VLAAMSE OVERHEID

[C − 2018/32546]

30 NOVEMBER 2018. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20, gewijzigd bij de bijzondere wet van 16 juli 1993;

Gelet op het decreet van 22 februari 1995 tot regeling van de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor het Vlaamse Gewest en de instellingen die eronder ressorteren, artikel 2, gewijzigd bij de decreten van 16 juni 2006, 23 december 2016 en 8 december 2017;

Gelet op het decreet van 15 juli 1997 houdende de Vlaamse Wooncode, artikel 95, gewijzigd bij de decreten van 15 december 2006, 31 mei 2013 en 10 maart 2017;

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

Gelet op het kaderdecreet bestuurlijk beleid van 18 juli 2003, artikel 7, derde lid, en artikel 10, § 4, gewijzigd bij het decreet van 26 juni 2015;

Gelet op het decreet van 7 mei 2004 tot tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, artikel 8, 13°, gewijzigd bij het decreet van 25 april 2014, en artikel 14, gewijzigd bij de decreten van 20 maart 2009 en 21 juni 2013;

Gelet op het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, artikel 13;

Gelet op het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, artikel 49, artikel 52/1, ingevoegd bij het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 52/2, ingevoegd bij het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 54, artikel 58, § 2, gewijzigd bij het decreet van 21 juni 2013, artikel 60 en artikel 62, gewijzigd bij het decreet van 15 juli 2016;

Gelet op het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, artikel 30, gewijzigd bij het decreet van 21 juni 2013, artikel 31 en 33.

Gelet op het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, artikel 4, derde lid, en artikel 5, § 2;

Gelet op het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 4, artikel 8, artikel 9, tweede lid, artikel 14, artikel 15, § 4, artikel 17, artikel 18, tweede lid, artikel 19, eerste lid, 8°, en tweede lid, artikel 21, § 6, artikel 22, tweede en derde lid, artikel 23, artikel 29, artikel 30, artikel 34, artikel 35, artikel 36, eerste en derde lid, artikel 37, § 1, artikel 38, artikel 39, § 1, artikel 41, artikel 42, § 1 en § 4, artikel 44, artikel 45, § 1 en § 2, artikel 46, artikel 47, § 1, § 2 en § 4, artikel 49, § 2, § 3, 3°, 4° en 6°, § 5, § 7 en § 8, artikel 50 tot en met artikel 53, artikel 54, tweede lid, artikel 57, artikel 60 tot en met artikel 62, artikel 73 tot en met artikel 76, artikel 78, artikel 79, artikel 80, § 1, tweede tot en met vierde lid, § 2, tweede lid, § 3, § 4 en § 5, artikel 82, artikel 83, derde lid, artikel 84, § 1, tweede lid, artikel 85, § 2, artikel 87, § 1, § 3 en § 5, artikel 88, § 1 en § 3, artikel 90, artikel 92, § 1, derde lid, § 3 tot en met § 5, artikel 105, § 2 en § 5, artikel 106, tweede en derde lid, artikel 107, artikel 108, § 2 en § 3, artikel 109 tot en met artikel 112, artikel 113, artikel 115 tot en met artikel 117, artikel 119, § 2 en § 3, artikel 120, derde lid, artikel 121, § 2, 2°, artikel 122 tot en met artikel 126, artikel 128, artikel 129, artikel 130, tweede lid, artikel 131, tweede lid en derde lid, artikel 132, § 1, § 2, § 3 en § 5, artikel 137, artikel 141, artikel 145, artikel 146, § 2 en § 4, artikel 147 tot en met artikel 153, artikel 179, artikel 180, artikel 182 en artikel 184 tot en met artikel 186;

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

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken;

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

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 1 juni 1995 houdende algemene en sectorale bepalingen inzake milieuhygiëne;

Gelet op het koninklijk besluit van 13 mei 1996 houdende procedure tot vaststelling van de inbreuk en het uitspreken van de administratieve geldboete van toepassing op de rustoorden voor bejaarden en de erkende rust- en verzorgingstehuizen;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 23 juni 2000 tot vaststelling van de procedure voor de bijzondere erkenning van een centrum voor dagverzorging;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 houdende vaststelling van de voorwaarden van toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan personen met een handicap;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap;

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

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

Gelet op het koninklijk besluit van 9 juli 2003 tot uitvoering van artikel 69, § 4, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringswaarborg verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden;

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

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 augustus 2008 tot uitvoering van artikel 37*quater* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de zorgverleners bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12°, van dezelfde wet;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;

Gelet op het koninklijk besluit van 12 oktober 2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de reiskosten van rechthebbenden die opgenomen zijn in een centrum voor dagverzorging;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden;

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

Gelet op het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2013 houdende nadere regels inzake duurzaam gebruik van pesticiden in het Vlaamse Gewest voor niet-land- en tuinbouwactiviteiten en de opmaak van het Vlaams Actieplan Duurzaam Pesticidengebruik;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 8 november 2013 tot facilitering van de infrastructuurfinanciering via de alternatieve investeringswaarborg, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden;

Gelet op het Subsidiebesluit van 22 november 2013;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 houdende de regels voor de erkenning van meerdere vestigingen van een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een rust- en verzorgingstehuis als één woonzorgcentrum, één centrum voor kortverblijf of één rust- en verzorgingstehuis;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 13 november 2015 betreffende de omzetting van voorafgaande vergunningen of erkenningen voor centra voor kortverblijf of woonzorgcentra en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 tot uitvoering van het decreet van 25 april 2014 betreffende de omgevingsvergunning;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de planning van bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de toekenning en de erkenning van bijkomende bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

Gelet op het besluit van 12 januari 2018 de Vlaamse Regering houdende de toepassing van het cumulverbod en de verschilregel voor het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

Gelet op het ministerieel besluit van 22 juni 2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de centra voor dagverzorging;

Gelet op het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden;

Gelet op 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;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 18 mei 2018;

Gelet op advies 64.367/1 van de Raad van State, gegeven op 12 november 2018, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, en artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

Boek 1. Gemeenschappelijke basisbepalingen

Deel 1. — Definities

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1° aangetekende brief:een aangetekende brief of een elektronisch aangetekende bezorging conform de verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van Richtlijn 1999/93/EG;

2° aansluiten: de aansluiting met premiebetaling bij een zorgkas, door personen op wie de Vlaamse sociale bescherming van toepassing is;

3° bachelor in de verpleegkunde: een persoon die beschikt over een diploma van bachelor in de verpleegkunde of een persoon wiens behaalde graad hiermee gelijkgeschakeld is conform artikel II.378 van de Codex Hoger Onderwijs;

4° basisprocedure: de procedure, vermeld in boek 2, deel 2, titel 2, hoofdstuk 2;

5° BEL-profielschaal of BelRAI screener: de evaluatieschalen waarmee de duur en de ernst van de verminderde zelfredzaamheid worden gemeten als vermeld in artikel 82 van het decreet van 18 mei 2018 en in de regelgeving over de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, meer bepaald artikel 4, A., 1°, van bijlage I bij het besluit van 24 juli 2009. De BelRAI screener is een wetenschappelijk onderbouwd evaluatie-instrument dat gebaseerd is op het internationale Resident Assessment Instrument. Het is een gevalideerd instrument dat gestandaardiseerde informatie over de zorgbehoefte van de gebruiker genereert met als doel een betere zorg voor de gebruiker;

6° besluit van 24 juli 2009: het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;

7° betaalde premie: de premie waarvan het bedrag op de rekening van de zorgkas of van het agentschap staat;

8° bewoner: een persoon die verblijft in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf;

9° budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning: een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in hoofdstuk 5 van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering;

10° centrum voor kortverblijf: het centrum voor kortverblijf, vermeld in artikel 32 van het Woonzorgdecreet, met uitsluiting van het centrum voor kortverblijf dat uitgebaat wordt in de daartoe bestemde lokalen van een erkend centrum voor herstelverblijf;

11° centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning: een centrum voor kortverblijf dat gebruikers die thuis wonen tijdelijk en op een multidisciplinaire wijze een intensief observatie- en begeleidingstraject aanreikt met als doel de gebruikers te oriënteren naar het meest passende woonzorgaanbod en dat daardoor een bijkomende erkenning als oriënterend kortverblijf heeft verkregen;

12° dagverzorgingscentrum: het dagverzorgingscentrum, vermeld in artikel 25 van het Woonzorgdecreet dat een bijkomende erkenning heeft conform artikel 10/5 van het besluit van 24 juli 2009;

13° dagverzorgingscentrum voor personen met een ernstige ziekte: een dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentrum voor personen die lijden aan een ernstige ziekte als vermeld in artikel 10/5, § 3, van het besluit van de 24 juli 2009;

14° dagverzorgingscentrum voor zorgafhankelijke personen: een dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentrum voor zorgafhankelijke personen als vermeld in artikel 10/5, § 2, van het besluit van 24 juli 2009;

15° decreet van 18 mei 2018: decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

16° desinfectie: het doden, inactiveren of reduceren van schadelijke micro-organismen;

17° entiteit: een koepelterm voor zowel een woongelegenheid in een woonzorgcentrum als een verblijfseenheid in een centrum voor kortverblijf of in een dagverzorgingscentrum;

18° expert: een ergotherapeut, kinesitherapeut, logopedist, psycholoog of verpleegkundige die opdrachten uitvoert voor de Zorgkassencommissie;

19° extra vergoeding: de vergoeding die kan worden aangerekend voor de persoonlijke en individuele diensten en leveringen;

20° factureringsperiode: de ononderbroken periode van twaalf maanden waarvoor een tegemoetkoming voor zorg is vastgesteld. Die periode loopt van 1 januari van het jaar J + 2 tot en met 31 december van het jaar J + 2, waarbij onder "J" het kalenderjaar, vermeld in 45°, wordt verstaan;

21° gegradueerde in de verpleegkunde: een persoon die beschikt over:

a) een diploma van gegradueerde in de verpleegkunde, uitgereikt in het hoger beroepsonderwijs, met uitzondering personen met de graad van gegradueerde, vermeld in artikel II.378, § 1, van de Codex Hoger Onderwijs;

b) de graad van gediplomeerde verpleegkundige, uitgereikt voor 2009;

c) de graad van gebrevetteerde verpleegkundige, uitgereikt voor 1997;

d) de graad van ziekenhuisassistent, uitgereikt voor 1996;

e) de graad van verpleegassistent, uitgereikt voor 1979;

22° gelijkgestelde dagen of uren: de niet-gepresteerde dagen of uren die echter gelijkgesteld worden met arbeidsdagen of -uren, als ze aanleiding geven tot de betaling van een vergoeding door de voorziening (onder meer jaarlijkse vakantie, feestdagen, ziekteperiode gedekt door een gewaarborgd loon), met uitzondering van de dagen of uren disponibiliteit bij een openbaar bestuur;

23° gemachtigde indicatiesteller: een organisatie, voorziening of een professionele zorgverlener die gemachtigd is de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid van een persoon, vermeld in artikel 82 van het decreet van 18 mei 2018, vast te stellen;

24° gemiddeld aantal erkende entiteiten: het aantal erkende entiteiten dat met de volgende formule overeenstemt

$$L + \sum_{i=0}^{n} (li \times Ji \div J)$$

waarbij:

a) L = het aantal erkende entiteiten op de eerste dag van de referentieperiode;

b) li = de verhoging of vermindering van het aantal entiteiten tijdens de referentieperiode;

c) Ji = het aantal dagen tussen de datum van de aanpassing van het aantal entiteiten en de laatste dag van de referentieperiode;

d) J = het aantal dagen van de referentieperiode;

e) n = het aantal aanpassingen van het aantal entiteiten in de referentieperiode;

25° gespecialiseerd rolstoeladviesteam: een indicatiesteller in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen, erkend met het oog op de opmaak van medische voorschriften snel degeneratieve aandoening en van rolstoeladviesrapporten, vermeld in artikel 350;

26° herstelling: de nodige technische tussenkomsten om defecten te verhelpen, al dan niet met vervanging van alle defecte of versleten onderdelen;

27° hoofdparamedicus: het loontrekkende of statutaire lid van het personeel voor reactivering van een zorgvoorziening, dat aangeduid wordt binnen een zorgequipe van minstens twaalf voltijds equivalenten, samengesteld uit het personeel voor reactivering, om er de coördinatie van te verzekeren;

28° hoofdverpleegkundige: het personeelslid, vermeld in artikel 48/8 en 48/9, 1° en 2°, van bijlage XII bij het besluit van 24 juli 2009;

29° initiatiefnemer: de rechtspersoon die een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum uitbaat;

30° Katz-schaal in de thuisverpleging: de evaluatieschaal om de verminderde zelfredzaamheid te meten, die gebruikt wordt om de tegemoetkomingen in de verstrekkingen, vermeld in artikel 34, eerste lid, 1°, b), van de Ziekteverzekeringswet te berekenen;

31° Katz-schaal in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf: de evaluatieschaal om de verminderde zelfredzaamheid te meten, vermeld in artikel 424;

32° koninklijk besluit van 28 december 2011: het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;

33° leidend ambtenaar: de leidend ambtenaar die door de Vlaamse Regering is belast met de algemene leiding, de werking en de vertegenwoordiging van het agentschap;

34° mantel- en thuiszorg: de zorgvorm betreffende het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger;

35° manuele rolstoel: een manuele rolstoel voor volwassenen, een manuele kinderrolstoel of een rolstoelonderstel;

36° minister: de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, en de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;

37° niet-gelijkgestelde dagen of uren: de niet-gepresteerde dagen of uren die niet gelijkgesteld worden met arbeidsdagen of -uren, als ze geen aanleiding geven tot de betaling van een vergoeding door de voorziening (onder meer ziekteperiode die niet gedekt wordt door een gewaarborgd loon, bevallingsrust, onbetaald verlof). Daarin moeten ook de dagen of uren worden opgenomen van het personeelslid met disponibiliteit.;

38° nieuw woonzorgcentrum: een van de volgende woonzorgcentra:

a) elk woonzorgcentrum met een nieuw erkenningsnummer;

b) elk woonzorgcentrum dat tijdens de referentieperiode niets heeft gefactureerd sinds de dag waarop zij de facturering heeft gestart;

c) elke woonzorgcentrum dat het voorwerp uitmaakt van een overname na faillissement;

39° onderhoud: het nodige nazicht en de technische tussenkomsten om het optimaal functioneren van het mobiliteitshulpmiddel te verzekeren;

40° personeel voor reactivering: het personeel dat taken vervult voor de reactivering, revalidatie en de sociale re-integratie;

41° prestatielijst: de prestatielijst, vermeld in artikel 240;

42° productlijst: de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, vermeld in artikel 359;

43° psychiatrisch verzorgingstehuis: een psychiatrisch verzorgingstehuis als vermeld in artikel 54 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, dat erkend is conform artikel 56 van het voormelde decreet;

44° reconditionering: de terugname van het mobiliteitshulpmiddel en het klaarmaken van het mobiliteitshulpmiddel om aan een andere gebruiker ter beschikking te stellen, met inbegrip van de reiniging, het onderhoud, de herstelling en, als dat nodig is, de desinfectie van het mobiliteitshulpmiddel;

45° referentieperiode: de ononderbroken periode van twaalf maanden waarvoor alle gegevens betreffende de activiteit van de zorgvoorziening aan het agentschap zijn bezorgd. Die periode loopt van 1 juli van het jaar J tot en met 30 juni van het jaar dat daarop volgt (J + 1);

46° reiniging: het verwijderen van zichtbaar vuil en onzichtbaar organisch materiaal om te voorkomen dat micro-organismen zich kunnen handhaven, vermeerderen en verspreiden;

47° residentiële zorg: de zorgvorm betreffende het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een voorziening die erkend is door de Vlaamse Gemeenschap als een woonzorgcentrum of een psychiatrisch verzorgingstehuis of een daarmee gelijkgesteld centrum;

48° rolstoeladviesteam: een indicatiesteller in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen, erkend conform artikel 356 met het oog op de opmaak van rolstoeladviesrapporten, vermeld in artikel 350;

49° uitgebreide procedure: de procedure, vermeld in boek 2, deel 2, titel 2, hoofdstuk 3;

50° uitgebreide plus-procedure: de procedure, vermeld in boek 2, deel 2, titel 2, hoofdstuk 4;

51° verblijfsdag: een dag waarvoor een gebruiker recht heeft op een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum;

52° vereenvoudigde aanvraagprocedure: de procedure, vermeld in boek 2, deel 2, titel 2, hoofdstuk 1;

53° vergoedingsvoorwaarden: de voorwaarden die ingevolge de bepalingen van het decreet van 18 mei 2018 en van dit besluit moeten vervuld zijn opdat een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel aan de gebruiker kan worden verleend, met uitzondering van de voorwaarden die betrekking hebben op de verzekeringsstatus van de gebruiker;

54° verpleegkundig coördinator: de loontrekkende of statutaire verpleegkundige van een zorgvoorziening, die aangeduid wordt binnen een zorgequipe van minstens twaalf voltijds equivalenten, samengesteld uit verpleegkundig personeel, zorgkundigen en personeel voor reactivering, om er de coördinatie van te verzekeren;

55° verzekeringsstatus: informatie over de gebruiker die betrekking heeft op het al dan niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden voor de aansluiting en de premiebetaling, vermeld in artikel 42 tot en met 46 van het decreet van 18 mei 2018;

56° werkdagen: alle dagen met uitzondering van:

a) zaterdagen;

b) zondagen;

c) wettelijke feestdagen, vermeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 18 april 1974 tot bepaling van de algemene wijze van uitvoering van de wet van 4 januari 1974 betreffende de feestdagen;

57° woonzorgcentrum: een woonzorgcentrum als vermeld in artikel 37 van het Woonzorgdecreet, dat erkend is conform het besluit van 24 juli 2009;

58° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: een woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet;

59° zorginspectie: Zorginspectie als vermeld in artikel 3, § 2, derde lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein;

60° zorgpersoneel: de verpleegkundigen, de zorgkundigen, de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en het personeel voor reactivering.

Deel 2. — Organisatie van de Vlaamse sociale bescherming

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

HOOFDSTUK 1. — *Beleidsdomein*

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

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

Art. 3. § 1. De leidend ambtenaar heeft delegatie van beslissingsbevoegdheid voor de aangelegenheden, vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 30 oktober 2015 tot regeling van de delegatie van beslissingsbevoegdheden aan de hoofden van de departementen en van de intern verzelfstandigde agentschappen.

