mag niet worden gecumuleerd met een van de volgende tegemoetkomingen :

- 1° een inkomensvervangende tegemoetkoming of een integratietegemoetkoming, betaald op grond van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap ;
- 2° een gewone of bijzondere tegemoetkoming, betaald op grond van de wet van 27 juni 1969 betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan mindervaliden ;
- 3° een tegemoetkoming voor hulp van derden, betaald op grond van de wet van 27 juni 1969 betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan mindervaliden ;
- 4° een tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, betaald op grond van de wet van 27 juni 1969 betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan mindervaliden.

Artikel 18

§ 1. De tegemoetkoming kan alleen worden toegekend aan een lid dat hetzij :

La condamnation aux dépens est toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer la présente ordonnance.

§ 2. Le Collège réuni peut organiser un recours administratif spécifique, préalable au recours visé au paragraphe 1^{er}. Il précise les conditions dans lesquelles l'introduction d'un recours administratif suspend le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}.

Le tribunal du travail connaît des contestations auxquelles peut donner lieu la présente ordonnance et ses arrêtés d'application entre les organismes assureurs bruxellois et Iriscare ainsi qu'entre les organismes assureurs bruxellois ou Iriscare et les prestataires.

Article 16

Pour bénéficier de l'intervention de la deuxième branche de l'assurance autonomie, l'affilié est âgé d'au moins soixante-cinq ans.

La condition d'âge visée à l'alinéa 1^{er} peut être révisée par le Collège réuni afin de la faire correspondre à l'âge de la pension légale pour autant que l'âge d'accès à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, définies par la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, soit également adapté en ce sens.

Article 17

L'intervention ne peut être cumulée avec une des interventions suivantes :

- 1° une allocation de remplacement de revenus ou une allocation d'intégration payée en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- 2° une allocation ordinaire ou une allocation spéciale payée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
- 3° une allocation pour l'aide d'une tierce personne payée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
- 4° une allocation complémentaire ou allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées payée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés.

Article 18

§ 1^{er}. L'allocation peut être octroyée uniquement à un affilié qui est soit :

- 1° Belg is ;
- 2° onderdaan is van een lidstaat van de Europese Unie ;
- 3° een persoon is zoals bedoeld in de Euro-mediterrane associatie-overeenkomsten met Marokko, Algerije of Tunesië en die voldoet aan de voorwaarden uit verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen ;
- 4° staatloos is en onder de toepassing valt van het Verdrag betreffende de status van staatlozen, ondertekend in New York op 28 september 1954 en goedgekeurd bij de wet van 12 mei 1960 ;
- 5° vluchteling is zoals bedoeld in artikel 49 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ;
- 6° niet tot de in het 1° tot 5° bepaalde categorieën behoort, maar die tot 21 jaar de verhoging van de kinderbijslag genoten heeft zoals bedoeld in artikel 47, § 1 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 of in artikel 20, § 2 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslag ten voordele van de zelfstandigen ;
- 7° onderdaan is van IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland en voldoet aan de voorwaarden van Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en hun gezinnen de op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen en in België hun werkelijke verblijfplaats hebben ;
- 8° de echtgenoot, de wettelijk samenwonende, of een ander gezinslid is in de zin van de voornoemde verordening nr. 1408/71 van 14 juni 1971, van een persoon zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 1° tot 5° van de voornoemde wet van 27 februari 1987, of van een onderdaan van een Staat zoals bedoeld in artikel 1, 1° van dat besluit, die zelf geen onderdaan zijn van die Staten en die in België hun werkelijke verblijfplaats hebben.

Men verstaat onder gezinslid van de onderdaan : de minderjarige kinderen evenals de meerderjarige kinderen, de vader, de moeder, de schoonvader en de schoonmoeder die ten laste zijn van de onderdaan. De persoon die onder hetzelfde dak woont als de onderdaan en die wordt beschouwd als persoon ten laste van de onderdaan in de zin van de wet betreffende de verplichte verzekering voor gezondheidszorg en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt beschouwd als zijnde ten laste van de onderdaan.

- 1° belge ;
- 2° ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ;
- 3° personne visée par les accords d'association euro-méditerranéens avec le Maroc, l'Algérie ou la Tunisie, satisfaisant aux conditions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ;
- 4° apatride qui tombe sous l'application de la Convention relative au statut des apatrides, signée à New York le 28 septembre 1954 et approuvée par la loi du 12 mai 1960 ;
- 5° réfugié visé à l'article 49 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- 6° exclu des catégories définies aux 1° à 5°, mais qui a bénéficié jusqu'à l'âge de vingt et un ans de la majoration de l'allocation familiale prévue à l'article 47, § 1^{er}, de la loi générale du 19 décembre 1939 relatives aux allocations familiales ou à l'article 20, § 2, de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants ;
- 7° ressortissant de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse, satisfaisant aux conditions du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et ont leur résidence réelle en Belgique ;
- 8° le conjoint, le cohabitant légal, ou un autre membre de la famille, au sens du règlement n° 1408/71 précité du 14 juin 1971, d'une personne telle que visée à l'article 4, § 1, 1° à 5°, de la loi précitée du 27 février 1987, ou d'un ressortissant d'un État visé à l'article 1^{er}, 1°, du présent arrêté, qui ne sont pas elles-mêmes ressortissantes de ces États, et qui ont leur résidence réelle en Belgique.