Naast de delegatie voor de aangelegenheden, vermeld in het eerste lid, wordt aan de leidend ambtenaar de aanvullende delegatie verleend voor het opleggen van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47, 68, 99, 101, 112, 117 en 125 van het decreet van 18 mei 2018.

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

1° alle noodzakelijke goedkeuringen geven en beslissingen nemen die eventueel in voorkomend geval nodig zijn voor de aangelegenheden, vermeld in artikel 11, 4° en 6 ° van het decreet van 18 mei 2018 en binnen de regels, vastgesteld door de Vlaamse Regering;

2° beslissingen nemen in het kader van het toezicht en de controle op de zorgkassen, vermeld in artikel 11, 2° van het decreet van 18 mei 2018, conform de regels van de Vlaamse Regering;

3° bij financiële instellingen rekeningen openen en erover beschikken afhankelijk van het gevoerde kasbeheer en de belegging van de beschikbare financiële activa op korte termijn, conform de regels van de Vlaamse Regering.

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

Art. 4. § 1. De personeelsleden van zorginspectie kunnen ter plaatse en op stukken toezicht uitoefenen op het beheer, de werking en de financiële toestand van de zorgkassen.

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

1° zorginspectie voert de inspectieopdrachten uit die jaarlijks door het agentschap gegeven zijn;

2° zorginspectie stelt voor de inspectieopdrachten een inspectieconcept op, op basis van de risicoanalyse die in samenwerking met het agentschap is uitgevoerd;

3° zorginspectie voert de door het agentschap gegeven opdrachten tot gerichte inspecties uit;

4° zorginspectie kan, nadat ze het agentschap daarover geïnformeerd heeft, autonoom beslissen tot inspectie;

5° zorginspectie maakt een inspectieverslag op.

Art. 5. Tussen het agentschap en zorginspectie wordt een samenwerkingsovereenkomst gesloten, waarin de verdere praktische modaliteiten inzake controle van de zorginspectie in het kader van de Vlaamse sociale bescherming bepaald worden.

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

Art. 6. Leningen kunnen door het agentschap worden aangegaan, na akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begroting, als minstens de volgende voorwaarden vervuld zijn:

1° er worden minstens drie mogelijke leninggevers bevraagd;

2° er wordt verwezen naar een marktrentevoet die algemeen gangbaar is.

Art. 7. Elke opneming uit het reservefonds is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de minister en van de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begroting.

Art. 8. Het agentschap bezorgt uiterlijk op 31 maart aan de minister en de Vlaamse minister, bevoegd voor de financiën en de begroting, een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen van het voorbije jaar.

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

Titel 2. — *De zorgkassen*

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

Art. 9. Om ontvankelijk te zijn moet een aanvraag tot erkenning van een zorgkas uitgaan van een instantie als vermeld in artikel 18 van het decreet van 18 mei 2018. De aanvraag wordt met een aangetekende brief aan het agentschap bezorgd en bevat de volgende gegevens en stukken:

1° de statuten van de zorgkas;

2° de voornamen, de familienaam, de woon- of verblijfplaats, het beroep en de nationaliteit van de beheerders van de zorgkas en van de personen die met de effectieve leiding van de zorgkas zijn belast, en de volmachten van die laatsten;

3° de statuten van de instantie of de instanties, vermeld in artikel 18 van het decreet van 18 mei 2018, die de zorgkas heeft of hebben opgericht;

4° de voornamen, de familienaam, de woon- of verblijfplaats van de leden, natuurlijke personen of rechtspersonen, die in de algemene vergadering van de zorgkas een gekwalificeerde deelneming bezitten en het percentage van die deelneming;

5° de verbintenis om de regels na te leven die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld;

6° andere gegevens en stukken, die door het agentschap worden bepaald;

7° de gegevens en stukken waaruit blijkt dat is voldaan aan de voorwaarden, vermeld in artikel 22 van dit besluit.

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

Art. 10. § 1. Binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag deelt het agentschap aan de zorgkas mee of de aanvraag ontvankelijk is.

Als de aanvraag niet ontvankelijk is omdat een of meer gegevens of stukken als vermeld in artikel 9 ontbreken, vraagt het agentschap de ontbrekende gegevens of stukken op. Het agentschap bepaalt een termijn voor de indiening van de gegevens of stukken. Binnen dertig dagen na de ontvangst van de gegevens of stukken, deelt het agentschap aan de zorgkas mee of de aanvraag ontvankelijk is. Als er geen gegevens of stukken worden bezorgd, dan is de aanvraag onontvankelijk.

Het agentschap onderzoekt de aanvraag.

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

De erkenning kan alleen worden verleend als uit de aanvraag blijkt dat de zorgkas zal voldoen aan de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld.

Art. 11. § 1. Tegen het voornemen, vermeld in artikel 10, § 2, eerste lid, kan de zorgkas een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap binnen een termijn van twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Als de zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen, wordt, na het verstrijken van die termijn, de beslissing van de leidend ambtenaar, waarbij de erkenning wordt geweigerd, aan de zorgkas meegedeeld met een aangetekende brief.

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

Art. 12. De erkenning van een erkende zorgkas geldt voor vijf jaar.

Art. 13. De erkenning, vermeld in artikel 12, kan worden verlengd als de erkende zorgkas daarvoor tot uiterlijk acht maanden voor het verstrijken van haar erkenning een aanvraag indient. artikel 9, 10 en 11 zijn van overeenkomstige toepassing, met uitzondering van artikel 9, eerste lid, 3°.

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

Art. 14. Als het agentschap vaststelt dat een erkende zorgkas niet werkt conform de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld, dat haar beheer of haar financiële toestand niet voldoende waarborgen biedt voor de goede afloop van haar verbintenissen of dat haar administratieve of boekhoudkundige organisatie of haar interne controle ernstige leemten vertoont, stelt het agentschap met een aangetekende brief de erkende zorgkas in gebreke om die problemen binnen een door het agentschap te bepalen termijn te verhelpen.

Art. 15. De erkenning van een erkende zorgkas kan door de leidend ambtenaar of de minister worden ingetrokken in de volgende gevallen:

1° als de erkende zorgkas niet gebruik maakt van de erkenning binnen twaalf maanden of als ze gedurende meer dan zes maanden haar activiteiten heeft gestaakt;

2° als ze niet voldoet aan de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld of als het beheer of de financiële toestand van de erkende zorgkas niet voldoende waarborgen biedt voor de goede afloop van haar verbintenissen of als haar administratieve of boekhoudkundige organisatie of haar interne controle ernstige leemten vertoont, nadat de termijn, vermeld in artikel 14, is verstreken.

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

Art. 16. Tegen het voornemen, vermeld in artikel 15, tweede lid, van dit besluit kan de erkende zorgkas een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap binnen een termijn van twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Als de erkende zorgkas tegen het voornemen geen ontvankelijk bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen, wordt na het verstrijken van die termijn de beslissing van de leidend ambtenaar, waarbij de erkenning wordt ingetrokken, aan deze zorgkas meegedeeld met een aangetekende brief.

Art. 17. Een erkende zorgkas kan de leidend ambtenaar met een aangetekende brief verzoeken om haar erkenning in te trekken. De beslissing wordt uiterlijk twee maanden na de ontvangst van het verzoek aan die zorgkas meegedeeld per aangetekende brief.

Art. 18. De erkenning van een erkende zorgkas wordt ambtshalve door de leidend ambtenaar ingetrokken in geval van ontbinding van die zorgkas. Deze beslissing wordt met een aangetekende brief aan de betrokken zorgkas meegedeeld uiterlijk vijftien dagen nadat ze werd genomen.

Art. 19. De beslissing waarbij de erkenning van een erkende zorgkas wordt ingetrokken, vermeldt de datum waarop de intrekking ingaat. Ze wordt bij uittreksel bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 20. De intrekking van een erkenning heeft als gevolg dat de betrokken zorgkas geen nieuwe aansluitingen meer mag verrichten.

Het agentschap zal zo nodig alle passende maatregelen opleggen om de rechten van de leden en gebruikers te vrijwaren.

Een zorgkas waarvan de erkenning is ingetrokken, blijft tot aan het afsluiten van haar vereffening onderworpen aan de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld.

Art. 21. In de gevallen, vermeld in artikel 15, eerste lid, 2°, kan de erkenning van een erkende zorgkas door de leidend ambtenaar of de minister worden geschorst. artikel 15, tweede lid, artikel 16 en 19 zijn van overeenkomstige toepassing.

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

HOOFDSTUK 3. — *Territoriale werking*

Art. 22. De instanties, vermeld in artikel 18, eerste lid, 1° en 3°, van het decreet van 18 mei 2018, zijn actief in het hele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad als ze aan al de volgende voorwaarden voldoen:

1° ze hebben minstens 140.000 leden of verzekerden, waarvan telkens minstens 8.000 in iedere provincie van het Nederlandse taalgebied en in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

2° ze zijn niet alleen digitaal en telefonisch bereikbaar voor hun leden of verzekerden, maar ze hebben ook minstens één kantoor in iedere provincie van het Nederlandse taalgebied en in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, en hebben er een fysiek toegankelijke dienstverlening voor hun leden met het oog op informatie en advies in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

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

Art. 23. Een zorgkas beschikt over een beleidsstructuur, een administratieve en boekhoudkundige organisatie en een interne controle, die aan haar activiteiten aangepast zijn. De minister kan daarover nadere regels bepalen.

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

Art. 24. De technische en financiële middelen van een zorgkas zijn aangepast aan haar activiteiten en waarborgen een goede uitvoering van haar verbintenissen.

Art. 25. De effectieve leiding van een zorgkas wordt toevertrouwd aan ten minste twee personen.

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

Art. 26. Het maatschappelijk doel van de zorgkas, dat vermeld wordt in haar statuten, is beperkt tot de opdrachten, vermeld in artikel 22 van het decreet van 18 mei 2018.

De statuten van de zorgkas bevatten een opgave van de rechten en de plichten van de leden en de gebruikers. Ze mogen niet in strijd zijn met de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld.

Art. 27. Artikel III.82, artikel III.83, eerste lid, artikel III.84, eerste tot en met vijfde lid, artikel III.86, eerste en vierde lid, artikel III.87, § 1 en § 2, eerste lid, artikel III.88 en artikel III.89 van het Wetboek van economisch recht zijn van overeenkomstige toepassing op een zorgkas.

Art. 28. Een zorgkas verstrekt aan personen die zich willen aansluiten en aan de leden minimaal de informatie die de minister bepaalt.

De documenten of gegevens die een zorgkas gebruikt of verspreidt, zijn in overeenstemming met de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld.

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

Art. 29. De minister bepaalt welke gegevens als vermeld in artikel 22, eerste lid, 4°, van het decreet van 18 mei 2018 worden geregistreerd, hoe ze worden geregistreerd en hoe ze aan het agentschap worden verstrekt.

Art. 30. Een zorgkas onthoudt zich ervan:

1° onder om het even welke vorm leningen toe te staan;

2° met een ziekenfonds, een landsbond van ziekenfondsen, een maatschappij voor onderlinge bijstand, een verzekeringsonderneming of enige andere organisatie, waarmee ze financiële, commerciële of administratieve banden heeft, overeenkomsten af te sluiten of regelingen te maken die de verdeling van de kosten en inkomsten kunnen beïnvloeden, als daardoor de rekeningen zouden worden vervalst.

HOOFDSTUK 5. — *Toezicht en controle op de zorgkassen*

Art. 31. Een zorgkas brengt het agentschap met een aangetekende brief op de hoogte van de wijzigingen in haar statuten en in de lijst van haar beheerders binnen een maand na de goedkeuring ervan door de algemene vergadering. Tot uiterlijk een maand na die kennisgeving kan het agentschap zich met een aangetekende en gemotiveerde brief verzetten tegen een wijziging die in strijd is met de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld.

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

Art. 32. Een erkende zorgkas wijst een bedrijfsrevisor aan, die door de algemene vergadering wordt gekozen onder de leden van het Instituut van de Bedrijfsrevisoren. Als de erkende zorgkas de rechtsvorm van een maatschappij van onderlinge bijstand aanneemt als vermeld in artikel 43*bis* van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, moet de bedrijfsrevisor erkend zijn door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. In de andere gevallen moet de bedrijfsrevisor erkend zijn door de Nationale Bank van België.

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

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

Buiten zijn bezoldiging mag de erkende zorgkas aan de bedrijfsrevisor geen enkel voordeel verschaffen, in welke vorm ook.

Bijkomende opdrachten kunnen hem alleen worden toevertrouwd met de goedkeuring van de algemene vergadering.

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

Art. 33. De door een erkende zorgkas aangewezen bedrijfsrevisor controleert met inachtneming van de algemene controlenormen van het Instituut van de Bedrijfsrevisoren:

1° de nauwkeurigheid en de volledigheid van de boekhouding en van de jaarrekening;

2° het aangepaste karakter en de werking van de administratieve en boekhoudkundige organisatie en van de interne controle.

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

Hij brengt onmiddellijk elke inbreuk op de regels die bij of krachtens het decreet van 18 mei 2018 zijn vastgesteld, alsook alles wat volgens hem de financiële toestand van de erkende zorgkas in gevaar zou kunnen brengen, ter kennis van de beheerders van de erkende zorgkas.

Hij viseert het boekhoudkundige verslag, vermeld in artikel 30 van het decreet van 18 mei 2018, en de sociale balans, vermeld in artikel 37, § 2, van dit besluit.

Art. 34. De bedrijfsrevisor stelt jaarlijks een verslag op over de resultaten van de door hem verrichte controles, met inachtneming van de algemene controlenormen van het Instituut van de Bedrijfsrevisoren. Dat verslag vermeldt meer in het bijzonder:

1° hoe de controletaken zijn verricht en of alle gevraagde opheldering en documenten zijn verkregen;

2° of de boekhouding is gevoerd en de jaarrekening is opgesteld conform de toepasselijke regels;

3° of naar zijn oordeel de jaarrekening een getrouw beeld geeft van het vermogen, van de financiële toestand en van de resultaten van de erkende zorgkas.

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

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

Art. 35. Een zorgkas bewaart gedurende een door de minister te bepalen termijn alle documenten over de door haar verrichte aansluitingen en tegemoetkomingen in haar zetel of op een andere plaats die vooraf door het agentschap is toegelaten.

Art. 36. Als een document niet voldoet aan de vereisten, vermeld in artikel 28, zorgt de zorgkas voor de intrekking of de aanpassing ervan binnen een maand nadat ze daartoe door het agentschap is aangemaand.

Art. 37. § 1. Een zorgkas bezorgt haar jaarrekening en het boekhoudkundige verslag, vermeld in artikel 33, over het vorige boekjaar vóór 30 april aan het agentschap. Het agentschap bepaalt de vormvereisten waaraan het voormelde boekhoudkundige verslag moet voldoen.

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

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

1° het aantal tewerkgestelde personeelsleden, het aantal gepresteerde uren, het personeelsverloop en de gevolgde opleidingen door het personeelslid gedurende het afgelopen boekjaar. De erkende zorgkas bezorgt ook de personeelskosten, die gekoppeld zijn aan deze componenten voor het boekjaar in kwestie, overeenkomstig deel I.A, deel II en deel IV van de sociale balans, vermeld in het eerste lid;

2° de kosten die aan de erkende zorgkas aangerekend worden voor tijdelijk tewerkgestelde personeelsleden, uitzendkrachten en personen die taken hebben uitgevoerd voor de zorgkas, maar die geen arbeidsovereenkomst met de zorgkas hebben. Die kosten worden gekoppeld aan het aantal tewerkgestelde personen en het aantal gepresteerde uren voor de zorgkas, overeenkomstig deel I.B van de sociale balans, vermeld in het eerste lid.

HOOFDSTUK 6. — *Ombudsfunctie*

Art. 38. De zorgkas vertrouwt de leiding van de ombudsfunctie, vermeld in artikel 19, 8°, van het decreet van 18 mei 2018, toe aan een ombudspersoon. De ombudspersoon moet aan volgende voorwaarden voldoen:

1° hij mag niet betrokken zijn of geweest zijn bij de feiten of de personen waarop de klacht betrekking heeft;

2° hij respecteert de vertrouwelijkheid;

3° stelt zich neutraal en onpartijdig op;

hij neemt geen instructies aan over de wijze waarop de klacht inhoudelijk behandeld wordt.

Art. 39. Elke gebruiker heeft het recht om kosteloos schriftelijk een klacht in te dienen bij de ombudspersoon. Elke klacht wordt geregistreerd en krijgt een uniek nummer.

De minister kan bepalen aan welke voorwaarden de klacht moet voldoen om ontvankelijk te zijn en welke gegevens in verband met de klacht minstens geregistreerd moeten worden.

Art. 40. § 1. De ombudspersoon verstuurt binnen acht dagen na het ontvangen van de klacht een ontvangstbewijs naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

§ 2. De ombudspersoon verstuurt binnen 45 dagen een definitief antwoord naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. Het definitief antwoord bestaat uit een schriftelijke uiteenzetting en motivering van de bevindingen van het onderzoek naar de klacht.

Als de overschrijding van de termijn, vermeld in het eerste lid, wordt veroorzaakt door gedragingen van derden, dan kan de termijn verlengd worden op voorwaarde dat:

1° de zorgkas minstens voor elke maand vertraging een herinneringsbrief heeft gestuurd naar de derden;

2° de zorgkas geen antwoord ontvangen heeft op voormelde herinneringsbrief;

3° de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op de hoogte is gebracht van de stand van zaken van het dossier.

In het tweede lid wordt verstaan onder derde: elke persoon die geen betrokken partij is bij de klacht.

§ 3. Als het definitieve antwoord, vermeld in paragraaf 2, binnen acht dagen verzonden wordt, dan is het versturen van een ontvangstbewijs, conform paragraaf 1, niet vereist.

Art. 41. § 1. De ombudspersoon stelt jaarlijks een verslag op. Dat jaarverslag bevat minstens de volgende gegevens van het voorbije kalenderjaar:

1° een overzicht van het aantal klachten;

2° het voorwerp van de klachten;

3° het resultaat van de klachtenbehandeling;

4° het gevolg dat is gegeven aan het actieplan, vermeld in paragraaf 2.