On entend par membre de la famille du ressortissant les enfants mineurs, ainsi que les enfants majeurs, les père, mère, beau-père et belle-mère à charge du ressortissant. Est considéré comme étant à charge du ressortissant, la personne qui vit sous le même toit que le ressortissant et qui est considérée comme personne à charge du ressortissant au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994.

§ 2. Het Verenigd College kan, volgens de voorwaarden die het vaststelt, de toepassing van deze bepaling uitbreiden tot andere categorieën van personen dan die bedoeld in paragraaf 1 en die in België hun werkelijke verblijfplaats hebben.

§ 3. Indien een persoon die de tegemoetkoming kreeg toegewezen niet meer voldoet aan de voorwaarden uit paragraaf 1 of 2, wordt het recht op die tegemoetkoming ingetrokken. Wanneer die persoon opnieuw aan de voorwaarden voldoet, kan hij een nieuwe aanvraag indienen.

§ 4. Het Verenigd College kan de wijze van controle op de naleving van deze bepaling vastleggen.

Artikel 19

Het Verenigd College stelt, in het kader van de samenwerking tussen de verschillende Brusselse verzekeringsinstellingen, een controleprocedure vast voor de beoordeling van het niveau van zelfredzaamheid.

Die procedure wordt regelmatig en willekeurig of op verzoek van Iriscare toegepast. Het Verenigd College bepaalt de samenstelling van het orgaan dat binnen Iriscare belast is met de controles. Het College bepaalt de nadere regels voor die controles.

Als uit de controle een onjuiste evaluatie van de graad van zelfredzaamheid blijkt, worden de conclusies van de controle meegedeeld aan de verzekeringsinstelling, die over een termijn van twee maanden beschikt om een nieuwe beslissing te nemen, nadat ze de aangeslotene de mogelijkheid heeft geboden om gehoord te worden.

De beslissing tot herziening sorteert effect op de eerste dag van de maand die volgt op de kennisgeving.

Artikel 20

§ 1. Het Verenigd College stelt het bedrag van de toelage vast, dat schommelt volgens de bij evaluatie vastgestelde graad van zelfredzaamheid van de begunstigde.

§ 2. Afgezien van de graad van zelfredzaamheid, wordt bij het vaststellen van het bedrag rekening gehouden met het inkomen van de aanvrager, dat geëvalueerd wordt op basis van de resultaten van een onderzoek dat wordt uitgevoerd volgens de door het Verenigd College vastgestelde nadere regels.

Artikel 21

§ 1. De toelage wordt toegekend, rekening houdend met het gezinsinkomen.

§ 2. Le Collège réuni peut aux conditions qu'il fixe, étendre l'application de la présente disposition à d'autres catégories de personnes que celles visées au paragraphe 1^{er} qui ont leur résidence réelle en Belgique.

§ 3. Si une personne à laquelle l'allocation a été octroyée ne satisfait plus aux conditions visées au paragraphe 1^{er} ou 2, le droit à cette allocation est retiré. Lorsqu'elle satisfait à nouveau à ces conditions, elle peut introduire une nouvelle demande.

§ 4. Le Collège réuni peut fixer la manière dont est opéré le contrôle du respect de la présente disposition.

Article 19

Le Collège réuni arrête, dans le cadre de la coopération entre les différents organismes assureurs bruxellois, une procédure de contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie.

Cette procédure est mise en œuvre de manière régulière et aléatoire ou à la demande d'Iriscare. Le Collège réuni détermine la composition de l'organe qui, au sein d'Iriscare, est chargé des contrôles. Il règle les modalités de ces contrôles.

Si le contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie révèle le caractère incorrect de celle-ci, les conclusions du contrôle sont notifiées à l'organisme assureur, qui dispose d'un délai de deux mois pour prendre une nouvelle décision après avoir donné à l'affilié la possibilité d'être entendu.

La décision de révision a effet le premier jour du mois suivant sa notification.

Article 20

§ 1^{er}. Le Collège réuni fixe le montant de l'allocation qui varie selon le degré d'autonomie du bénéficiaire déterminé par l'évaluation.

§ 2. Outre le degré d'autonomie, il est tenu compte, pour fixer le montant de l'allocation, des revenus du demandeur, évalués sur la base des résultats d'une enquête menée selon les modalités précisées par le Collège réuni.