De minister kan bijkomende gegevens bepalen die in het verslag moeten worden opgenomen.

Het jaarverslag mag geen gegevens bevatten die ertoe kunnen leiden dat personen die betrokken zijn bij de afhandeling van de klacht, kunnen worden geïdentificeerd.

§ 2. De ombudspersoon stelt op basis van de gegevens, vermeld in paragraaf 1, minimaal eenmaal per jaar een actieplan op om terugkerende klachten te vermijden en de organisatie te verbeteren.

Art. 42. § 1. De zorgkas geeft in verband met de ombudsfunctie minstens de volgende informatie duidelijk weer op haar website:

1° de naam en contactgegevens van de ombudspersoon;

2° de wijze waarop men een klacht kan indienen;

3° de interne procedure voor klachtenbehandeling conform dit besluit;

4° de wettelijke termijnen met betrekking tot de klachtenbehandeling.

§ 2. De zorgkas wijst in al haar schriftelijke communicatie met haar leden op het bestaan van een klachtenprocedure en vermeldt de wijze waarop men deze procedure kan raadplegen.

Titel 3. — *De Zorgkassencommissie*

Art. 43. De leden van de Zorgkassencommissie, opgericht conform artikel 33 van het decreet van 18 mei 2018, worden opgenomen in een lijst die door de zorgkassen aan het agentschap bezorgd wordt. Elke wijziging aan die lijst wordt binnen de 10 werkdagen aan het agentschap meegedeeld.

Het agentschap kan aan de leden van de Zorgkassencommissie een jaarlijkse vorming opleggen, die erkend is door het agentschap.

Art. 44. § 1. De leden van de Zorgkassencommissie worden ingedeeld in verschillende teams.

Per Vlaamse provincie wordt er minstens één team aangeduid voor het uitvoeren van de taken, vermeld in artikel 260, 391 en 397, en in artikel 512 tot en met 519. In het team worden minstens de volgende deskundigen opgenomen:

1° artsen;

2° verpleegkundigen;

3° ergotherapeuten of kinesitherapeuten.

Voor de uitvoering van controle van de revalidatievoorzieningen, de revalidatieziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen conform artikel 24 en 25 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de taken van de Zorgkassencommissie in het kader van de subrogatie, worden er twee teams aangeduid over alle Vlaamse provincies heen. In het team worden minstens de volgende deskundigen opgenomen:

1° artsen;

2° logopedisten;

3° ergotherapeuten of kinesitherapeuten;

4° psychologen.

§ 2. Het is verboden voor de leden van de Zorgkassencommissie om in dienst te zijn van een zorgvoorziening, om op te treden in de hoedanigheid van verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of om mandaten te vervullen binnen een zorgvoorziening of binnen een rechtspersoon die mobiliteitshulpmiddelen vervaardigt of levert.

Een lid van de Zorgkassencommissie onthoudt zich bij elke adviesverstrekking over een controle als het een persoonlijk belang heeft bij het voorwerp van de controle of de beslissing, als het verwant is met de zorgbehoevende of als het rechtstreeks of onrechtstreeks bevoegd is voor de beslissing die het voorwerp vormt van de controle.

Art. 45. De Zorgkassencommissie regelt haar werking in een huishoudelijk reglement, dat ter goedkeuring moet worden voorgelegd aan de minister. Het huishoudelijk reglement wordt opgenomen op de website van het agentschap.

Bij het agentschap wordt een secretariaat ingesteld dat instaat voor de administratieve ondersteuning en aansturing van de Zorgkassencommissie conform artikel 36 van het decreet van 18 mei 2018.

Het agentschap bezorgt de Zorgkassencommissie een lijst van te controleren zorgvoorzieningen en aanvragen mobiliteitshulpmiddelen conform artikel 260, 391, 397 en artikel 512 tot en met 519.

Titel 4. — *De sectorale adviescommissies*

Art. 46. § 1. Er worden sectorale adviescommissies opgericht in de volgende sectoren:

1° de residentiële ouderenzorg, bestaande uit een aantal vertegenwoordigers van de betrokken zorgvoorzieningen, te bepalen door de minister, een vertegenwoordiger van de gebruikersorganisaties en een vertegenwoordiger van de uitvoeringsorganisaties;

2° de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten, bestaande uit een aantal vertegenwoordigers van de betrokken zorgvoorzieningen, te bepalen door de minister, een vertegenwoordiger van de gebruikersorganisaties, een vertegenwoordiger van de mantelzorgorganisties in het kader van de geestelijke gezondheidszorg en een vertegenwoordiger van de uitvoeringsorganisaties;

3° de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van de fysieke functies, bestaande uit een aantal vertegenwoordigers van de betrokken zorgvoorzieningen, te bepalen door de minister, een vertegenwoordiger van de gebruikersorganisaties en een vertegenwoordiger van de uitvoeringsorganisaties;

4° de thuiszorg, bestaande uit een aantal vertegenwoordigers van de betrokken zorgvoorzieningen, te bepalen door de minister, een vertegenwoordiger van de gebruikersorganisaties en een vertegenwoordiger van het agentschap.

De sectorale adviescommissies worden samengesteld door de minister na advies van het agentschap. De leden van de sectorale adviescommissies worden benoemd voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

De minister kan bij de sectorale adviescommissies kamers instellen.

§ 2. Het lidmaatschap van een sectorale adviescommissie is niet verenigbaar met de uitoefening van een bovenlokaal politiek mandaat.

§ 3. Het voorzitterschap van de sectorale adviescommissies, of in voorkomend geval van de kamers, wordt waargenomen door een personeelslid van het agentschap.

Het secretariaat van de sectorale adviescommissies wordt waargenomen door personeelsleden die ter beschikking gesteld worden door het agentschap.

§ 4. Voor alle leden en voorzitters van de sectorale adviescommissies zijn er plaatsvervangers.

§ 5. De sectorale adviescommissies regelen hun werking in een huishoudelijk reglement.

Art. 47. Met behoud van de toepassing van specifieke opdrachten waarmee de sectorale adviescommissies zijn belast, brengen ze advies uit op eigen initiatief of op verzoek van de minister. Bij de adviesverlening wordt gestreefd naar consensus.

De adviezen van de sectorale adviescommissies van strategisch belang worden ook bezorgd aan de bevoegde raadgevende comités en aan de Vlaamse Raad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Titel 5. — *De Expertencommissie gespecialiseerde zorg*

Art. 48. § 1. De Expertencommissie is een interdisciplinaire commissie, minstens samengesteld uit drie artsen, twee psychologen, een kinesitherapeut en een logopedist. Zij moeten deskundigheid kunnen aantonen met betrekking tot de gespecialiseerde zorg.

De minister kan, op advies van het agentschap, bepalen welke bijkomende expertises worden toegevoegd aan de samenstelling van de Expertencommissie, in functie van de deelopdracht in kwestie.

De minister kan bij de Expertencommissie kamers instellen.

Het voorzitterschap van de Expertencommissie, of in voorkomend geval van de kamers, wordt waargenomen door een personeelslid van het agentschap.

Voor elk lid van de Expertencommissie en voor de voorzitter is er een plaatsvervanger.

Het secretariaat van de Expertencommissie wordt waargenomen door personeelsleden die ter beschikking gesteld worden door het agentschap. Ze hebben geen stemrecht.

§ 2. De minister benoemt de leden, de voorzitter en de plaatsvervangers van de Expertencommissie voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

Art. 49. De Expertencommissie regelt haar werking in een door de minister goed te keuren huishoudelijk reglement.

Art. 50. De Expertencommissie, of in voorkomend geval een kamer van de Expertencommissie, kan in individuele dossiers alleen een geldig advies uitbrengen als ten minste drie leden, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn. De Expertencommissie beslist bij gewone meerderheid. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter of zijn plaatsvervanger doorslaggevend.

Art. 51. Met behoud van de toepassing van artikel 39, § 1, derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, moet het lid dat een persoonlijk belang heeft bij het voorwerp van het advies of verwant is met de zorgbehoevende zich terugtrekken bij de bespreking en zich onthouden bij het advies.

Het lidmaatschap van de Expertencommissie is niet verenigbaar met de uitoefening van een bovenlokaal politiek mandaat.

In het huishoudelijk reglement van de Expertencommissie kunnen bijkomende regels worden vastgelegd over onverenigbaarheden.

Art. 52. § 1. De leden van de Expertencommissie en hun plaatsvervangers ontvangen voor hun werkzaamheden een presentiegeld per vergadering van de Expertencommissie waaraan ze deelnemen.

Het presentiegeld per vergadering wordt door de minister vastgesteld. De minister kan een maximum aantal vergaderingen per jaar bepalen waarvoor een presentiegeld wordt toegekend en kan bepalen dat twee of meer vergaderingen van de Expertencommissie of van een kamer op dezelfde dag gelden als een vergadering.

§ 2. De minister kan bepalen dat de leden van de Expertencommissie en hun plaatsvervangers een vergoeding ontvangen voor de reiskosten die zijn verbonden aan de deelname aan de vergaderingen en legt de vergoeding in voorkomend geval vast.

Titel 6. Het raadgevend comité

Art. 53. De vertegenwoordigers, de onafhankelijke deskundigen en de plaatsvervangers van het raadgevend comité van het agentschap worden benoemd door de minister voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

Deel 3. — Het lidmaatschap van de Vlaamse sociale bescherming

Titel 1. — *Aansluiting*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 54. Een persoon als vermeld in artikel 42, § 2, tweede lid of vierde lid, van het decreet van 18 mei 2018, heeft gebruikgemaakt van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging als hij aan een van de volgende voorwaarden voldoet:

1° onmiddellijk voor zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad gewerkt hebben in een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of in Zwitserland;

2° onmiddellijk voor zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad gewoond hebben in een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of in Zwitserland;

3° tijdens zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad verhuisd zijn van een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of van Zwitserland.

Art. 55. De minister kan de nadere regels bepalen voor de verplichte aansluiting, de vrijwillige aansluiting en de administratieve aansluiting.

HOOFDSTUK 2. — *Aansluitingsplicht*

Art. 56. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 42, § 1, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, sluit zich vanaf het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aan bij een zorgkas van zijn keuze. Als die persoon zich niet aansluit vóór 1 juli van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, wordt hij automatisch aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar waarop hij zich had moeten aansluiten.

De eerste en tweede premie kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon de leeftijd van 26 jaar bereikt, zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede premie bepalen.

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

De personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied komen wonen, kunnen de eerste en tweede premie betalen tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede premie bepalen.

De personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied komen wonen, kunnen de eerste, tweede en derde premie betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste, de tweede en derde premie bepalen.

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 42, § 2, eerste en tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, sluit zich aan bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de premies betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het agentschap het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn, zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018.

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

HOOFDSTUK 3. — *Vrijwillige aansluiting*

Art. 57. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 42, § 1, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, kan zich met ingang van 1 januari van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De eerste en tweede premie kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon 26 jaar is geworden. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede premie bepalen.

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

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

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

§ 3. Elke persoon, vermeld in artikel 42, § 2, derde en vierde lid van het decreet van 18 mei 2018, die minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt, kan zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De personen, vermeld in het eerste lid, kunnen de premies betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het agentschap het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin die personen voor het eerst opgenomen zijn.

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

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

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

§ 5. Elke persoon, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, die zich buiten de periodes, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, aansluit, is te laat aangesloten. De te late aansluiting gaat in op 1 januari van het jaar waarin de eerste premie betaald is. In dat geval is de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 41, § 1, tweede en derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, van toepassing.

Art. 58. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 42, § 1, derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, kan zich met ingang van het jaar waarin hij de leeftijd van 26 jaar bereikt, aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze.

De eerste en tweede premie kunnen worden betaald tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin de persoon 26 jaar is geworden. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en de tweede premie bepalen.

§ 2. Elke persoon die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komt wonen en die bijgevolg kan worden beschouwd als een persoon, vermeld in artikel 42, § 1, derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, kan zich aansluiten bij een zorgkas van zijn keuze als hij minstens de leeftijd van 26 jaar heeft bereikt. De aansluiting is mogelijk met ingang van 1 januari van het jaar waarin die persoon in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komt wonen.

De personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komen wonen, kunnen de eerste en tweede premie betalen tot en met 31 december van het jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen. De minister kan de nadere voorwaarden voor de betaling van de eerste en tweede premie bepalen.

De personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad komen wonen, kunnen de eerste, tweede en derde premie betalen tot en met 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin ze er zijn komen wonen. De minister kan de nadere voorwaarden bepalen voor de betaling van de eerste, de tweede en de derde premie.

§ 3. Elke persoon, vermeld in paragraaf 1 en 2, die zich buiten de periodes, vermeld in paragraaf 1 en 2, aansluit, is te laat aangesloten. De te late aansluiting gaat in op 1 januari van het jaar waarin de eerste premie is betaald. In dat geval is de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 41, § 1, tweede en derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, van toepassing.

§ 4. Paragraaf 1 tot en met 3 is ook van toepassing op studenten die afkomstig zijn uit een andere lidstaat van de EU of de EER dan België, of uit Zwitserland, als ze niet Belgisch sociaal verzekerd zijn.

HOOFDSTUK 4. — *Administratieve aansluiting*

Art. 59. § 1. Elke persoon, vermeld in artikel 43 en artikel 44 van het decreet van 18 mei 2018, sluit zich, voorafgaand aan de zorgverlening waarop hij een beroep doet in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, administratief aan bij een zorgkas van zijn keuze.

§ 2. De personen, vermeld in artikel 44, § 1 of § 2, van het decreet van 18 mei 2018 dienen aan te tonen dat zij feitelijk verblijven in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, aan de hand van bewijsstukken.

De minister kan bewijsstukken bepalen aan de hand waarvan een feitelijk verblijf in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan worden aangetoond.

§ 3. De minister kan bijkomende voorwaarden bepalen waaraan de personen, vermeld in artikel 44 van het decreet van 18 mei 2018, moeten voldoen.

Art. 60. Een persoon die zich conform artikel 59 administratief moet aansluiten bij een zorgkas, wordt door de zorgvoorziening of door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen tot dewelke hij zich heeft gewend, geïnformeerd over zijn aansluitingsplicht als vermeld in artikel 59, en over de keuzevrijheid die hij heeft met betrekking tot de zorgkas van aansluiting.

HOOFDSTUK 5. — *Verbod op aansluiting*

Art. 61. Personen op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is, mogen zich niet aansluiten bij een zorgkas, met uitzondering van de vrijwillige aansluiting conform artikel 58, en de administratieve aansluiting conform artikel 59.

De minister kan de nadere regels bepalen voor het verbod op aansluiting en de terugbetaling van premies.

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

Art. 62. Elke persoon, vermeld in artikel 61, die de hoedanigheid verwerft van een persoon als vermeld in artikel 56, 57 of 58, kan de eerste en de tweede premie betalen tot en met 31 december van het jaar na de datum van wijziging van zijn hoedanigheid, zonder dat de jaren in aanmerking genomen worden voor de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018, en zonder dat de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 41, § 1, tweede en derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, van toepassing is.

HOOFDSTUK 6. — *Wijze van aansluiten*

Art. 63. Een persoon sluit zich aan bij de zorgkas waar hij de eerste premie betaalt. De aansluiting geldt per kalenderjaar.

Art. 64. Als een persoon door verschillende zorgkassen correct gemeld wordt als lid aan het agentschap, wordt hij lid van de zorgkas, die als eerste binnen de daarvoor bepaalde termijnen aan het agentschap de aansluiting meegedeeld heeft.

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

HOOFDSTUK 7. — *Mutatie van een zorgkas*

Art. 65. Een lid kan muteren van zorgkas met ingang van 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin hij het voornemen tot mutatie heeft meegedeeld. Daarvoor vult hij het mutatieformulier in dat het agentschap ter beschikking stelt en hij bezorgt het aan de andere zorgkas uiterlijk op vijf december van het lopende jaar.

Art. 66. Een persoon die aangesloten is bij een zorgkas, opgericht door ziekenfondsen, een landsbond of een maatschappij van onderlinge bijstand als vermeld in artikel 18, eerste lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018, en die tegelijk lid is van een ziekenfonds dat niet behoort tot die landsbond of maatschappij van onderlinge bijstand, kan alsnog van zorgkas muteren, in afwijking van de toepassing van artikel 65 van dit besluit.

Art. 67. De minister bepaalt de nadere regels voor de mutatie van zorgkas.

Titel 2. — *Premies voor de Vlaamse sociale bescherming*

HOOFDSTUK 1. — *Bedrag en inning van de premies voor de Vlaamse sociale bescherming*

Art. 68. In dit artikel wordt verstaan onder gezondheidsindexcijfer: het prijsindexcijfer dat berekend wordt voor de toepassing van artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

De jaarlijkse premie voor de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 45, § 1, van het decreet van 18 mei 2018, bedraagt 50 euro.

In afwijking van het tweede lid bedraagt de jaarlijkse premie voor de Vlaamse sociale bescherming 25 euro voor de personen die op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft, recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 19, van de Ziekteverzekeringswet.

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

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

Art. 69. De zorgkas vraagt naast de jaarlijkse premie voor de Vlaamse sociale bescherming jaarlijks de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren van haar leden op, behalve de premies die samen met de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018, door het agentschap zijn opgevraagd.

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

Het lid betaalt zijn jaarlijkse premie, vermeld in het eerste lid, uiterlijk op 30 april van het lopende jaar aan zijn zorgkas.

Art. 70. Het geïnde bedrag aan premies wordt toegekend aan het meest recente jaar waarvoor de premie voor de Vlaamse sociale bescherming niet of niet volledig is betaald.

Art. 71. De zorgkas trekt niet betaalde premies voor de gebruiker af van de zorgbudgetten die aan de gebruiker worden uitbetaald, behalve de premies die samen met de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018, door het agentschap zijn opgevraagd.

Art. 72. De minister bepaalt de nadere regels voor de inning van de premies.

HOOFDSTUK 2. — *Herinneringsbrief*

Art. 73. Als een lid de jaarlijkse premie na de eerste uitnodiging niet betaalt, stuurt de zorgkas uiterlijk op 30 november van hetzelfde kalenderjaar een herinneringsbrief, behalve als de jaarlijkse premie met een aangetekende brief is opgevraagd.