Article 21

§ 1^{er}. L'allocation est octroyée moyennant l'imputation des revenus du ménage.

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend als het inkomen van de aangeslotene en het inkomen van de persoon met wie hij een huishouden vormt niet hoger zijn dan het door het Verenigd College vastgestelde bedrag.

§ 2. Het Verenigd College bepaalt wat moet worden verstaan onder inkomen en voor wie, volgens welke criteria en op welke manier het bedrag moet worden vastgesteld.

Het Verenigd College kan bepalen dat sommige inkomens of gedeelten van inkomens niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking worden genomen onder de voorwaarden die het heeft bepaald. Daartoe kan het een onderscheid maken op basis van :

- 1° de gezinssamenstelling van de aangeslotene ;
- 2° de gezinsleden voor wie het inkomen bepaald wordt ;
- 3° de bron van het inkomen.

§ 3. De aangeslotene en de persoon met wie hij een huishouden vormt, moeten hun rechten laten gelden :

- 1° op de uitkeringen en vergoedingen waarop zij aanspraak kunnen maken krachtens een andere Belgische of buitenlandse wetgeving of krachtens de regels van toepassing op het personeel van een internationale openbare instelling, en die hun grond vinden in een beperking van het verdienvermogen, in een gebrek aan of vermindering van de zelfredzaamheid of in de artikelen 1382 en volgende van het Burgerlijk Wetboek betreffende de burgerlijke aansprakelijkheid ;
- 2° op sociale uitkeringen inzake ziekte en invaliditeit, werkloosheid, arbeidsongevallen, beroepsziekten, rust- en overlevingspensioenen, de inkomensgarantie voor ouderen en het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

Het Verenigd College bepaalt op welke manier rekening wordt gehouden met de uitkeringen en vergoedingen waarop de aangeslotene en de persoon met wie hij een huishouden vormt, hun rechten niet hebben laten gelden.

§ 4. Voor de toepassing van deze bepaling, moet onder huishouden worden verstaan : elke samenwoning van twee personen die geen bloed- of aanverwant zijn in de eerste, tweede of derde graad.

Het bestaan van een huishouden wordt vermoed wanneer ten minste twee personen die geen bloed- of aanverwant zijn in de eerste, tweede of derde graad, hun hoofdverblijfplaats op hetzelfde adres hebben. Het tegenbewijs kan met alle mogelijke middelen worden geleverd door de persoon met een beperkte zelfredzaamheid, zijn Brusselse verzekeringsinstelling of Iriscare.

L'intervention est accordée uniquement si le montant des revenus de l'affilié et le montant des revenus de la personne avec laquelle il forme un ménage ne dépassent pas le montant des allocations fixé par le Collège réuni.

§ 2. Le Collège réuni détermine ce qu'il faut entendre par revenu et par qui, selon quels critères et de quelle manière le montant doit être fixé.

Le Collège réuni peut arrêter que certains revenus ou certaines parties du revenu ne sont pas ou ne sont que partiellement pris en compte, aux conditions fixés par lui. À cet effet, il peut faire une distinction sur la base :

- 1° de la composition du ménage de l'affilié ;
- 2° des membres du ménage pour lesquels le revenu est déterminé ;
- 3° de la source du revenu.

§ 3. L'affilié et la personne avec laquelle il forme un ménage, doivent faire valoir leurs droits :

- 1° aux prestations et indemnités auxquelles ils peuvent prétendre en vertu d'une autre législation belge ou étrangère ou en vertu de règles applicables au personnel d'une institution internationale publique, et qui trouvent leur fondement dans une limitation de la capacité de gain, dans un manque ou une réduction de l'autonomie ou dans les articles 1382 et suivants du Code civil relatif à la responsabilité civile ;
- 2° à des prestations sociales relatives à la maladie et l'invalidité, au chômage, aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, aux pensions de retraite et de survie, à la garantie de revenus aux personnes âgées et au revenu garanti pour personnes âgées.

Le Collège réuni détermine de quelle manière les prestations et indemnités auxquels l'affilié, ainsi que la personne avec laquelle il forme un ménage, n'ont pas fait valoir leurs droits sont pris en compte.

§ 4. Pour l'application de la présente disposition, il y a lieu d'entendre par ménage toute cohabitation de deux personnes qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré.

L'existence d'un ménage est présumée lorsque deux personnes au moins qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré, ont leur résidence principale à la même adresse. La preuve du contraire peut être apportée par tous les moyens possibles par la personne en perte d'autonomie, son organisme assureur bruxellois ou par Iriscare.

Wanneer een van de leden van het huishouden opgesloten is in een gevangenis of opgenomen is in een instelling tot bescherming van de maatschappij, houdt het huishouden op te bestaan tijdens de duur van de detentie.

§ 5. De in § 1 bedoelde toelage kan worden toegekend aan de aanvrager als voorschot op de in § 3 bedoelde uitkeringen en vergoedingen.

Het Verenigd College bepaalt onder welke voorwaarden, volgens welke nadere regels en tot welk bedrag die voorschotten kunnen worden toegekend, alsmede de wijze waarop ze kunnen worden teruggevorderd. De Brusselse verzekeringsinstelling treedt in de rechten van de begunstigde tot het bedrag van de toegekende voorschotten. In voorkomend geval, vordert ze de voorschotten op de uitkeringen en vergoedingen terug van de begunstigde.

Artikel 22

§ 1. De aangeslotene of zijn vertegenwoordiger dient de aanvraag tot vergoeding op grond van de tweede tak van de afhankelijkheidsverzekering in bij zijn Brusselse verzekeringsinstelling.

Het Verenigd College bepaalt de nadere regels voor het indienen van de aanvraag, alsook de datum waarop de beslissing tot toekenning of weigering van de Brusselse verzekeringsinstelling van kracht wordt. Het bepaalt eveneens de termijn waarbinnen een nieuwe aanvraag kan worden ingediend.

Het Verenigd College bepaalt de gevallen waarin het recht op de toelage van rechtswege wordt herzien.

Het Verenigd College bepaalt de gevallen waarin een beslissing kan worden ingetrokken.

§ 2. Na controle van de voorwaarden en van de voorwaarden zoals bedoeld in afdeling 1 en 2 van dit hoofdstuk, behandelt de Brusselse verzekeringsinstelling de aanvraag om toelage, door het inkomen te berekenen van de begunstigde en van de persoon met wie hij een huishouden vormt. Het Verenigd College bepaalt de methodologie voor de berekening van het inkomen en de termijnen waarbinnen de Brusselse verzekeringsinstellingen de aanvragen om toelage onderzoeken, met dien verstande dat ze niet langer mogen zijn dan zes maanden vanaf de indiening van de aanvraag of de wijziging die aanleiding geeft tot een herziening.

De toelage brengt van rechtswege enkel voor de aangeslotene interesten op vanaf de datum waarop ze opeisbaar is en op zijn vroegst vanaf de datum die uit het vorige lid voortvloeit. De interesten worden berekend tegen de wettelijke interestvoet. De gegevens die noodzakelijk zijn

Lorsqu'un des membres du ménage est détenu en prison ou dans un établissement de défense sociale, le ménage cesse d'exister pendant la durée de la détention.

§ 5. L'allocation visée au paragraphe 1^{er} peut être accordée au demandeur à titre d'avance sur les prestations et indemnités visées au paragraphe 3.

Le Collège réuni détermine dans quelles conditions, selon quelles modalités et jusqu'à concurrence de quel montant ces avances peuvent être accordées, ainsi que leur mode de récupération. L'organisme assureur bruxellois est subrogé aux droits du bénéficiaire jusqu'à concurrence du montant des avances versées. Le cas échéant, il récupère les avances sur les prestations et indemnités auprès du bénéficiaire.

Article 22

§ 1^{er}. La demande de prise en charge au titre de la deuxième branche de l'assurance autonomie est introduite par l'affilié, ou son représentant, auprès de son organisme assureur bruxellois.

Le Collège réuni détermine les modalités d'introduction de la demande, ainsi que la date de prise de cours de la décision d'octroi ou de refus de l'organisme assureur bruxellois. Il détermine également le délai dans lequel une nouvelle demande peut être introduite.

Le Collège réuni détermine les cas dans lesquels le droit à l'allocation est revu d'office.

Le Collège réuni détermine les cas dans lesquels une décision peut être rapportée.

§ 2. Après vérification des conditions, et des conditions visées aux sections 1^e et 2 du présent chapitre, l'organisme assureur bruxellois traite la demande d'allocation en calculant le revenu du bénéficiaire et de la personne avec laquelle il forme un ménage. Le Collège réuni détermine la méthodologie de calcul du revenu ainsi que les délais dans lesquels les organismes assureurs bruxellois examinent les demandes d'allocation, étant entendu qu'ils ne peuvent pas excéder six mois à partir du dépôt de la demande ou du changement donnant lieu à révision.

L'allocation porte intérêt de plein droit, uniquement pour l'affilié, à partir de la date de son exigibilité et au plus tôt à partir de la date découlant de l'alinéa précédent. Ces intérêts sont calculés au taux légal. Les données nécessaires au calcul des revenus, y compris des nouvelles données

om het inkomen te berekenen, met inbegrip van de nieuwe gegevens die kunnen leiden tot een wijziging van het bedrag van de toelage, worden verzameld bij de diensten en instellingen die daarover beschikken, op een elektronische drager, onverminderd de bepalingen van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

Het Verenigd College stelt vast welke gegevens de aangeslotene moet meedelen, alsook de nadere regels en termijn voor de mededeling ervan.