HOOFDSTUK 3. — *Aangetekende brief*

Art. 74. Aan de leden die minstens twee, niet noodzakelijk opeenvolgende, premies niet of onvolledig betaald hebben, vraagt de zorgkas de verschuldigde premies uiterlijk op 1 september van het jaar van de tweede niet of onvolledig betaalde premie met een aangetekende brief op.

Het lid betaalt de premies in het eerste lid uiterlijk op 5 oktober van het jaar van verzending van de aangetekende brief aan zijn zorgkas.

Aan de leden, vermeld in het eerste lid, naar wie de zorgkas onmogelijk uiterlijk op 1 september de aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, kon sturen, vraagt de zorgkas de verschuldigde premies alsnog op met een aangetekende brief, uiterlijk op 1 september van het volgende jaar.

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

Met het oog op het opleggen van de administratieve geldboete, vermeld in artikel 47 van het decreet van 18 mei 2018, bezorgt elke zorgkas aan het agentschap en volgens de voorwaarden die het agentschap vastlegt, elektronisch de gegevens van de personen aan wie een aangetekende brief als vermeld in het eerste en tweede lid, verstuurd is. Dat gebeurt uiterlijk op 10 oktober van het jaar van verzending van de aangetekende brieven.

Titel 3. — *Beëindiging van de aansluiting*

Art. 75. Het lidmaatschap wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de leden die zich verplicht hebben aangesloten, niet meer onder het toepassingsgebied van het decreet van 18 mei 2018, vermeld in artikel 3 van het voormelde decreet, vallen. De jaarlijkse premie blijft verschuldigd voor het lopende jaar.

Art. 76. Het lidmaatschap wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de leden die zich vrijwillig hebben aangesloten, niet meer onder het toepassingsgebied van het decreet van 18 mei 2018, vermeld in artikel 3 van het voormelde decreet, vallen. De jaarlijkse premie blijft verschuldigd voor het lopende jaar.

Art. 77. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht en ambtshalve beëindigd bij de personen die zich vrijwillig hebben aangesloten, en die twee keer de jaarlijkse premie niet of maar gedeeltelijk hebben betaald. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht beëindigd op 31 december van het laatste jaar waarvoor de premie volledig is betaald.

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

Art. 78. Het lidmaatschap wordt met terugwerkende kracht beëindigd op 31 december van het laatste jaar waarvoor de premie volledig is betaald als de leden die zich vrijwillig hebben aangesloten, daarom verzoeken.

Art. 79. Als de persoon, vermeld in artikel 77 of 78, na de stopzetting met terugwerkende kracht van zijn lidmaatschap, zich opnieuw aansluit bij een zorgkas, blijven artikel 41, § 1, tweede en derde lid, van het decreet van 18 mei 2018 van toepassing.

Art. 80. De premies van een persoon die zich bij een zorgkas vrijwillig kan aansluiten, worden door de zorgkas alleen terugbetaald als aan al de volgende voorwaarden is voldaan:

1° de persoon toont aan dat hij er op het moment van de betaling van de premies niet van op de hoogte is dat de aansluiting vrijwillig is;

2° de persoon dient een schriftelijk verzoek in.

Deel 4. Sanctiebepalingen: de administratieve geldboete

Titel 1. — .*Gevallen waarin de administratieve geldboete wordt opgelegd*

Art. 81. Aan ieder lid, vermeld in artikel 56 van dit besluit, die, de premie vermeld in artikel 45 van het decreet van 18 mei 2018, twee, niet noodzakelijk opeenvolgende keren, niet of maar gedeeltelijk heeft betaald op uiterlijk 5 oktober van het jaar van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 74 van dit besluit, wordt een administratieve geldboete opgelegd.

Titel 2. — *Vrijstellingsgronden voor de administratieve geldboete*

Art. 82. De niet-betaling van de premie of de gedeeltelijke betaling van de premie wordt in de volgende gevallen niet in aanmerking genomen om een administratieve geldboete op te leggen:

1° het lid verblijft op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 74, in een gevangenis of in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 61 van het decreet van 18 mei 2018. Het bewijs daarvan is een attest van de instelling in kwestie;

2° het lid is op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 74, vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Het bewijs daarvan is een afdruk van het elektronische rijksregisterbestand, een attest van aangifte of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;

3° het lid is op het moment van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 74, het voorwerp van budgetbegeleiding of budgetbeheer door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende instelling voor schuldbemiddeling of van een minnelijke schuldbemiddeling, vermeld in artikel 519, § 2, 10°, Ger.W.. Het bewijs daarvan is een attest van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of van de erkende instelling of van de gerechtsdeurwaarder;

4° het niet of gedeeltelijk betalen van de premie is het gevolg van een fout van het agentschap, het Rijksregister of de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

5° het niet of niet tijdig ontvangen van de aangetekende brief, vermeld in artikel 74, is het gevolg van een aantoonbare fout van de zorgkas. Het bewijs daarvan is een attest van de zorgkas;

6° het lid is een buitenlandse sociaal verzekerde of een Belgische sociaal verzekerde met woonplaats buiten het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor wie bij het agentschap een onderzoek loopt over de aansluitingsplicht;

7° de premie wordt uiterlijk op 15 oktober van het jaar van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 74, op de rekening van de zorgkas gestort;

8° de zorgkas heeft een volledig betaalde premie van een lid ten onrechte teruggestort.

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

1° van ambtswege afgevoerd;

2° vermist.

Titel 3. — *Procedure*

Art. 83. De zorgkassen delen aan het agentschap de gegevens mee van de personen die in aanmerking worden genomen voor een administratieve geldboete. De minister bepaalt daarvoor de nadere regels en specifieert de gegevens die moeten worden meegedeeld.

Art. 84. De leidend ambtenaar legt de administratieve geldboete op.

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

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

Titel 4. — *Administratief beroep tegen de administratieve geldboete*

Art. 85. De personen aan wie een administratieve geldboete wordt opgelegd, kunnen binnen een termijn van twee maanden na de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 84, tweede lid, administratief beroep aantekenen bij het agentschap. Het beroepschrift is alleen ontvankelijk als het gemotiveerd is en als alle relevante stukken erbij gevoegd zijn. Het beroepschrift is opschortend.

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

Titel 5. — *Invordering*

Art. 86. Als een persoon niet betaalt binnen de termijn, vermeld in artikel 84, tweede lid, zal de administratieve geldboete, in voorkomend geval verhoogd met de verschuldigde premies, in het kader van de administratieve geldboete, bij dwangbevel worden ingevorderd.

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

Deel 5. Registratie, verwerking en uitwisseling van gegevens

Titel 1. — *Algemeen*

Art. 87. Het agentschap en de zorgkassen gebruiken het INSZ-nummer van gebruikers als uniek sleutelgegeven voor de creatie, de identificatie en het beheer van dossiers, voor de consultatie van de benodigde persoonsgegevens om dossiers te kunnen behandelen en beheren en voor het ontvangen van de mutaties voor de benodigde persoonsgegevens.

Art. 88. Conform artikel 50 van het decreet van 18 mei 2018, worden door de zorgkassen aan de verzekeringsinstellingen de volgende gegevens overgemaakt:

1° opnames en verblijfsgegevens in het kader van de residentiële ouderenzorg, met inbegrip van indicatiestellingen, en eventuele wijzigingen;

2° aanvaarde, gefactureerde prestaties in het kader van de pijlers mobiliteitshulpmiddelen en residentiële ouderenzorg en de supplementen.

Conform artikel 50 van het decreet van 18 mei 2018, worden door de verzekeringsinstellingen aan de zorgkassen de volgende gegevens overgemaakt:

1° opnames en verblijfsgegevens, op voorwaarde dat er een opname in het kader van de residentiële ouderenzorg werd gemeld door de zorgkas;

2° aanvaarde, gefactureerde prestaties, op voorwaarde dat er een opname in het kader van de residentiële ouderenzorg werd gemeld door de zorgkas;

3° opnames en verblijfsgegevens in het kader van de residentiële ouderenzorg , in de Franse taalgebied, in het Duitse taalgebied en, wat betreft de bicommunautaire zorgvoorzieningen en de zorgvoorzieningen die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd als behorende tot de Franse Gemeenschap, in het tweetalige gebied Brussel Hoofdstad;

4° opnames en verblijfsgegevens en aanvaarde, gefactureerde prestaties in het kader van die opnames, op voorwaarde dat een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wordt gecontroleerd door de zorgkas.

Art. 89. Conform artikel 49, § 8, van het decreet van 18 mei 2018 bezorgen de zorgkassen aan het Intermutualistisch Agentschap alle gegevens met betrekking tot de prestaties, gefactureerd in het kader van de pijlers mobiliteitshulpmiddelen en residentiële ouderenzorg.

Wat de nadere modaliteiten betreft van de gegevensbezorging, vermeld in het eerste lid, wordt, voor zover nodig en naar gelang het geval, een voorafgaande beraadslaging gevraagd van de bevoegde kamer van het informatieveiligheidscomité of een principiële machtiging gevraagd van het bevoegde sectorale comité.

Art. 90. Conform artikel 49, § 7, van het decreet van 18 mei 2018, worden aan het agentschap alle gegevens bezorgd die relevant zijn voor analyses op beleidsniveau en op managementniveau en voor de opmaak van operationele rapporten.

Wat de nadere modaliteiten betreft van de gegevensbezorging, vermeld in het eerste lid, wordt, voor zover nodig en naar gelang het geval, een voorafgaande beraadslaging gevraagd van de bevoegde kamer van het informatieveiligheidscomité of een principiële machtiging gevraagd van het bevoegde sectorale comité.

Art. 91. Persoonsgegevens kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 92. In de gevallen waarin het decreet van 18 mei 2018 of dit besluit voorzien in het toezenden van stukken of het doen van betalingen op de hoofdverblijfplaats kan, in afwijking van artikel 54, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, voor de personen, vermeld in artikel 44 van het voormelde decreet, gebruik gemaakt worden van een contactadres van de persoon in kwestie.

Titel 2. — ***Mobiliteitshulpmiddelen***

Art. 93. § 1. Met het oog op de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel conform de bepalingen van dit besluit, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen moet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot informatie over:

1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;

2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

3° naam en voornaam;

4° geboortedatum;

5° geslacht;

6° hoofdverblijfplaats;

7° in voorkomend geval, datum van overlijden.

§ 2. Met het oog op de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel conform de bepalingen van dit besluit, wordt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, aan de hand van de prestatiecode van het betreffende mobiliteitshulpmiddel, in voorkomend geval geïnformeerd over de reden van het negatieve resultaat van de controle van de vergoedingsvoorwaarden, uitgevoerd door de zorgkas.

Het negatieve resultaat, vermeld in het eerste lid, kan voortvloeien uit:

1° de regels over de cumulatie van mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in bijlage 3;

2° de hernieuwingstermijnen, vermeld in bijlage 2;

3° aanvragen van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen die reeds werden ingediend en nog moeten worden behandeld;

4° de opname van de gebruiker in een woonzorgcentrum, in een ziekenhuis of in een revalidatieziekenhuis;

5° andere lopende huurovereenkomsten in het kader van toegekende tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 94. Aanvragen van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen worden ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten conform artikel 376.

Naast de raadpleging van de informatiegegevens, vermeld in artikel 52, eerste lid, en artikel 53, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, moeten enerzijds de zorgkassen conform artikel 22, tweede lid, van voormeld decreet en anderzijds het agentschap in het kader van zijn toezichtsfunctie conform artikel 109, tweede lid, van voormeld decreet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot de volgende informatie:

1° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

2° historiek van reeds aan de gebruiker verstrekte mobiliteitshulpmiddelen;

3° in voorkomend geval, de opname van de gebruiker in een woonzorgcentrum of in een ziekenhuis;

4° in voorkomend geval, andere lopende aanvragen voor mobiliteitshulpmiddelen;

5° het bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten dat ter beschikking staat van de gebruiker.

De zorgkassen enerzijds en het agentschap in het kader van zijn toezichtsfunctie anderzijds moeten zich ook toegang kunnen verschaffen tot de inhoud van de documenten die conform dit besluit bij de aanvraag van een tegemoetkoming moeten worden gevoegd, van de huurovereenkomsten en van de afleveringsdocumenten. De documenten die bij de aanvraag van een tegemoetkoming moeten worden gevoegd, betreffen, afhankelijk van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming wordt aangevraagd:

1° de aanvraag;

2° het medisch voorschrift;

3° het rolstoeladviesrapport;

4° het motiveringsrapport;

5° het bestek;

6° het testrapport.

Art. 95. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen van tegemoetkomingen aan de zorgkas conform boek 2, deel 2, titel 6, hoofdstuk 1.

Art. 96. De verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen dienen aanvraagdocumenten, afleveringsdocumenten en facturen te bewaren gedurende een termijn van minimaal en maximaal tien jaar.

Art. 97. De gegevens, vermeld in artikel 96, worden door het agentschap bewaard tot aan het overlijden van de betreffende gebruiker.

Art. 98. De documenten, vermeld in artikel 96 en 97, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 99. De Zorgkassencommissie en de Bijzondere Technische Commissie moeten, conform artikel 37, § 1, en artikel 133, 5, van het decreet van 18 mei 2018, in functie van de hen opgelegde taken, toegang krijgen tot de gegevens, vermeld in artikel 94.

Art. 100. De gegevens, vermeld in artikel 50, zesde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe het VAPH zich toegang moet kunnen verschaffen, zijn de volgende:

1° de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de gebruiker een tegemoetkoming heeft aangevraagd;

2° de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de door de gebruiker aangevraagde tegemoetkoming werd goedgekeurd en de datum van de goedkeuring;

3° de hoofdgroep en de subgroep van de prestatielijst waartoe het mobiliteitshulpmiddel behoort.

Het VAPH heeft slechts toegang tot de documenten die conform dit besluit bij een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel worden gevoegd in de gevallen waarbij het gaat om een gebruiker met een snel degeneratieve aandoening of een daarmee gelijkgestelde aandoening die ook bij het VAPH een aanvraag wenst in te dienen van een tegemoetkoming voor een ander hulpmiddel.

Art. 101. De gegevens, vermeld in artikel 50, derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de adviserend-artsen zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de volgende:

1° de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de gebruiker een tegemoetkoming heeft aangevraagd;

2° de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de door de gebruiker aangevraagde tegemoetkoming werd goedgekeurd en de datum van de goedkeuring;

3° de hoofdgroep en de subgroep van de prestatielijst waartoe het mobiliteitshulpmiddel behoort;

4° een of meer van de volgende documenten, afhankelijk van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming wordt aangevraagd of verleend:

a) de aanvraag;

b) medisch voorschrift;

c) rolstoeladviesrapport;

d) motiveringsrapport;

e) bestek;

f) testrapport;

g) de huurovereenkomst;

h) het afleveringsdocument.

Art. 102. De gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de volgende:

1° de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de gebruiker een tegemoetkoming heeft aangevraagd;

2° de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de door de gebruiker aangevraagde tegemoetkoming werd goedgekeurd en de datum van de goedkeuring;

3° de hoofdgroep en de subgroep van de prestatielijst waartoe het mobiliteitshulpmiddel behoort.

Titel 3. — *Residentiële ouderenzorg*

Art. 103. Met het oog op de aanmelding van een gebruiker, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum.

Het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum moet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot informatie over:

1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;

2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

3° naam en voornaam;

4° geboortedatum;

5° geslacht;

6° hoofdverblijfplaats;

7° in voorkomend geval, datum van overlijden.

Art. 104. § 1. Met het oog op de aanmelding van de gebruiker worden door het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum de volgende gegevens bezorgd aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

1° opnames en verblijfsgegevens;

2° indicatiestellingen, met name:

a) de score van de gebruiker op de items als vermeld in artikel 424;

b) de datum van de bijkomende attesten en verslagen als vermeld in artikel 450, 4° tot en met 6°.

De minister kan nader bepalen wat onder verblijfsgegevens moet worden verstaan.

§ 2. Naast de raadpleging van de informatiegegevens, vermeld in artikel 52, eerste lid, en artikel 53, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, moeten enerzijds de zorgkassen conform artikel 22, tweede lid, van voormeld decreet en anderzijds het agentschap conform artikel 145, § 2, derde lid, 148, § 2, derde lid, artikel 150, § 2, derde lid en artikel 152, § 2, derde lid, van voormeld decreet, in het kader van zijn toezichtsfunctie zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot de gegevens, vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

Art. 105. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging van tegemoetkomingen aan de zorgkas conform boek 3, deel 6.

Art. 106. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra dienen de documenten en gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van dit besluit te bewaren gedurende een termijn van minimaal en maximaal tien jaar, tenzij andere wetgeving die van toepassing is, een langere bewaartermijn bepaalt.

Art. 107. De gegevens, vermeld in artikel 106, worden door het agentschap bewaard tot aan het overlijden van de betreffende gebruiker.

Art. 108. De documenten, vermeld in artikel 106 en 107, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 109. Conform artikel 37, § 1, van het decreet van 18 mei 2018, moet de Zorgkassencommissie, in functie van de haar opgelegde taken, toegang krijgen tot de gegevens, vermeld in artikel 103 en 104, § 1, eerste lid, met uitzondering van gegevens betreffende de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 110. De gegevens, vermeld in artikel 50, derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de adviserend-artsen zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de volgende:

1° opnames en verblijfsgegevens;

2° indicatiestellingen, met name:

a) de score van de gebruiker op de items als vermeld in artikel 424;

b) de datum van de bijkomende attesten en verslagen als vermeld in artikel 450, 4° tot en met 6°.

Art. 111. De gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de gegevens, vermeld in artikel 110.

Deel 6. — Tegemoetkomingen

Titel 1. — *Algemeen*

Art. 112. Om aanspraak te maken op tegemoetkomingen, moet de gebruiker alle verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren hebben betaald conform de artikelen artikel 68 tot en met 72.

Art. 113. § 1. Een gebruiker die alleen wegens de leeftijdsvereiste geen premie kan betalen bij een zorgkas, kan aanspraak maken op een tegemoetkoming als hij voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 41 van het decreet van 18 mei 2018.