§ 3. Ingeval het recht op de tweede tak van de afhankelijkheidsverzekering wordt geopend, wordt de toelage betaald aan de begunstigde volgens de door het Verenigd College vastgestelde regels.

Een ten onrechte betaalde toelage brengt van rechtswege interesten op vanaf de betaling, indien de onterechte betaling het gevolg is van bedrog, arglist of bedrieglijke handelingen van de aangeslotene.

De in het vorige lid bedoelde moratoire interesten worden niet betaald voor de periode waarvoor gerechtelijke interesten verschuldigd zijn.

De in het eerste lid bedoelde bedragen zijn gekoppeld aan de schommelingen van het indexcijfer van de consumptieprijzen, overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Artikel 23

§ 1. Volgens de door het Verenigd College bepaalde nadere regels brengt de Brusselse verzekeringsinstelling de aangeslotene op de hoogte van de beslissing om het voordeel van de tweede tak van de afhankelijkheidsverzekering toe te kennen, te herzien of te weigeren.

De beslissing om de toelage toe te kennen, te herzien of te weigeren moet, op straffe van nietigheid, behoorlijk met redenen worden omkleed. Ze moet de volgende elementen bevatten :

- 1° de mogelijkheid om beroep in te stellen bij de bevoegde arbeidsrechtbank ;
- 2° het adres van de bevoegde rechtbank ;
- 3° de termijn en nadere regels voor het beroep ;

susceptibles de donner lieu à une modification du montant de l'allocation, sont recueillies auprès des services et des institutions qui en disposent sur support électronique, sans préjudice des dispositions de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale.

Le Collège réuni détermine les données à communiquer par l'affilié ainsi que les modalités et les délais de communication.

§ 3. En cas d'ouverture du droit à la deuxième branche de l'assurance autonomie, l'allocation est payée au bénéficiaire selon les règles établies par le Collège réuni.

L'allocation payée indûment porte intérêt de plein droit à partir du paiement, si le paiement indu résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de l'affilié.

Les intérêts moratoires visés à l'alinéa précédent ne sont pas payés pour la période pour laquelle des intérêts judiciaires doivent être payés.

Les montants visés à l'alinéa 1^{er} sont liés aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Article 23

§ 1^{er}. Selon les modalités définies par le Collège réuni, l'organisme assureur bruxellois notifie à l'affilié la décision d'octroi, de révision ou de refus de l'allocation du bénéfice de la deuxième branche de l'assurance autonomie.

La décision d'octroi, de révision ou de refus de l'allocation doit, sous peine de nullité, être dûment motivée. Elle doit contenir les mentions suivantes :

- 1° la possibilité d'intenter un recours devant le tribunal du travail compétent ;
- 2° l'adresse du tribunal compétent ;
- 3° le délai et les modalités pour intenter un recours ;

4° de inhoud van de artikelen 728 en 1017 van het Gerechtelijk Wetboek ;

5° de referenties van het dossier en de dienst die het beheert ;

6° de mogelijkheid om meer uitleg te krijgen over de beslissing bij de dienst die het dossier beheert of bij een aangewezen voorlichtingsdienst.

Indien de beslissing de in het vorige lid vermelde gegevens niet bevat, gaat de beroepstermijn niet in.

§ 2. De controle op de evaluatie van het verlies van zelfredzaamheid wordt op regelmatige en willekeurige wijze uitgevoerd door Iriscare. Het Verenigd College bepaalt de nadere regels voor de uitvoering en organisatie van de controles.

Als uit de controle een onjuiste evaluatie van de graad van zelfredzaamheid blijkt, wordt een nieuwe kennisgeving van de toekenning of weigering van de zorgverzekering gestuurd naar de aangeslotene volgens de door het Verenigd College bepaalde nadere regels.

De toelage waarop de begunstigde recht heeft, wordt herzien vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de in het vorige lid bedoelde kennisgeving.

Artikel 24

Iriscare ziet toe op de correcte toepassing van de regels voor de betaling van de toelagen op basis van de regelmatig door de Brusselse verzekeringsinstellingen verstrekte informatie over activiteiten en financiën.

Artikel 25

Het Verenigd College bepaalt in welke gevallen de toelage geheel of gedeeltelijk wordt geschorst voor de begunstigten die in de gevangenis worden opgesloten of in inrichtingen tot bescherming van de maatschappij worden geïnterneerd, alsmede de duur van de schorsing.

Artikel 26

Het Verenigd College bepaalt de verstreken en onbetaalde termijnen voor de toelagen die na het overlijden van de begunstigde kunnen worden betaald, de natuurlijke personen aan wie zij worden betaald, de volgorde waarin deze personen hun recht kunnen uitoefenen en de te vervullen formaliteiten, alsmede de termijn voor de indiening van de aanvraag.