Een gebruiker als vermeld in het eerste lid, wordt voor de duur van de beslissing tot tegemoetkoming geacht aangesloten te zijn bij een zorgkas van zijn keuze als vermeld in artikel 41, § 1, eerste lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018. Zolang hij niet voldoet aan de leeftijdsvereiste om een premie te betalen, hoeft hij die niet te betalen.

De voorwaarde, vermeld in artikel 41, § 1, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, is niet van toepassing op een gebruiker als vermeld in het eerste lid.

§ 2. Om aanspraak te kunnen maken op de rechten, vermeld in het decreet van 18 mei 2018, moet bij een gebruiker die jonger dan 18 jaar is, minstens één ouder of de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker aangesloten zijn bij een zorgkas. Die voorwaarde geldt zodra een van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger minstens 27 jaar is.

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

Van de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, kan bij beslissing van het agentschap worden afgeweken op basis van aangetoonde behartigenswaardigheid, na advies van de administratieve beroepscommissie, vermeld in artikel 144.

Art. 114. Met behoud van de toepassing van de voorwaarden en de procedures voor de facturatie en de uitbetaling van tegemoetkomingen, kan de minister de regels bepalen voor de uitvoering van de uitbetaling.

Art. 115. De verjaringstermijn van twee jaar voor de betaling van de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 62 van het decreet van 18 mei 2018, wordt gestuit bij aangetekende brief en in de gevallen, vermeld in artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

Titel 2. — *Vrijstelling van premies*

Art. 116. De zorgkas ontvangt een bericht via het digitaal platform Vlaamse Sociale Bescherming als een gebruiker die behoefte heeft aan zorg in het kader van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming vermeld in artikel 4, eerste lid, 4° tot en met 9° van het decreet van 18 mei 2018, zijn recht op een tegemoetkoming niet kan uitoefenen wegens niet-betaalde premies.

Art. 117. De zorgkas maant de voormelde gebruiker aan tot betaling van de niet betaalde premies, gaat na of de gebruiker zich bevindt in een behartigenswaardige situatie, vermeld in 46, § 2, eerste lid van het decreet van 18 mei 2018, en beslist of de gebruiker kan worden vrijgesteld van de betaling van niet tijdig betaalde premies dan wel of de premies kunnen worden verminderd conform artikel 46 van het decreet van 18 mei 2018.

Art. 118. Het OCMW attesteert de behartigenswaardige situatie, vermeld in artikel 46, § 2, eerste lid van het decreet van 18 mei 2018, als aan een van de volgende voorwaarden is voldaan:

1° het gezinsinkomen van de gebruiker bevindt zich onder de armoederisicodrempel, vermeld in de European Union – Statistics on Income and Living Conditions;

2° de situatie wordt door het OCMW als behartigenswaardig beoordeeld om medische, sociale of financiële redenen.

Het gezinsinkomen van gebruiker wordt van rechtswege geacht zich onder de armoederisicodrempel te bevinden conform het eerste lid, 1°, als aan een van de volgende voorwaarden is voldaan:

1° de gebruiker of een lid van zijn gezin heeft recht op een leefloon als vermeld in de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;

2° de gebruiker of een lid van zijn gezin heeft recht op een inkomensvervangende tegemoetkoming als vermeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

3° de gebruiker of een lid van zijn gezin heeft recht op het minimumdagbedrag van de werkloosheidsuitkering als vermeld in het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering en het gezinsinkomen van de gebruiker bestaat alleen uit deze uitkering;

4° de gebruiker of een lid van zijn gezin heeft recht op de inkomensgarantie voor ouderen als vermeld in de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen.

Het gezinsinkomen van de gebruiker, vermeld in het eerste en tweede lid, wordt berekend conform het Koninklijk Besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 19, van de Ziekteverzekeringswet.

Het OCMW stelt aan de hand van een sociaal onderzoek vast of de gebruiker zich in een behartigenswaardige situatie bevindt, die veroorzaakt werd door medische, sociale of financiële redenen als vermeld in het eerste lid, 2°. Het OCMW motiveert het al dan niet attesteren van de situatie en bezorgt deze motivatie aan de zorgkas.

Art. 119. § 1. Tegen de beslissing van de zorgkas over de vrijstelling van de betaling van niet tijdig betaalde premies of over de vermindering van de premies conform artikel 46, § 1, van het decreet van 18 mei 2018, kan door de gebruiker administratief beroep worden aangetekend bij het agentschap binnen drie maanden na de verzending van de beslissing. Het beroepschrift is alleen ontvankelijk als het gemotiveerd is en als alle relevante stukken erbij gevoegd zijn. Het beroepschrift is opschortend.

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

§ 2. Na uitputting van de administratieve beroepsprocedure, vermeld in paragraaf 1, kan door de gebruiker beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank binnen een termijn van drie maanden na de ontvangst van de bestreden beslissing.

Art. 120. De zorgkas brengt jaarlijks verslag uit aan het agentschap over de toepassing van de behartigenswaardigheid volgens de modaliteiten die het agentschap bepaalt.

Titel 3. — *Subrogatie*

Art. 121. Voor de uitoefening van hun subrogatierecht conform artikel 75 van het decreet van 18 mei 2018, doen de zorgkassen een beroep op een externe dienstverlener.

De zorgkas geeft aan de externe dienstverlener de opdracht om het subrogatierecht uit te oefenen, met inbegrip van de gerechtelijke procedures en het afsluiten van overeenkomsten over de schadeloosstelling, in naam en voor rekening van de zorgkas. De externe dienstverlener treedt op als een goede huisvader. De Zorgkassencommissie, vermeld in artikel 33 van het decreet van 18 mei 2018, heeft de mogelijkheid om het voorstel van de externe dienstverlener over het oorzakelijk verband tussen de kosten en het ongeval enerzijds en de omvang van de schadeloosstelling anderzijds, te beoordelen in de gevallen bepaald door de minister. Bij gebrek aan een beoordeling door de Zorgkassencommissie binnen een door de minister te bepalen termijn, wordt de beoordeling geacht positief te zijn.

De minister duidt de externe dienstverleners aan en sluit samenwerkingsakkoorden met de externe dienstverleners en de zorgkassen waarbij ten minste de gegevensuitwisseling, de validatie van de omvang en het oorzakelijk verband, de rapportering en de controle worden geregeld.

Art. 122. § 1. De toekenning van de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 75, § 1 van het decreet van 18 mei 2018, is afhankelijk van de voorwaarde dat diegene die om de tegemoetkomingen verzoekt, zijn zorgkas in de mogelijkheid stelt om het in dat artikel vermelde subrogatierecht uit te oefenen. De gebruiker deelt zijn zorgkas of de externe dienstverlener de volgende informatie mee:

1° of de schade waarvoor de tegemoetkoming wordt verkregen, kan worden gedekt door het gemeen recht of door een andere Belgische of buitenlandse wetgeving;

2° alle informatie op basis waarvan kan worden uitgemaakt of de schadeloosstelling moet gebeuren krachtens het gemeen recht, een overeenkomst of een andere wetgeving, met inbegrip van eventuele gerechtelijke informatie of andere handelingen in verband met de schade;

3° elke ingestelde vordering of andere procedure om de schadeloosstelling te verkrijgen krachtens gemeen recht of een andere wetgeving.

§ 2. De in paragraaf 1 bedoelde mededeling kan gebeuren op een formulier verstrekt door het agentschap, of op een formulier gebruikt door de externe dienstverlener, vermeld in artikel 121.

Art. 123. § 1. Als de gebruiker nalaat de informatie, vermeld in artikel 122, § 1, aan zijn zorgkas of de externe dienstverlener mee te delen, dan kan de zorgkas beslissen om de tegemoetkomingen te verminderen, op te schorten of zelfs terug te vorderen van de gebruiker.

§ 2. Artikel 126 tot en met 130 en artikel 137 zijn van overeenkomstige toepassing.

De beslissing van de zorgkas, vermeld in artikel 126, bevat bovendien minstens volgende gegevens:

1° de vaststelling dat er onverschuldigde bedragen zijn betaald;

2° het bedrag van de terugvordering en de berekening ervan;

3° de mogelijkheid voor de gebruiker om bij zijn zorgkas een afbetalingsplan aan te vragen.

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

Art. 124. De zorgkassen ontvangen een percentage van de bedragen, gerecupereerd conform de bepalingen van deze titel, als werkingskosten ten behoeve van de externe dienstverlener, vermeld in artikel 121.

Het percentage, vermeld in het eerste lid, wordt vastgesteld conform artikel 3 van het koninklijk besluit van 7 oktober 1993 tot vaststelling van het percentage waarmee de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden vermeerderd in geval van terugvordering van betaalde sommen.

Titel 4. — *Terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen*

HOOFDSTUK 1. — *Terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan de gebruiker*

Art. 125. De gebruiker die ten onrechte een tegemoetkoming heeft ontvangen, is verplicht de waarde ervan terug te betalen. De waarde wordt, indien mogelijk, in mindering gebracht van toekomstige tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming die aan de gebruiker worden uitbetaald.

Art. 126. § 1. De zorgkas deelt haar beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen van of in mindering te brengen bij de gebruiker met een aangetekende brief aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee. De beslissing vermeldt minstens:

1° dat de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen in mindering kunnen worden gebracht van toekomstige tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming;

2° de mogelijkheid voor de gebruiker of zijn vertegenwoordiger om bij het agentschap een administratief beroep tegen de terugvordering of het in mindering brengen in te dienen.

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

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

Art. 127. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan met het oog op de terugbetaling van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, een afbetalingsplan aanvragen bij de zorgkas. De zorgkas beslist over dat afbetalingsplan. De zorgkas bezorgt een al of niet aangepast afbetalingsplan aan de gebruiker of deelt aan de gebruiker mee dat het afbetalingsplan niet aanvaard kan worden.

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

Art. 128. De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen worden bij dwangbevel ingevorderd als:

1° de gebruiker, als er geen afbetalingsplan van de zorgkas is, het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet heeft terugbetaald binnen de drie maanden na de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 126, § 1;

2° de gebruiker het afbetalingsplan van de zorgkas niet strikt opvolgt;

3° de zorgkas de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet in mindering kan brengen van toekomstige tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming.

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

Art. 129. § 1. Aan de terugvordering van tegemoetkomingen, ten onrechte uitbetaald aan de gebruiker, wordt verzaakt als de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming enkel het gevolg is van een vergissing van de zorgkas of van een administratieve dienst of instelling, waarvan de gebruiker zich normaal geen rekenschap kan geven en waarvan de zorgkas geen melding aan de gebruiker heeft gemaakt binnen de twee maanden.

De zorgkas kan op eigen initiatief verzaken aan de terugvordering van tegemoetkomingen als het gaat om kleine bedragen.

De zorgkas verzaakt ambtshalve aan de terugvordering van tegemoetkomingen, ten onrechte uitbetaald aan de gebruiker, bij het overlijden van de gebruiker.

Als de gebruiker ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood heeft en hij in een woonzorgcentrum of in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijft, brengt de zorgkas de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen in mindering van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Tegelijk verzaakt de zorgkas ambtshalve aan de terugvordering van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen die niet in mindering worden gebracht van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

§ 2. In afwijking van artikel 128, tweede lid en van paragraaf 1, wordt er niet verzaakt:

1° in geval van bedrog of arglist;

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

Art. 130. § 1. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing tot terugvordering of het in mindering brengen conform artikel 125 van dit besluit, een administratief beroep als vermeld in artikel 76, § 5, van het decreet van 18 mei 2018 aantekenen bij het agentschap.

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

Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor het verstrijken van de termijn van drie maanden een administratief beroep als vermeld in het eerste lid, heeft aangetekend, wordt de terugvordering opgeschort tot de leidend ambtenaar over het administratief beroep uitspraak heeft gedaan.

Als het administratief beroep wordt aangetekend na de termijn van drie maanden, wordt het administratief beroep onontvankelijk verklaard. De termijn van drie maanden begint te lopen vanaf de dag van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 126, § 1.

§ 2. De leidend ambtenaar beslist over het administratief beroep na het advies van de administratieve beroepscommissie, vermeld in artikel 144, en met toepassing van de bepalingen van artikel 145, § 3, en artikel 146. De leidend ambtenaar heeft de mogelijkheid om de terugbetaling van de bedragen te verzaken of ze te beperken als het gezinsinkomen van de gebruiker ofwel zich door de toepassing van de terugvordering onder de armoederisicodrempel, vermeld in de European Union - Statistics on Income and Living Conditions, bevindt conform artikel 118, ofwel uitzonderlijke kosten ten gevolge van zijn verminderde zelfredzaamheid heeft.

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

§ 3. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor het verstrijken van de termijn van drie maanden, vermeld in artikel 76, § 5, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, bij de arbeidsrechtbank beroep aangetekend heeft tegen de beslissing na administratief beroep, wordt de terugvordering opnieuw opgeschort tot de gerechtelijke uitspraak definitief is geworden.

Art. 131. De zorgkas is financieel verantwoordelijk voor de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen aan de gebruiker, die het gevolg zijn van een fout van de zorgkas waarvan de gebruiker zich geen rekenschap kon geven en waarvan de zorgkas geen melding aan de gebruiker heeft gemaakt binnen de twee maanden. In geval van betwisting oordeelt het agentschap.

De zorgkas is financieel verantwoordelijk voor de verzaking aan de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen conform artikel 129, § 1, tweede lid.

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

HOOFDSTUK 2. — *Terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan zorgvoorzieningen of verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 132. Als zorgtickets of tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen ten onrechte uitbetaald zijn aan een zorgvoorziening of aan een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen via een trekkingsrecht, wordt de tegemoetkoming teruggevorderd van of in mindering gebracht bij de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie.

Als een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de zorgtickets of de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen voor eigen rekening heeft geïnd, is die samen met de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan.

Art. 133. § 1. De beslissing van de zorgkas om tegemoetkomingen in mindering te brengen conform artikel 132, wordt gemeld aan de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie.

§ 2. Als het in mindering brengen van ten onrechte uitbetaalde zorgtickets of tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen onmogelijk is, deelt de zorgkas haar beslissing om de tegemoetkomingen terug te vorderen als vermeld in artikel 132 met een aangetekende brief mee aan de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie.

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

§ 3. De zorgkas kan voor de verzending van de aangetekende brief, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, een brief naar de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen sturen. Als de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen niet binnen een maand op de brief reageert, verstuurt de zorgkas een aangetekende brief als vermeld in paragraaf 2, eerste lid.

Art. 134. De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen worden bij dwangbevel ingevorderd als:

1° de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde zorgtickets of tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen niet heeft terugbetaald binnen de drie maanden na de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 133, § 2;

2° de zorgkas de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet in mindering kan brengen van toekomstige tegemoetkomingen van de Vlaamse sociale bescherming.

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

In afwijking van het tweede lid, wordt er niet verzaakt in geval van bedrog of arglist.

Art. 135. Een zorgvoorziening of verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan tegen de beslissing tot terugvordering conform artikel 132, beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank.

Als de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen voor het verstrijken van de termijn van drie maanden beroep als vermeld in het eerste lid, heeft aangetekend, wordt de terugvordering opgeschort tot de gerechtelijke uitspraak definitief is geworden.

Art. 136. Het agentschap is financieel verantwoordelijk voor ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen die niet teruggevorderd kunnen worden bij de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of in mindering gebracht kunnen worden van een tegemoetkoming van de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

HOOFDSTUK 3. — *Gemeenschappelijke bepaling met betrekking tot de hoofdstukken 1 en 2*

Art. 137. De zorgkas waarvan de gebruiker lid is op het moment van de prestatie die tot de terugvordering heeft geleid, vordert de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug. Als de gebruiker nadien van zorgkas verandert, blijft de zorgkas waarvan de gebruiker lid was op het moment van de prestatie die tot de terugvordering heeft geleid, met de terugvordering van de nog niet geïnde tegemoetkomingen belast.

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

Boek 2. Zorggebonden financiering

Deel 1. — Zorgbudget

Titel 1. — *Algemeen*

HOOFDSTUK 1. — *Automatische toekenning en uitbetaling tegemoetkomingen*

Art. 138. De tegemoetkomingen worden automatisch toegekend als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

1° de gebruiker heeft een attest als vermeld in artikel 151 of 233;

2° de zorgkas verkrijgt het attest via de bestandsmatige gegevens van het agentschap.

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

Art. 139. De tegemoetkoming wordt uitbetaald uiterlijk voor het einde van de maand waarop ze betrekking heeft.

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

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

De minister bepaalt de modaliteiten van de betaling.

Art. 140. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, het basisondersteuningsbudget en het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood zijn onderling cumuleerbaar.

HOOFDSTUK 2. — *Wijziging in de toestand of de zorg*

Art. 141. Om aanspraak te blijven maken op een tegemoetkoming, moet een gebruiker elke wijziging in de toestand of de zorg met een impact op de tegemoetkoming onmiddellijk aan de zorgkas meedelen.

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

1° het gaat om wijzigingen van de informatiegegevens, vermeld in artikel 3, eerste lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, op voorwaarde dat die wijziging meegedeeld is aan de zorgkas;

2° het een gegeven betreft dat al is meegedeeld aan een andere overheid in het kader van de daar geldende reglementering en als de minister dat gegeven heeft opgenomen in een specifiek daarvoor opgestelde lijst.

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

HOOFDSTUK 3. — *Schorsing van tegemoetkomingen bij detentie of opname*

Art. 142. De zorgbudgetten worden geschorst voor de periode waarin een gebruiker opgesloten is in een gevangenis of opgenomen is in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 61 van het decreet van 18 mei 2018.

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

HOOFDSTUK 4. — *Administratief beroep*

Art. 143. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan bij het agentschap administratief beroep aantekenen tegen elke beslissing van de zorgkas over een zorgbudget, binnen drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

In afwijking van het eerste lid kan geen beroepschrift worden ingediend tegen de weigering van de erkenning van de handicap of de beslissing dat er geen duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning is, in geval van automatische toekenning van een basisondersteuningsbudget op basis van attesten.

Art. 144. § 1. De beroepschriften worden voor advies voorgelegd aan een door de minister samen te stellen administratieve beroepscommissie. De minister kan bij de administratieve beroepscommissie kamers instellen.

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

1° doctor in de geneeskunde;

2° bachelor in de verpleegkunde;

3° bachelor of master in het sociaal werk of gelijkgesteld door ervaring.

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

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

Een kamer van de administratieve beroepscommissie is gemachtigd de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid van een gebruiker vast te stellen.

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

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

Art. 145. § 1. Het beroepschrift is ontvankelijk als het aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° het is gemotiveerd;

2° alle relevante stukken zijn erbij gevoegd;

3° het beroepschrift is binnen de vastgestelde termijn aan het agentschap bezorgd.

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

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

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

§ 2. Als het administratief beroep onontvankelijk is, stuurt het agentschap de beslissing naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. Het dossier wordt dan niet meegedeeld aan de administratieve beroepscommissie.

§ 3. Als het administratief beroep ontvankelijk is, bezorgt het agentschap het beroepschrift binnen vijftien dagen na ontvangst aan de administratieve beroepscommissie. Binnen dezelfde termijn deelt het agentschap aan de zorgkas mee dat een ontvankelijk beroep is ingediend. De zorgkas kan vragen om gehoord te worden.

Art. 146. Een kamer van de administratieve beroepscommissie verleent haar gemotiveerd advies aan het agentschap binnen de drie maanden na de ontvangst van het beroepschrift.

Als de administratieve beroepscommissie oordeelt op basis van de motivering van het administratief beroep dat een bijkomende indicatiestelling wenselijk is, kan een bijkomende indicatiestelling worden uitgevoerd door een willekeurig gekozen gemachtigde indicatiesteller die nog niet eerder bij het dossier betrokken was. Die nieuwe indicatiestelling vervangt het gemotiveerde advies van de beroepscommissie als vermeld in het eerste lid.

De leidend ambtenaar neemt een beslissing binnen een maand nadat hij het advies of desgevallend de nieuwe indicatiestelling heeft ontvangen.

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

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

Titel 2. — *Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 147. Titel 2 is van toepassing op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, vermeld in artikel 4, eerste lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018.

HOOFDSTUK 2. — *Voorwaarden*

Afdeling 1. — Verblijfsvoorwaarden: residentiële zorg of mantel- en thuiszorg

Art. 148. Om aanspraak te kunnen maken op een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg als vermeld in artikel 149, moet de gebruiker in een van de volgende zorgvoorzieningen verblijven:

1° in een door de Vlaamse Regering erkende of in een daarmee gelijkgestelde residentiële zorgvoorziening als vermeld in artikel 79, eerste lid, 2°, van het decreet van 18 mei 2018;

2° in een zorgvoorziening die een aanvraag tot erkenning als residentiële zorgvoorziening bij de Vlaamse Gemeenschap heeft ingediend.

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

Om aanspraak te blijven maken op een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg, moet een persoon aan de volgende voorwaarden voldoen:

1° hij heeft een verblijfsovereenkomst met de zorgvoorziening bij verblijf in een woonzorgcentrum;

2° hij is opgenomen in een psychiatrisch verzorgingstehuis en is niet langer dan een volledige kalendermaand afwezig.

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

De minister bepaalt de nadere regels voor de voorwaarden voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg, vermeld in het eerste tot en met het vierde lid.

Art. 149. De volgende instellingen worden beschouwd als erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële zorgvoorzieningen:

1° de woonzorgcentra, behalve wat betreft de personen van wie het zelfzorgvermogen niet is aangetast en die conform artikel 53/1 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 zijn opgenomen buiten de erkende capaciteit;

2° de psychiatrische verzorgingstehuizen;

3° de in België maar niet in het Nederlandse taalgebied gevestigde zorgvoorzieningen, die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbieden als de zorgvoorzieningen, vermeld in punt 1° en 2°, en die hun activiteiten op rechtmatige wijze verrichten;

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

Art. 150. Om aanspraak te kunnen maken en te blijven maken op een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg mag een gebruiker op de datum van de aanvraag niet verblijven in een ziekenhuis, tenzij de indicatiestelling plaatsvindt op een ogenblik waarop een gebruiker in het thuismilieu verblijft. Deze voorwaarde vervalt in het geval van een herziening of verlenging.

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

Afdeling 2. — Voorwaarde voor langdurige ernstige verminderde zelfredzaamheid

Art. 151. § 1. Met een attest kan een gebruiker in aanmerking genomen worden voor een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg als aan een van de volgende criteria is voldaan:

1° minstens score 13 op de BelRAI screener, of minstens 6 punten op de som van de modules IADL en ADL van de BelRAI screener afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

2° minstens score 35 op de BEL-profielschaal, afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

3° minstens score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;

4° minstens score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkomingen, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden of het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;

5° bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3;

6° minstens score C op de Katzschaal in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf;

7° een kine-E-attest bij een verlenging op het moment dat een gebruiker minstens ononderbroken en gedurende drie jaar over een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg beschikt op basis van een indicatiestelling met de BEL-profielschaal. Een dergelijke positieve beslissing tot verlenging kan ook met een kine-E-attest telkens opnieuw verlengd worden.

In het eerste lid wordt onder kine-E-attest verstaan: het attest in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, vermeld in het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, van de Ziekteverzekeringswet.

Voor de toepassing van het eerste lid, wordt verstaan onder:

1° dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg: de dienst, vermeld in artikel 5 van het Woonzorgdecreet, en erkend met toepassing van het voormelde decreet;

2° dienst voor logistieke hulp: de dienst, vermeld in artikel 8 van het Woonzorgdecreet, en erkend met toepassing van het voormelde decreet.

§ 2. Om een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg te verkrijgen, bewijst een verblijfsattest dat een gebruiker getroffen is door een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid.

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

1° een attest van de zorgvoorziening waarop minstens de datum van opname wordt vermeld;

2° een attest op basis van een score op de Katz-schaal in een woonzorgcentrum.

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

Art. 152. Bij gebrek aan het attest, vermeld in artikel 151, toont een indicatiestelling de graad van de verminderde zelfredzaamheid om een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg te verkrijgen, bij gebruikers die ouder zijn dan vijf jaar.

Art. 153. Bij een indicatiestelling kan een gebruiker in aanmerking genomen worden voor een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg als aan een van de volgende criteria is voldaan:

1° minstens 35 punten op de BEL-profielschaal, als een gebruiker achttien jaar of ouder is;

2° minstens 10 punten op het blok lichamelijke A.D.L. van de BEL-profielschaal als een gebruiker tussen vijf en achttien jaar oud is;

3° als een gebruiker achttien jaar of ouder is, minstens 13 punten op de BelRAI screener, of minstens 6 punten op de som van de modules IADL en ADL van de BelRAI screener.

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

1° een opleiding over het uitvoeren van evaluaties met de BelRAI-screener gevolgd heeft bij een instantie die aantoonbaar over die expertise beschikt;

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

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

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

Art. 154. De volgende zorgvoorzieningen zijn voor onbepaalde duur van rechtswege gemachtigd als gemachtigde indicatiesteller:

1° de welzijnsverenigingen, vermeld in artikel 475 van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur, en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

2° de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in artikel 5 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

3° de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, vermeld in artikel 14 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

Art. 155. Een indicatiestelling die uitgevoerd wordt binnen een jaar na een eerdere indicatiestelling die niet voldoet aan de criteria, vermeld in artikel 153, eerste lid, 1°, 2° of 3°, geldt niet als bewijs voor een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid.

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

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

Art. 156. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kiest een gemachtigde indicatiesteller. De indicatiestellingen worden met de BEL-profielschaal of de BelRAI-screener uitgevoerd door de personen die in de zorgvoorzieningen werken, die als gemachtigde indicatiestellers optreden.

De persoon die de indicatiestelling uitvoert met de BEL-profielschaal, heeft een van de volgende diploma's:

1° bachelor in het studiegebied gezondheidszorg;

2° bachelor in het studiegebied sociaal-agogisch werk;

3° bachelor in de gezinswetenschappen;

4° een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming gelijkgesteld is met een diploma, als vermeld in punt 1°, 2° of 3°.

De persoon die de indicatiestelling uitvoert met de BelRAI-screener, heeft een van de opleidingen gevolgd als vermeld in artikel 153, tweede lid.

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

Art. 157. Bij een gebruiker die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die niet over een attest beschikt, wordt de indicatiestelling uitgevoerd conform artikel 156.

Art. 158. Voor de gebruiker, vermeld in artikel 157, stelt het agentschap het formulier "beschrijvend verslag" ter beschikking. Dat beschrijvend verslag wordt ingevuld door een erkende arts in het woonland. De indicatiestelling vindt plaats op basis van het ingevulde beschrijvende verslag.

Art. 159. De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de indicatiestelling.

HOOFDSTUK 3. — *Automatische toekenning en aanvraag*

Art. 160. Bij gebrek aan een automatische toekenning als vermeld in artikel 138, eerste lid, dient de gebruiker een aanvraag van een tegemoetkoming in bij de zorgkas waarbij hij aangesloten is. Daarvoor vult hij het aanvraagformulier in dat het agentschap ter beschikking stelt. Een gebruiker ondertekent het formulier en de zorgkas dateert het aanvraagformulier.

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

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

Art. 161. De personen, vermeld in artikel 3, § 2, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, kunnen een aanvraag voor tegemoetkoming met terugwerkende kracht indienen tot op zijn vroegst de dag waarop zij zich hadden moeten of kunnen aansluiten. De voorwaarde daarvoor is dat een gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag bij de zorgkas indient uiterlijk op 31 december van het tweede jaar na de datum waarop het agentschap het bestand heeft ontvangen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin een persoon voor het eerst opgenomen is.

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

HOOFDSTUK 4. — *Beslissing over de tegemoetkoming*

Afdeling 1. — Nemen van de beslissing

Art. 162. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan daartegen bij het agentschap conform de bepalingen van artikel 143 tot en met artikel 146, een beroepschrift indienen, binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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

Art. 163. Als een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen zestig dagen bij gebrek aan bewijs van een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid, brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger daarvan schriftelijk op de hoogte.

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

Art. 164. De termijnen waarbinnen een zorgkas moet beslissen, vermeld in artikel 80, § 1, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, en in artikel 163, tweede lid, zijn bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, niet van toepassing.

Art. 165. In afwijking van artikel 83, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018 is er geen carenztijd en gaat de uitvoering van de tegemoetkoming op zijn vroegste in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt, als de gebruiker vóór de eerste dag van de vierde maand die volgt op de datum waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt, recht heeft op de forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 mei 2008 en 12 februari 2009.

Art. 166. De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissing over de tegemoetkoming, vermeld in artikel 162 en 163.

Afdeling 2. — Geldigheidsduur

Art. 167. § 1. De zorgkas beslist over de duur van de geldigheid van een positieve beslissing.

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

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

1° in geval van minstens een B-score op de Katz-schaal in de thuisverpleging bedraagt de geldigheidsduur van de beslissing zes maanden;

2° in geval van een attest op basis van de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming en het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, loopt de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden. Als het attest van onbepaalde duur is, geldt de positieve beslissing ook voor onbepaalde duur;

3° in geval van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag loopt de geldigheidsduur van de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en loopt maximaal tot het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt. De tegemoetkomingen worden verder uitgevoerd na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft, als aangetoond wordt dat voor de gebruiker een aanvraag van een integratietegemoetkoming ingediend is. Het bewijs daarvan is een kopie van de aanvraag van een integratietegemoetkoming. Als de aanvraag voor een integratietegemoetkoming niet leidt tot een attest dat de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen bewijst met het oog op een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg, vordert de zorgkas de onterecht uitbetaalde tegemoetkomingen terug, als die uitgevoerd zijn na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft;

4° in geval van een indicatiestelling als vermeld in artikel 152, met een duur van de langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid van minstens 36 maanden, geldt de beslissing voor onbepaalde duur, als de persoon op het moment van de indicatiestelling minstens 80 jaar oud is.

§ 3. Een positieve beslissing voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg geldt voor onbepaalde duur.

Afdeling 3. — Herziening

Art. 168. Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder ogenblik een herziening van de positieve beslissing over de tegemoetkoming te vragen aan de zorgkas. De procedure voor de aanvraag van een tegemoetkoming is van overeenkomstige toepassing.

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

De minister bepaalt de nadere regels voor de herziening.

Afdeling 4. — Verlenging

Art. 169. De zorgkas verwittigt een gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk voor het einde van de geldigheidsduur van de beslissing tot tegemoetkoming, vermeld in artikel 167, § 2, dat de gebruiker de verlenging van de beslissing moet aanvragen, of de zorgkas brengt de gebruiker op de hoogte van een beslissing tot verlenging voor het einde van de geldigheidsduur van de beslissing.

Art. 170. De verlenging wordt automatisch toegekend als voldaan is aan de voorwaarden, vermeld in artikel 151.

Art. 171. § 1. Bij gebrek aan een automatische toekenning van de verlenging als vermeld in artikel 170, wordt de aanvraag tot verlenging van een beslissing die eerder op basis van een indicatiestelling is genomen, ingediend bij de zorgkas met een attest, een indicatiestelling of een aanvraagformulier.

§ 2. Als de automatische toekenning van de verlenging, vermeld in artikel 170, of de aanvraag tot verlenging, vermeld in paragraaf 1, is ingediend nadat de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken, kan de beslissing niet verlengd worden.

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

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

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

Art. 172. § 1. De aanvraag tot verlenging van een beslissing die eerder op basis van een attest is genomen, wordt ingediend bij de zorgkas met een attest of een indicatiestelling.

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

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

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

Art. 173. De positieve beslissing tot verlenging, vermeld in artikel 170, 171 en 172, treedt in werking op de eerste dag van de maand na de maand waarin de geldigheidsduur van de vorige beslissing is verstreken. Na afloop van de vorige beslissing worden er geen tegemoetkomingen uitbetaald, zolang de zorgkas geen positieve beslissing tot verlenging heeft genomen.

De termijnen waarin een zorgkas over de verlenging moet beslissen, vermeld in artikel 171 en 172, zijn bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, niet van toepassing.

De termijnen, vermeld in artikel 171 en 172, gelden niet voor een verlenging van de beslissing op basis van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag.

Art. 174. De minister bepaalt de nadere regels voor de verlenging.

Afdeling 5. — Stopzetting

Art. 175. De zorgkas zet een beslissing stop als een gebruiker niet meer aan de voorwaarden voldoet.

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

1° een gebruiker met een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg niet meer aan de verblijfsvoorwaarden, vermeld in artikel 151, paragraaf 2 van dit besluit, voldoet;

2° een gebruiker niet meer aan de voorwaarden van administratieve aard, vermeld in artikel 41 van het decreet van 18 mei 2018 voldoet;

3° de zorgkas de beslissing tot stopzetting neemt, als een gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg niet meer voldoet aan de voorwaarde van langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid, vermeld in artikel 78 van het decreet van 18 mei 2018.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing conform de bepalingen van artikel 143 tot en met 146 een administratief beroep aantekenen bij het agentschap binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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

Afdeling 6. — Verandering van zorgvorm

Art. 176. Een gebruiker die een tegemoetkoming krijgt en wil veranderen van zorgvorm, deelt dat zelf of via zijn vertegenwoordiger schriftelijk mee aan de zorgkas. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De zorgkas beslist conform artikel 167 over de duur en de geldigheid van de beslissing.

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

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

Art. 177. Als een aanvraag van de verandering van zorgvorm in residentiële zorg wordt ingediend voor er een beslissing is genomen over een voorafgaande aanvraag van mantel- en thuiszorg, dan kunnen beide aanvragen aanvaard worden. De voorwaarde is dat de betrokkene voor de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag van mantel- en thuiszorg wordt opgenomen in een residentiële zorgvoorziening met minimaal een B-forfait op de Katz-schaal in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf.

Art. 178. Als een gebruiker, bij de verandering van mantel- en thuiszorg in residentiële zorg, tijdens de eerste volle maand van zijn verblijf in de residentiële zorgvoorziening overlijdt, wordt het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg voor de maand van overlijden alsnog uitbetaald.

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

Art. 179. De minister bepaalt de nadere regels voor de verandering van zorgvorm.

Afdeling 7. — Uitvoering van de tegemoetkomingen

Art. 180. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg en het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg zijn niet cumuleerbaar.

Art. 181. Retroactieve tegemoetkomingen als vermeld in artikel 60 van het decreet van 18 mei 2018 worden uitgevoerd onder de volgende voorwaarden:

1° retroactieve tegemoetkomingen zijn beperkt tot maximaal zes maanden;

2° de eerste maand retroactieve tegemoetkoming wordt niet uitgevoerd.

Er is sprake van retroactieve tegemoetkomingen als de aanvraagdatum in een maand valt die volgt op de datum van het recht op de opening van een tegemoetkoming, vermeld in artikel 83, eerste lid, 1° en 2°, van het decreet van 18 mei 2018.

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

Art. 182. De tegemoetkoming wordt geschorst, als de gebruiker aan één van de volgende voorwaarden voldoet:

1° hij beschikt over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in het decreet houdende de persoonsvolgende financiering;

2° hij doet een beroep op een persoonlijke assistentiebudget;

3° hij verblijft volgens het protocol van verblijf voltijds in een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap, erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

4° hij is ingeschreven in een internaat of een internaat met permanente openstelling van een medisch pedagogisch instituut van het Gemeenschapsonderwijs;

5° hij verblijft in een residentiële gehandicaptenvoorziening die in België door een andere overheid dan de Vlaamse overheid erkend is;

6° hij verblijft in een niet in België gevestigde residentiële gehandicaptenvoorziening die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbiedt als een voorziening als vermeld in punt 5°.

Art. 183. De tegemoetkomingen worden geschorst conform artikel 182 vanaf de eerste dag van de maand na de start van het budget, de inschrijving of het verblijf, vermeld in het eerste lid, tot het einde van de maand van het budget, de inschrijving of het verblijf, als de melding aan de zorgkas voor of op de startdatum van het budget wordt gedaan.

Art. 184. Als de melding aan de zorgkas van de start van het budget, de inschrijving of het verblijf, vermeld in artikel 182, na de startdatum wordt gedaan, schorst de zorgkas de tegemoetkomingen vanaf de eerste dag van de maand van de melding.