4° le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire ;

5° les références du dossier et du service qui gère celui-ci.

6° la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier ou d'un service d'information désigné.

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa précédent le délai de recours ne commence pas à courir.

§ 2. Le contrôle de l'évaluation du degré de perte d'autonomie est effectué par Iriscare de manière régulière et aléatoire. Le Collège réuni détermine les modalités d'exécution et d'organisation de ces contrôles.

Si le contrôle de l'évaluation du degré de perte d'autonomie révèle le caractère incorrect de celle-ci, une nouvelle notification du bénéficiaire ou du refus de l'assurance autonomie est adressée à l'affilié selon les modalités fixées par le Collège réuni.

L'intervention à laquelle a droit le bénéficiaire est révisée à partir du premier jour du mois qui suit la notification visée à l'alinéa précédent.

Article 24

Iriscare contrôle la bonne application des règles de versement des allocations sur la base des informations d'activités et des informations financières transmises de façon régulière par les organismes assureurs bruxellois.

Article 25

Le Collège réuni détermine les cas dans lesquels l'allocation est totalement ou partiellement suspendue à l'égard des bénéficiaires détenus dans les prisons ou internés dans les établissements de défense sociale, ainsi que la durée de la suspension.

Article 26

Le Collège réuni détermine les termes échus et non payés des allocations dont le paiement peut être effectué après le décès du bénéficiaire, les personnes physiques auxquelles ils sont payés, l'ordre dans lequel ces personnes peuvent exercer leur droit et les formalités à observer, ainsi que le délai d'introduction de la demande.

Artikel 27

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van andersluidende regels, hebben de gegevens die elektronisch worden meegedeeld op grond van deze ordonnantie, evenals hun reproductie op een leesbare drager, dezelfde bewijskracht als wanneer ze op papier waren meegedeeld.

Artikel 28

§ 1. De terugvordering van ten onrechte betaalde toelagen verjaart twee jaar na de betalingsdatum.

De in het eerste lid bedoelde termijn wordt op vijf jaar gebracht wanneer de ten onrechte betaalde bedragen werden geïnd ingevolge frauduleuze handelingen, dan wel valse of opzettelijk onvolledige verklaringen.

§ 2. De beslissing tot terugvordering wordt, op straffe van nietigheid, per aangetekend schrijven ter kennis van de schuldenaars gebracht.

Die brief vermeldt :

- 1° de vaststelling van het ten onrechte uitgekeerde bedrag ;
- 2° het totaal van het ten onrechte uitgekeerde bedrag en de berekeningsmethode ;
- 3° de inhoud van en verwijzingen naar de bepalingen die werden overtreden door het verrichten van de betalingen ;
- 4° de in aanmerking genomen verjaringstermijn en, indien deze geen drie jaar bedraagt, de redenen daarvoor ;
- 5° de mogelijkheid om binnen drie maanden na het aanbieden van het aangetekende schrijven aan de betrokkene beroep in te stellen bij de bevoegde arbeidsrechtbank ;
- 6° de mogelijkheid om een met redenen omkleed voorstel voor een gefaseerde terugbetaling in te dienen ;
- 7° de mogelijkheid voor het Verenigd College om automatisch of op verzoek van het lid af te zien van de terugvordering van ten onrechte betaalde toelagen.

Indien de beslissing de in het tweede lid bedoelde informatie niet bevat, gaat de beroepstermijn niet in.

§ 3. De verjaring wordt gestuit door de indiening van de aangetekende brief, de terugvordering door de inhouding op de toelagen of de vrijwillige terugbetaling door het lid.

§ 4. De terugvordering gebeurt van rechtswege op verschuldigde en nog niet gestorte toelagen.

Article 27

Sans préjudice de l'application d'une réglementation contraire, les données communiquées par voie électronique par le biais de la présente ordonnance, ainsi que leur reproduction sur un support lisible, ont la même valeur probante que si elles avaient été communiquées sur support papier.

Article 28

§ 1^{er}. La répétition des allocations versées indûment se prescrit par deux ans à compter de la date du paiement.

Le délai prévu à l'alinéa 1^{er} est porté à cinq ans lorsque les sommes indues ont été perçues suite à des manœuvres frauduleuses ou à des déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

§ 2. La décision de répétition est, sous peine de nullité, portée à la connaissance des débiteurs par envoi recommandé.