Art. 185. In afwijking van artikel 182, 3° en 4°, en tot zolang hij niet beschikt over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 182, 1°, kan de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg gedurende één maand uitgevoerd worden als de betrokkene aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° hij is gedurende meer dan dertig dagen uit de zorgvoorziening afwezig in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus;

2° hij had recht op de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg op 31 augustus.

In afwijking van artikel 182, 3° en 4°, en tot zolang hij niet beschikt over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 182, 1°, kan de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg gedurende twee maanden uitgevoerd worden als de betrokkene aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° hij is gedurende meer dan honderd dagen uit de zorgvoorziening afwezig in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus;

2° hij had recht op de tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg op 31 augustus.

Art. 186. De minister bepaalt de nadere regels voor de cumulatie van de tegemoetkomingen.

HOOFDSTUK 5. — *Controle op de indicatiestelling*

Art. 187. Een controleorgaan kan bij een gebruiker met een positieve beslissing voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg de graad van zorgbehoevendheid controleren.

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

De minister stelt het controleorgaan aan.

Art. 188. Voor de personen die de controles uitvoeren, gelden dezelfde diplomavereisten als voor de personen die de indicatiestellingen uitvoeren.

Art. 189. Het controleorgaan bezorgt het resultaat van de indicatiestelling onmiddellijk aan de zorgkas en aan een gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Art. 190. § 1. De zorgkas neemt een beslissing op basis van de indicatiestelling, vermeld in artikel 189.

De bepalingen over het nemen van een beslissing door de zorgkas, vermeld in artikel 162 en 167, zijn van overeenkomstige toepassing.

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

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

Een gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing een administratief beroep aantekenen bij het agentschap conform de bepalingen van artikel 143 tot en met 146, binnen de drie maanden na de verzending van de beslissing door de zorgkas.

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

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

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

Art. 191. De minister bepaalt de nadere regels voor de uitvoering van de controle, vermeld in artikel 187.

Titel 3. — *Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 192. Titel 3 is van toepassing op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, vermeld in artikel 4, eerste lid, 2°, van het decreet van 18 mei 2018.

HOOFDSTUK 2. — *Voorwaarden*

Afdeling 1. — Verminderde zelfredzaamheid

Art. 193. § 1. De verminderde zelfredzaamheid wordt gemeten aan de hand van de medisch-sociale schaal en de handleiding daarbij, gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 juli 1987 tot vaststelling van de categorieën en van de handleiding voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, en volgens welke rekening wordt gehouden met de volgende factoren:

1° verplaatsingsmogelijkheden;

2° mogelijkheden om zijn voedsel te nuttigen of te bereiden;

3° mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden;

4° mogelijkheid om zijn woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten;

5° mogelijkheid om te leven zonder toezicht, bewust te zijn van gevaar en gevaar te kunnen vermijden;

6° mogelijkheid tot communicatie en sociaal contact.

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

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

1° geen moeilijkheden, geen bijzondere inspanning en geen bijzondere hulpmiddelen: 0 punten;

2° beperkte moeilijkheden of beperkte bijkomende inspanning of beperkt beroep op bijzondere hulpmiddelen: 1 punt;

3° grote moeilijkheden of een grote bijkomende inspanning of uitgebreid beroep op bijzondere hulpmiddelen: 2 punten;

4° onmogelijk zonder hulp van derden, zonder opvang in een aangepaste zorgvoorziening of zonder volledig aangepaste omgeving: 3 punten.

De toegekende punten worden samengeteld en naar gelang van dat totaal behoort de persoon met een verminderde zelfredzaamheid tot een van de categorieën als vermeld in artikel 86 van het decreet van 18 mei 2018.

Afdeling 2. — Inkomen en gezinssamenstelling

Art. 194. § 1. Voor de persoon met een verminderde zelfredzaamheid die behoort tot de categorie A, wordt een bedrag van 14.149,83 euro van het inkomen niet in aanmerking genomen. Voor de persoon met een verminderde zelfredzaamheid die behoort tot de categorie B, wordt een bedrag van 17.681,40 euro van het gezinsinkomen niet in aanmerking genomen.

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

Voor de toepassing van het eerste lid worden de geldende bedragen genomen op de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 211 of 223, of op de eerste dag van de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot ambtshalve herziening, vermeld in artikel 225 en 226.

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

1° de categorie A: de personen met een verminderde zelfredzaamheid die niet behoren tot de categorie B;

2° de categorie B: de personen met een verminderde zelfredzaamheid die zich in een van de volgende gevallen bevinden:

a) ze vormen een gezin, met uitzondering van de personen die in een religieuze gemeenschap leven;

b) ze hebben een of meer kinderen ten laste.

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

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

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

Als een van de leden van het gezin opgesloten is in een gevangenis of opgenomen is in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 61 van het decreet van 18 mei 2018, dan houdt het gezin op te bestaan.

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

1° voor wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt kinderbijslag ontvangt;

2° voor wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt onderhoudsgeld ontvangt, zoals vastgesteld bij een vonnis of bepaald in een overeenkomst in het kader van een procedure tot echtscheiding met onderlinge toestemming;

3° voor wie de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt onderhoudsgeld betaalt, zoals vastgesteld bij een vonnis of bepaald in een overeenkomst in het kader van een procedure tot echtscheiding met onderlinge toestemming;

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

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

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

Art. 195. § 1. De tegemoetkoming wordt toegekend op basis van het resultaat van een onderzoek naar het inkomen. Met behoud van de toepassing van paragraaf 2, worden alle inkomsten, ongeacht de aard of de oorsprong ervan, waarover de persoon met een verminderde zelfredzaamheid en eventueel de persoon met wie hij een gezin vormt, beschikt, in aanmerking genomen.

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

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

1° de gezinsbijslagen;

2° de onderhoudsgelden tussen ascendenten en descendenten;

3° de frontstrepen- en gevangenschapsrenten, en evenmin met de renten die verbonden zijn aan een nationale orde op grond van een oorlogsfeit;

4° de volgende tegemoetkomingen aan personen met een handicap die toegekend zijn aan de persoon met wie de persoon met een verminderde zelfredzaamheid een gezin vormt:

a) een integratietegemoetkoming of een inkomensvervangende tegemoetkoming als vermeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

b) een gewone tegemoetkoming of een bijzondere tegemoetkoming krachtens de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;

c) een tegemoetkoming voor hulp aan derden, overeenkomstig artikel 2 van de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;

d) een aanvullende tegemoetkoming of een tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgde inkomen voor bejaarden;

5° het vakantiegeld en het aanvullende vakantiegeld dat betaald wordt ten laste van de pensioenregeling voor de werknemers, de bijzondere bijslag die betaald wordt ten laste van de pensioenregeling van zelfstandigen, en evenmin met het vakantiegeld ten laste van de pensioenregeling van de openbare sector;

6° de vergoedingen die in het kader van de plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen toegekend worden aan de persoon met wie de persoon met een verminderde zelfredzaamheid een gezin vormt;

7° het deel van het pensioen dat overeenstemt met het bedrag van het aan de echtgenoot of ex-echtgenoot betaalde onderhoudsgeld door de van tafel en bed gescheiden, de feitelijk of uit de echt gescheiden persoon met een verminderde zelfredzaamheid die een pensioen krijgt, als de verplichting tot het betalen van het onderhoudsgeld bij gerechtelijke beslissing is vastgesteld;

8° de vergoedingen die door de Duitse overheid bij wijze van schadeloosstelling worden betaald voor de gevangenhouding tijdens de Tweede Wereldoorlog;

9° de vergoedingen die worden toegekend met toepassing van de artikelen 10 en 11 van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers, voor zover die vergoedingen voldoen aan de voorwaarden vermeld in artikel 10, eerste en derde lid, en artikel 11 van voormelde wet;

10° de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

§ 3. Voor de toepassing van dit artikel zijn de in aanmerking te nemen inkomsten de inkomsten waarop de gebruiker recht heeft op de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 211 of 223, of op de eerste dag van de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot de ambtshalve herziening, vermeld in artikel 225 en 226. Om die inkomsten het bedrag van de tegemoetkoming af te trekken, worden de bedragen van de inkomsten, vermeld in dit artikel, berekend op jaarbasis.

Art. 196. § 1. In dit artikel wordt onder referentiejaar verstaan: het jaar-2, dat is het tweede kalenderjaar dat voorafgaat aan:

1° de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 211 of 223;

2° de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot de ambtshalve herziening, vermeld in artikel 225 en 226.

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

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

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

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

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

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

§ 6. Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, op de datum, vermeld in paragraaf 1, 1° of 2°, een vervangingsinkomen, met uitzondering van de pensioeninkomens, vermeld in artikel 197, heeft, wordt bij de berekening van het inkomen rekening gehouden met het bedrag van het referentiejaar. Het belastbare bedrag wordt in rekening genomen.

§ 7. Het inkomen dat voortkomt uit een bedrijfsafstand wordt aangerekend met toepassing van de artikel 205 tot en met 210.

Art. 197. Voor de berekening van het inkomen, wordt een bedrag dat gelijk is aan 90% van de pensioenen toegekend, aan de gebruiker of aan de persoon met wie hij een gezin vormt, in aanmerking genomen. De bedrijfsvoorheffing, de bijdrage voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de solidariteitsbijdrage worden niet tot het pensioen gerekend.

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

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

1° terugvordering van een onverschuldigde betaling;

2° schorsing ten titel van sanctie.

Art. 198. Voor de berekening van het inkomen wordt van het totale kadastraal inkomen van de bebouwde onroerende goederen, die de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, in volle eigendom of in vruchtgebruik bezitten, een bedrag van 1500 euro afgetrokken. Dat bedrag wordt verhoogd met 250 euro voor elk kind ten laste.

Art. 199. Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, alleen de volle eigendom of het vruchtgebruik bezitten van onbebouwde onroerende goederen, wordt voor de berekening van het inkomen, rekening gehouden met het bedrag van de kadastrale inkomens van die goederen, verminderd met 60 euro.

Art. 200. Bij de berekening van het inkomen, wordt rekening gehouden met:

1° voor de bebouwde onroerende goederen: het bedrag van het niet vrijgestelde kadastraal inkomen vermenigvuldigd met 3;

2° voor de onbebouwde onroerende goederen: het bedrag van het niet vrijgestelde kadastraal inkomen vermenigvuldigd met 9.

Art. 201. De onroerende goederen in het buitenland worden in aanmerking genomen overeenkomstig de bepalingen die toepasselijk zijn op de gelegen onroerende goederen in België.

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

Art. 202. Het kadastraal inkomen van een gedeelte van een onroerend goed is gelijk aan het kadastraal inkomen van het onroerend goed vermenigvuldigd met de breuk die het gedeelte van dat onroerend goed vertegenwoordigt.

Als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, de hoedanigheid van eigenaar of van vruchtgebruiker in onverdeeldheid heeft, wordt vooraleer de artikelen artikel 198 tot en met 202 worden toegepast, het kadastraal inkomen vermenigvuldigd met de breuk die de belangrijkheid uitdrukt van de rechten, in volle eigendom of in vruchtgebruik, van de gebruiker of van de persoon met wie hij een gezin vormt.

Art. 203. Als het onroerend goed met een hypotheek bezwaard is, mag het bedrag dat in aanmerking genomen is voor de vaststelling van het inkomen, verminderd worden met het jaarlijkse bedrag van de hypothecaire intresten, op voorwaarde dat:

1° de schuld door de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, voor eigen behoeften is aangegaan en de bestemming die aan het geleende kapitaal is gegeven, wordt bewezen;

2° het bewijs wordt geleverd dat de hypothecaire intresten eisbaar waren en werkelijk zijn betaald voor het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming.

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

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

Art. 204. Voor de al dan niet belegde roerende kapitalen wordt rekening gehouden met een som die gelijk is aan 6% van de kapitalen.

Art. 205. Er wordt rekening gehouden met 6% van de verkoopwaarde van de goederen op het tijdstip van de afstand, als de gebruiker of de persoon met wie hij een gezin vormt, roerende of onroerende goederen om niet of onder bezwarende titel heeft afgestaan in de loop van de tien jaar vóór:

1° de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming bij een aanvraag of een aanvraag tot herziening als vermeld in artikel 211 of 223;

2° de eerste dag van de kalendermaand die volgt op het feit dat aanleiding geeft tot de ambtshalve herziening, vermeld in artikel 225 en 226.

Art. 206. Voor de toepassing van artikel 205 wordt de verkoopwaarde van de afgestane roerende of onroerende goederen, waarvan de gebruiker of, de persoon met wie hij een gezin vormt, eigenaar of vruchtgebruiker in onverdeeldheid was, vermenigvuldigd met de breuk die de belangrijkheid van de rechten van de gebruiker of, de persoon met wie hij een gezin vormt, uitdrukt.

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

Art. 207. In geval van afstand onder bezwarende titel van roerende of onroerende goederen, worden de persoonlijke schulden van de gebruiker en de persoon met wie hij een gezin vormt, afgetrokken van de verkoopwaarde van de afgestane goederen, op het ogenblik van de afstand. De persoonlijke schulden moeten dateren van vóór de afstand en moeten met de opbrengst van de afstand afgelost zijn.

Art. 208. In geval van afstand onder bezwarende titel van roerende of onroerende goederen en onverminderd de bepalingen van artikel 207 wordt, met het oog op de toepassing van artikel 205, van de verkoopwaarde van de goederen een jaarlijks abattement van 1500 euro afgetrokken.

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

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

Art. 209. Artikel 205 tot en met 208 zijn niet van toepassing op de opbrengst van de afstand als die opbrengst geheel of gedeeltelijk nog in het in aanmerking te nemen vermogen wordt teruggevonden. Op de voormelde opbrengst zijn, naargelang van het geval, artikel 198 tot en met 204 van toepassing.

Art. 210. Als een roerend of onroerend goed tegen lijfrente is afgestaan, wordt een bedrag in rekening gebracht dat, gedurende de eerste tien jaar die volgt op de afstand, berekend wordt conform de bepalingen van artikel 205 tot en met 209. Dat bedrag mag nochtans niet lager zijn dan het bedrag van de lijfrente. Na de voorvermelde periode van tien jaar, is dat bedrag gelijk aan het bedrag van de lijfrente.

HOOFDSTUK 3. — *Onderzoek en beslissing*

Afdeling 1. — De aanvraag

Art. 211. Een gebruiker dient een aanvraag van een tegemoetkoming in bij de zorgkas waarbij hij aangesloten is. Een aanvraag kan alleen elektronisch ingediend worden.

Een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, de sociale dienst van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of de sociale dienst van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding, de gemeente of het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan zonder speciale lastgeving een aanvraag voor de gebruiker indienen.

Afdeling 2. — De vaststelling

Art. 212. De vermindering van de zelfredzaamheid wordt vastgesteld door een daarvoor aangewezen arts of een multidisciplinair team onder toezicht van een dienst waarmee de minister een overeenkomst sluit. Als dat nodig is, worden aan de gebruiker of aan de persoon die de gebruiker daartoe gemachtigd heeft, bijkomende inlichtingen gevraagd.

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

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

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

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

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

Art. 213. De dienst, vermeld in artikel 212, eerste lid, ontvangt een vergoeding voor de vaststellingen van de verminderde zelfredzaamheid. De bepaling van de vergoeding en de wijze waarop de vergoeding wordt uitbetaald, wordt geregeld in de overeenkomst die door de minister met de dienst wordt gesloten.

Afdeling 3. — De behandeling van de aanvraag

Art. 214. De zorgkas is verplicht zich tot het Rijksregister van de natuurlijke personen te richten om de informatiegegevens, vermeld in artikel 3, eerste en tweede lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, te verkrijgen, of als hij de juistheid van deze informatiegegevens nagaat. Ze mag alleen een beroep doen op een andere bron als de nodige informatiegegevens niet bij het Rijksregister verkregen kunnen worden.

Art. 215. De zorgkas onderzoekt de aanvraag, op basis van de inlichtingen die door de gebruiker worden verstrekt, en de inlichtingen die hij conform artikel 23, § 1, van het decreet van 18 mei 2018 rechtstreeks inzamelt bij de instantie of de persoon die over de inlichtingen beschikt. De inlichtingen, bescheiden en bewijsstukken die de gebruiker verstrekt, worden voor waar aangenomen, onverminderd de controlebevoegdheid die de zorgkas heeft.

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

1° de wettelijke identificatiegegevens opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen;

2° het beroepsinkomen en het vervangingsinkomen van het jaar - 2, vermeld in artikel 196;

3° het pensioeninkomen, vermeld in artikel 197;

4° de gegevens over de onroerende goederen, vermeld in artikel 198 tot en met 203.

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

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

Art. 216. De tegemoetkomingen mogen zonder nader onderzoek geweigerd worden als voldoende elementen voorhanden zijn waaruit blijkt dat de gebruiker niet voldoet aan de voorwaarden om de tegemoetkomingen te verkrijgen.

Art. 217. § 1. De termijn tussen enerzijds de datum van ontvangst van de aanvraag of de aanvraag tot herziening of de datum van de kennisname van het feit dat aanleiding geeft tot een herziening door de zorgkas en anderzijds de datum van de beslissing van de zorgkas, mag niet langer zijn dan zes maanden.

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

§ 2. De termijn, vermeld in paragraaf 1, wordt geschorst zolang de gebruiker of een buitenlandse instelling de door de zorgkas gevraagde inlichtingen, die noodzakelijk zijn om een beslissing te nemen, niet volledig verstrekt heeft. Het opvragen van bijkomende inlichtingen, vermeld in artikel 215, derde lid, aan de gebruiker schorst de termijn evenwel niet, op voorwaarde dat de gebruiker de gevraagde gegevens aan de zorgkas bezorgt binnen een maand na de toezending ervan door de zorgkas.

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

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

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

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

1° voor de maandelijkse termijnen: het aantal dagen tussen de einddatum van de termijn, vermeld in paragraaf 1, en de eerste dag van de maand na de beslissing van de zorgkas;

2° voor de achterstallige bedragen: het aantal dagen tussen de vijftiende van de maand waarop de tegemoetkoming betrekking heeft en de eerste dag van de maand na de beslissing van de zorgkas.