Cet envoi mentionne :

- 1° la constatation de l'indu ;
- 2° le montant total de l'indu, ainsi que le mode de calcul ;
- 3° le contenu et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués ;
- 4° le délai de prescription pris en considération, et, lorsqu'il n'est pas de trois ans, sa justification ;
- 5° la possibilité d'introduire un recours auprès du tribunal du travail compétent dans les trois mois de la présentation de l'envoi recommandé à l'intéressé ;
- 6° la possibilité de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé ;
- 7° la possibilité, pour le Collège réuni, de renoncer d'office ou à la demande de l'affilié, à la récupération des allocations payées indûment.

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa 2, le délai de recours ne commence pas à courir.

§ 3. La prescription est interrompue par le dépôt de l'envoi recommandé, la récupération par la retenue sur les allocations ou le remboursement volontaire effectué par l'affilié.

§ 4. La récupération s'opère de plein droit sur les allocations échues et non encore versées.

Indien de verschuldigde maar nog niet betaalde bedragen hoger zijn dan het ten onrechte betaalde bedrag, wordt het verschil tussen het achterstallige bedrag en de schuld aan de begunstigde betaald.

§ 5. Indien de Brusselse verzekeringsinstelling niet in staat is om de ten onrechte betaalde bedragen in te houden op de door haar verschuldigde uitkeringen, kan de terugvordering op verzoek ervan geschieden bij een dienst of een orgaan dat een van de in artikel 1410, §1, 2°, 3°, 4°, 5° en 8° van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde toelagen uitbetaalt, dan wel op de verschuldigde maar nog niet betaalde bedragen van die toelagen.

§ 6. De beslissing tot terugvordering kan pas drie maanden na de in paragraaf 2 bedoelde kennisgeving ten uitvoer worden gelegd.

Wanneer de begunstigde vóór het verstrijken van die termijn van drie maanden een aanvraag om verzaking heeft ingediend, wordt de terugvordering opgeschort tot het Verenigd College een beslissing heeft genomen over het verzoek.

Indien de aanvraag tot verzaking wordt ingediend na de periode van drie maanden na de kennisgeving inzake het ten onrechte betaalde bedrag, wordt met de terugvordering van de ten onrechte betaalde bedragen begonnen of wordt die voortgezet tot het Verenigd College een andersluidende beslissing heeft genomen.

§ 7. Bij overlijden van de begunstigde, wordt ambtshalve verzaakt aan de terugvordering van ten onrechte betaalde toelagen.

Er wordt ambtshalve echter niet aan verzaakt :

- 1° in geval van arglist of fraude ;
- 2° indien er, op het tijdstip van het overlijden van de begunstigde, vervallen maar nog niet betaalde toelagen bestaan. In dat geval worden de terugbetaling verricht op de vervallen, maar nog niet aan de betrokkene of aan personen betaalde toelagen, zelfs indien de begunstigde tijdens zijn leven een aanvraag om verzaking heeft ingediend waarover het Verenigd College nog geen beslissing heeft genomen ;
- 3° wanneer het terug te vorderen bedrag hoger is dan het door het Verenigd College te bepalen bedrag.

§ 8. Het Verenigd College kan, onder de voorwaarden die het bepaalt, ambtshalve of op verzoek van het lid, verzaken aan de terugvordering van ten onrechte betaalde vergoedingen in passende gevallen of wanneer het ten onrechte betaalde bedrag lager is dan een door het College bepaald bedrag of niet in verhouding staat tot de vermoedelijke procedurekosten.

Si les montants échus non encore versés sont supérieurs à l'indu, la différence entre les arriérés et la dette est payée au bénéficiaire.

§ 5. À défaut pour l'organisme assureur bruxellois de pouvoir récupérer l'indu sur des allocations dues par lui, la récupération peut être opérée à la demande de celui-ci par un service ou un organisme versant l'une des prestations visées au paragraphe 1^{er}, 2°, 3°, 4°, 5° et 8°, de l'article 1410 du Code judiciaire, ou sur des montants échus non encore versés de ces mêmes prestations.

§ 6. La décision de récupération peut être exécutée uniquement après un délai de trois mois à partir de la notification visée au paragraphe 2.

Lorsque le bénéficiaire a introduit une demande en renonciation avant l'expiration de ce délai de trois mois, la récupération est suspendue jusqu'à ce que le Collège réuni ait statué sur la demande.

Si la demande en renonciation est introduite au-delà du délai de trois mois suivant la notification de l'indu, la récupération des sommes indues est entamée ou poursuivie jusqu'à ce que le Collège réuni ait pris une décision contraire.

§ 7. Il est renoncé d'office à la récupération des allocations payées indûment, au décès du bénéficiaire.

Il n'y est toutefois pas renoncé d'office :

- 1° en cas de dol ou de fraude ;
- 2° si, au moment du décès du bénéficiaire, il existe des allocations échues et non encore payées. Dans ce cas, la récupération s'effectue sur les allocations échues mais non encore payées à l'intéressé ou aux personnes, et ce même si le bénéficiaire avait introduit de son vivant une demande en renonciation pour laquelle le Collège réuni n'aurait pas encore pris de décision ;
- 3° lorsque le montant à récupérer est supérieur au montant à déterminer par le Collège réuni.

§ 8. Le Collège réuni peut, dans les conditions qu'il détermine, renoncer d'office ou à la demande de l'affilié, à la récupération des allocations payées indûment lorsqu'il s'agit de cas dignes d'intérêt ou que la somme payée indûment est inférieure à un montant qu'il détermine ou est hors de proportion avec les frais de procédure présumés.

Het Verenigd College bepaalt de wijze van indiening van het verzoek om verzaking. Die aanvraag moet met redenen worden omkleed.

Artikel 29

§ 1. Binnen de eerste tak betalen de Brusselse verzekeringsinstellingen een driemaandelijks voorschot aan de thuishulpdiensten.

Het bedrag van de door de Brusselse verzekeringsinstellingen betaalde voorschotten komt overeen met het driemaandelijke gemiddelde van het bedrag van de diensten die door elk van de thuishulpdiensten over de laatste vier bekende kwartalen werden verleend.

Uiterlijk op de 20^{ste} van de maand na afloop van elk kwartaal, wordt een definitieve berekening van de uitgaven van elk van de diensten opgesteld. In die berekening, wordt rekening gehouden met de aan de begunstigden gefactuurde bijdrage.

In geval van een overschot, moeten de operatoren de Brusselse verzekeringsinstellingen terugbetalen, uiterlijk op de 15^{de} van de maand na de in het vorige lid bedoelde datum. In dat geval, wordt de eventuele rente die de operatoren genereren aan de Brusselse verzekeringsinstellingen gestort.

Indien het bedrag van de betaalde voorschotten onvoldoende is om de betaling van de daadwerkelijk verleende diensten te waarborgen, ontvangen de operatoren een betaling vanwege de Brusselse verzekeringsinstellingen, uiterlijk de 15^{de} van de maand na ontvangst van de afrekening. In dat geval, worden alle door de operatoren gedragen interesten terugbetaald door de Brusselse verzekeringsinstellingen.

§ 2. Iriscare zorgt voor een nauwkeurig en regelmatig toezicht op de begrotingssituatie en brengt elk kwartaal verslag uit aan de minister van Begroting.

§ 3. Het Verenigd College bepaalt de nadere regels voor de toepassing van dit artikel.

Artikel 30

§ 1. Een percentage berekend op het totale budget voor de zorgverzekering wordt toegewezen als beheerskosten voor de Brusselse verzekeringsinstellingen.

§ 2. Het Verenigd College beslist over het in de eerste paragraaf bedoelde percentage en over de nadere regels voor de toepassing van dit artikel.

Le Collège réuni détermine le mode d'introduction de la demande en renonciation. La demande en renonciation doit être motivée.

Article 29

§ 1^{er}. Dans le cadre de la première branche, les organismes assureurs bruxellois versent aux services d'aide à domicile une avance trimestrielle.

Le montant des avances opérées par les organismes assureurs bruxellois correspond à la moyenne trimestrielle du montant des prestations constatées par chacun des services d'aide à domicile au cours de quatre derniers trimestres connus.

Un décompte définitif des dépenses effectuées par chacun des services est opéré au plus tard pour le 20 du mois qui suit la fin de chaque trimestre. Ce décompte tient compte de la contribution facturée auprès des bénéficiaires.

En cas d'excédent, le remboursement est opéré par les opérateurs aux organismes assureurs bruxellois au plus tard le 15 du mois qui suit la date visée à l'alinéa précédent. Dans ce cadre, les intérêts éventuels générés par les opérateurs sont versés aux organismes assureurs bruxellois.

Si le montant des avances versées est insuffisant pour assurer le paiement des prestations effectivement réalisées, un versement est opéré à destination des opérateurs par les organismes assureurs bruxellois au plus tard le 15 du mois qui suit la réception du décompte. Dans ce cadre, les intérêts éventuels supportés par les opérateurs sont remboursés par les organismes assureurs bruxellois.

§ 2. Iriscare assure un suivi précis et régulier de la situation budgétaire. Il produit un rapport trimestriel adressé au ministre du Budget.

§ 3. Le Collège réuni arrête les modalités d'application du présent article.

Article 30

§ 1^{er}. Un pourcentage calculé sur le budget global de l'assurance autonomie est affecté aux frais de gestion des organismes assureurs bruxellois.

§ 2. Le Collège réuni arrête le pourcentage visé au paragraphe 1^{er}, ainsi que les modalités d'application du présent article.

Artikel 31

Dit voorstel van ordonnantie treedt in werking op 1 januari 2021.

Article 31

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Céline FREMAULT (F)
Gladys KAZADI (F)
Pierre KOMPANY (F)