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

Afdeling 4. — De beslissing

Art. 218. De zorgkas neemt een beslissing over de tegemoetkoming op basis van het onderzoek naar het inkomen, naar de verminderde zelfredzaamheid en naar de andere voorwaarden, bepaald in of krachtens het decreet van 18 mei 2018. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

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

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

1° een integratietegemoetkoming of een inkomensvervangende tegemoetkoming als vermeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

2° een gewone tegemoetkoming of een bijzondere tegemoetkoming krachtens de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;

3° een tegemoetkoming voor hulp van derden, overeenkomstig artikel 2 van de wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkoming aan gehandicapten;

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

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

Art. 219. Als de zorgkas een beslissing ter kennis brengt na de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming, houdt ze van rechtswege rekening met de feiten die zich hebben voorgedaan en de elementen die zijn voorgelegd tussen de ingangsdatum van de uitvoering van de tegemoetkoming en de datum waarop ze ter kennis gebracht is als de zorgkas vóór de datum van de kennisgeving van de beslissing op de hoogte is gebracht van deze elementen en feiten.

Art. 220. De zorgkas kan haar beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen binnen de termijn voor het instellen van een beroep bij het bevoegde arbeidsgerecht of, als het beroep al is ingesteld, tot aan de sluiting van de debatten, als:

1° op de datum waarop de uitvoering van de tegemoetkoming is ingegaan, het recht door een wettelijke of reglementaire bepaling is gewijzigd;

2° een nieuw feit of nieuw bewijsmateriaal dat een weerslag heeft op de rechten van de verzoeker, tijdens het geding wordt ingeroepen;

3° vastgesteld wordt dat de administratieve beslissing aangetast is door een onregelmatigheid of een materiële vergissing.

Art. 221. Met behoud van de toepassing van artikel 223 tot en met 226 geldt de beslissing van de zorgkas voor onbepaalde duur, behalve in de volgende gevallen:

1° de zorgkas neemt een beslissing voor twaalf maanden als de beslissing op grond van voorlopige of evoluerende elementen wordt getroffen;

de zorgkas neemt een beslissing die geldt tot de einddatum van de vermindering van de zelfredzaamheid, vermeld in artikel 212.

Art. 222. De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissing over de tegemoetkoming, vermeld in artikel 218 tot en met 221.

Afdeling 5. — Aanvraag tot herziening

Art. 223. Een aanvraag tot herziening mag worden ingediend als zich volgens de aanvrager wijzigingen voordoen die de verhoging van de tegemoetkomingen rechtvaardigen.

De aanvragen tot herziening worden conform artikel 211 ingediend bij de zorgkas.

De aanvraag tot herziening wordt onderzocht conform artikel 214 tot en met 217. Alleen als de aanvraag tot herziening betrekking heeft op de beoordeling van de graad van zelfredzaamheid, wordt tot een nieuw medisch onderzoek overgegaan.

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

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

Afdeling 6. — De aangifte

Art. 224. De mededeling, vermeld in artikel 88 van het decreet van 18 mei 2018, wordt gericht aan de zorgkas. De gebruiker vermeldt daarin de nieuwe gegevens die aanleiding zouden kunnen geven tot een vermindering van het bedrag van de tegemoetkoming. Deze aangifte wordt gedaan binnen drie maanden na de datum van het feit of binnen drie maanden na de datum van de kennisgeving aan de gebruiker van het feit.

Afdeling 7. — De ambtshalve herziening door de zorgkas van de beslissing

Art. 225. Als door de zorgkas vastgesteld wordt dat de beslissing aangetast is door een juridische of materiële vergissing, neemt de zorgkas ambtshalve een nieuwe beslissing die uitwerking heeft op de datum waarop de verbeterde beslissing had moeten ingaan. Als de vergissing aan de zorgkas te wijten is en als het recht op de tegemoetkoming kleiner is dan het aanvankelijk toegekend recht, gaat de nieuwe beslissing in op de eerste dag van de maand die volgt op de kennisgeving ervan aan de gebruiker.

Art. 226. § 1. Met behoud van de toepassing van artikel 225 voert de zorgkas een herziening van het recht op de tegemoetkoming uit :

1° als de gebruiker niet meer beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in artikel 41 van het decreet van 18 mei 2018;

2° als de gebruiker naar het Franse taalgebied of naar het Duitse taalgebied verhuist en hij daardoor niet meer onder het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming valt, vermeld in artikel 3 van het decreet van 18 mei 2018;

3° als de gebruiker naar het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, naar het Franse taalgebied of naar het Duitse taalgebied verhuist, daardoor blijft vallen onder het toepassingsgebied van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 3 van het decreet van 18 mei 2018, maar hij in dat taalgebied aanspraak kan maken op een vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;

4° als er een wijziging is in het aantal kinderen ten laste van de gebruiker die een weerslag heeft op het recht op de tegemoetkoming van de gebruiker;

5° als aan de zorgkas is meegedeeld dat de inkomsten zijn gedaald ten opzichte van de vorige beslissing;

6° als de zorgkas vaststelt dat de inkomsten met ten minste 10% zijn gestegen ten opzichte van de vorige beslissing;

7° als er een wijziging is in de samenstelling van het gezin die een weerslag heeft op het recht op de tegemoetkomingen van de gebruiker;

8° als er een wijziging is in de graad van zelfredzaamheid van de gebruiker;

9° op de datum bepaald door een vorige beslissing als die werd genomen op grond van voorlopige of evoluerende elementen.

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

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

1° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 4° en 6° :

a) gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving van de beslissing door de zorgkas, op voorwaarde dat de aangifte tijdig is gedaan;

b) heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op die maand waarin de gebruiker zich in een van deze gevallen bevindt, als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger niet tijdig aangifte heeft gedaan van dit feit.

2° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 7°, 8° en 9°, treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving van de beslissing. Als de gebruiker zich in een geval als vermeld in paragraaf 1, 9°, bevindt, treedt de nieuwe beslissing op zijn vroegste in werking op de eerste dag van de maand na afloop van de vorige beslissing.

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

1° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 4°, 5°, 7° of 8°, heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de melding aan de zorgkas van de toestand waarin de gebruiker zich bevindt;

2° door een geval als vermeld in paragraaf 1, 9°, treedt in werking op de eerste dag van de maand na afloop van de vorige beslissing.

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

1° de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de toestand aan de zorgkas heeft gemeld binnen drie maanden die volgen op de datum waarop het geval, vermeld in paragraaf 1, zich heeft voorgedaan of de datum waarop de aanvrager daarvan kennis heeft gekregen;

2° de gebruiker niet verplicht is de wijziging mee te delen aan de zorgkas conform artikel 141, tweede lid.

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

§ 6. Artikel 218 tot en met 222 zijn van overeenkomstige toepassing op de beslissing bij een herziening door de zorgkas.

HOOFDSTUK 4. — *Uitvoering van de tegemoetkomingen*

Afdeling 1. — Betalingsmodaliteiten

Art. 227. De achterstallen worden samen met de eerste maandelijkse betaling uitbetaald.

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

Art. 228. Het bedrag van de uit te betalen tegemoetkomingen wordt naar beneden afgerond als het eerste cijfer na de komma minder dan vijf bedraagt. Het bedrag wordt naar boven afgerond, als het eerste cijfer na de komma vijf of meer bedraagt.

Afdeling 2. — De betaling van voorschotten

Art. 229. Als artikel 90, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, wordt toegepast moet de aanvrager van het voorschot:

1° aanduiden op welke uitkeringen of vergoedingen hij een voorschot wenst te verkrijgen, wie die uitkeringen of vergoedingen naar zijn mening verschuldigd is en voor welke periode;

2° meedelen aan de zorgkas of de instanties die de uitkeringen of vergoedingen verschuldigd zijn, voorschotten hebben toegekend;

3° de zorgkas verwittigen van zodra hij deze uitkeringen of vergoedingen verkrijgt.

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

Afdeling 3. — Betalingsvoorwaarden

Art. 230. In geval van overlijden van de gebruiker, worden de nog niet uitbetaalde tegemoetkomingen, met inbegrip van de tegemoetkoming voor de maand van overlijden, uitbetaald in de volgende orde:

1° aan de echtgenoot of echtgenote, ingeschreven op hetzelfde adres als de gebruiker;

2° aan de persoon met wie de gebruiker een gezin vormde als vermeld in artikel 194, § 3;

3° aan de kinderen met wie de gebruiker leefde op het ogenblik van zijn overlijden;

4° aan de vader en de moeder met wie de gebruiker leefde op het ogenblik van zijn overlijden;

5° aan iedere persoon met wie de gebruiker leefde op het ogenblik van zijn overlijden;

6° aan de natuurlijke persoon die in de verplegingskosten tegemoetkwam;

7° aan de natuurlijke persoon die de begrafeniskosten betaalde;

8° aan de echtgenoot die op het ogenblik van het overlijden feitelijk gescheiden leefde van de gebruiker.

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

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

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

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

Art. 231. § 1. Met toepassing van artikel 74 en 75 van het decreet van 18 mei 2018 wordt er op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood een weigering of vermindering van de tegemoetkoming toegepast ingeval van een tegemoetkoming of een schadeloosstelling voor dezelfde behoefte aan zorg en ondersteuning.

§ 2. Een schadeloosstelling als vermeld in artikel 74 en 75 van het decreet van 18 mei 2018 kan worden uitbetaald onder de vorm van kapitalen of afkoopwaarden. In dat geval wordt voor de gebruiker hun tegenwaarde in periodieke uitkering in aanmerking genomen voor een bedrag van de lijfrente. Deze voormelde lijfrente wordt verkregen uit een omzetting. Het gaat om een omzetting tegen het procent dat in de tabel, opgenomen in bijlage 1 die bij dit besluit is gevoegd, is vermeld tegenover de volle leeftijd van de gebruiker op de datum van het feit dat aanleiding gegeven heeft tot de uitbetaling.

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

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

1° gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving van de beslissing door de zorgkas, als de mededeling, vermeld in artikel 88 van het decreet van 18 mei 2018, tijdig is gedaan;

2° heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de gebruiker zich in dat geval bevindt, als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger niet tijdig aangifte heeft gedaan van dat feit.

Er worden op de verrekening geen vrijstellingen conform artikel 194, § 1, eerste lid, toegepast.

§ 3. Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt in ieder geval geweigerd aan:

1° de persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die aanspraakkan maken op een vergelijkbare vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ingesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

2° de persoon die niet in België woont en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is, en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ingesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

3° de persoon die in het Franse of Duitse taalgebied woont, die gebruik gemaakt heeft van het Europeesrechtelijk vrij verkeer, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied, het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is, en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ingesteld door de Franse Gemeenschap of de Duitstalige Gemeenschap;

4° de persoon die in het Franse of Duitse taalgebied woont, die gebruik gemaakt heeft van het Europeesrechtelijk vrij verkeer, en voor wie, wegens tewerkstelling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, het sociale zekerheidsstelsel van België van toepassing is, en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ingesteld door de Franse Gemeenschap of de Duitstalige Gemeenschap.

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

Titel 4. — *Basisondersteuningsbudget*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 232. Titel 4 van dit besluit is van toepassing op het basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 4, eerste lid, 3°, van het decreet van 18 mei 2018.

HOOFDSTUK 2. — *Voorwaarde van ernstig verminderde zelfredzaamheid*

Art. 233. Ter uitvoering van artikel 5, § 2, van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering erkent het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap of de toegangspoort een gebruiker voor de toepassing van dit boek automatisch als persoon met een handicap met een duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 4, eerste lid, 2°, van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering, als die persoon beschikt over een attest dat aantoont dat hij zich in een van de volgende situaties bevindt:

1° de gebruiker komt in aanmerking voor een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;

2° de gebruiker heeft recht op bijkomende kinderbijslag op basis van:

a) minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3;

b) minstens vier punten op pijler P1 op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3, als de gebruiker minder dan twaalf punten scoort op de drie pijlers samen;

3° de gebruiker heeft een score van minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming.

HOOFDSTUK 3. — *Beslissing over de tegemoetkoming*

Afdeling 1. — Nemen van de beslissing

Art. 234. § 1. De zorgkas neemt een beslissing over de tegemoetkoming op basis van de bestandsmatige gegevens waaruit blijkt dat de gebruiker voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 233, of artikel 636 tot en met 641, en na onderzoek van de andere voorwaarden, bepaald in of krachtens het decreet van 18 mei 2018. Die beslissing wordt genomen binnen zestig dagen na de ontvangst van dat bestand.

De termijn, vermeld in het eerste lid, is niet van toepassing bij gebruikers die niet in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen.

§ 2. De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De minister bepaalt de nadere regels voor de beslissingen over de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1.

Afdeling 2. — Geldigheidsduur

Art. 235. De zorgkas neemt een toekenningsbeslissing voor onbepaalde duur.

In afwijking van het eerste lid wordt de geldigheidsduur van de toekenningsbeslissing bij de attesten, vermeld in artikel 233, 636 en artikel 638 tot en met 641, met beperkte duur beperkt tot het einde van de maand waarin het attest vervalt.

In afwijking van het tweede lid loopt de toekenningsbeslissing tot de leeftijd van 21 jaar voor personen met een attest als vermeld in artikel 233, 1°, of artikel 640 dat vervalt voor de leeftijd van 21 jaar.

Afdeling 3. — Verlenging en stopzetting

Art. 236. De zorgkas verlengt de beslissing op basis van een attest met beperkte duur, als er een ander attest met een aaneensluitende datum beschikbaar is, ongeacht wanneer dat attest aan de zorgkas bezorgd wordt.

Art. 237. De zorgkas zet een beslissing stop als de gebruiker niet meer aan de voorwaarden voldoet.

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

1° de gebruiker niet meer aan de voorwaarden van administratieve aard voldoet;

2° de zorgkas de beslissing tot stopzetting neemt, als de gebruiker niet meer voldoet aan de voorwaarde van erkenning als persoon met een handicap met een duidelijk vast te stellen behoefte aan zorg en ondersteuning;

3° aan de gebruiker een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning of een persoonlijk assistentiebudget ter beschikking gesteld wordt of de gebruiker ingeschreven is of verblijft in een voorziening als vermeld in artikel 238, als de melding aan de zorgkas voor of op de startdatum van het budget, de inschrijving of het verblijf wordt gedaan.

Als de melding aan de zorgkas, vermeld in het tweede lid, 3°, wordt gedaan na de startdatum van het budget, de inschrijving of het verblijf, zet de zorgkas de beslissing stop op de eerste dag van de maand van de melding.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

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

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

Art. 238. De tegemoetkoming wordt niet uitgevoerd als de gebruiker aan een van de volgende voorwaarden voldoet:

1° de gebruiker is ingeschreven in een internaat of een internaat met permanente openstelling van een medisch pedagogisch instituut van het Gemeenschapsonderwijs;

2° de gebruiker doet een beroep op een persoonlijk assistentiebudget;

3° de gebruiker doet een beroep op een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap, erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

4° de gebruiker verblijft in een residentiële gehandicaptenvoorziening die in België door een andere overheid dan de Vlaamse overheid erkend is;

5° de gebruiker verblijft in een niet in België gevestigde residentiële gehandicaptenvoorziening die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbiedt als een voorziening als vermeld in punt 4° ;

6° de gebruiker verblijft in een psychiatrisch verzorgingstehuis;

7° de gebruiker maakt gebruik van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en verblijft in een organisatie voor bijzondere jeugdzorg;

8° de gebruiker verblijft in een gemeenschapsinstelling;

9° de gebruiker doet een beroep op een ambulante gehandicaptenvoorziening die een vergelijkbare hulp- en dienstverlening aanbiedt als de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 6 van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering en die:

a) in België door een andere overheid dan de Vlaamse overheid erkend is;

b) niet in België gevestigd is;

10° de gebruiker maakt gebruik van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en verblijft in een centrum voor kinderzorg en gezinsondersteuning;

11° de gebruiker maakt gebruik van persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;

12° de gebruiker maakt gebruik van een unit voor geïnterneerden, vermeld in artikel 11 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 november 2017 over de erkenning en subsidiëring van voorzieningen die ondersteuning bieden aan personen met een handicap in de gevangenis, en van units voor geïnterneerden;

13° de gebruiker maakt gebruik van een observatie-, diagnose- of behandelingsunit, vermeld in het besluit van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 december 2017 over de erkenning en subsidiëring van observatie-, diagnose- en behandelingsunits;

14° de gebruiker doet beroep op een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

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

Deel 2. Tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen

Titel 1. — ***Voorwaarden***

Art. 239. Aan een gebruiker kan alleen een tegemoetkoming worden verleend voor een mobiliteitshulpmiddel als de gebruiker:

1° op de datum van de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van het mobiliteitshulpmiddel in kwestie;

2° wat de huur van mobiliteitshulpmiddelen betreft, in de maand waarop de facturatie van het huurforfait betrekking heeft, voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van het mobiliteitshulpmiddel in kwestie;

3° op de datum van de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming alle verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren heeft betaald, conform artikel 112.

Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen vaststelt dat de gebruiker niet is aangesloten bij een zorgkas, bezorgt hij aan de gebruiker de nodige informatie over de aansluiting bij een zorgkas en over de stappen die daarvoor moeten worden ondernomen.

Art. 240. De prestatielijst wordt opgemaakt door de minister.

Met behoud van de toepassing van de vergoedingsvoorwaarden die zijn opgenomen in de bepalingen van dit besluit zelf, bevat de prestatielijst in het kader van de aankoop en de huur van mobiliteitshulpmiddelen prestatiecodes en de volgende vergoedingsvoorwaarden:

1° functionele indicaties voor de gebruiker;

2° functionele specificaties van de mobiliteitshulpmiddelen;

3° aanpassingen die kunnen worden voorzien voor de mobiliteitshulpmiddelen en de cumulregels van de aanpassingen.

De mobiliteitshulpmiddelen die opgenomen zijn in de prestatielijst, worden ingedeeld in hoofdgroepen en subgroepen.

Art. 241. § 1. De financiering voor mobiliteitshulpmiddelen neemt de vorm aan van tegemoetkomingen in het kader van de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen dan wel van tegemoetkomingen in de vorm van periodieke huurforfaits.

Gebruikers komen alleen in aanmerking voor een tegemoetkoming voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel als ze niet onder het toepassingsgebied vallen van titel 3 of als met de huur van een mobiliteitshulpmiddel niet kan worden tegemoetgekomen aan hun bijzondere noden.

§ 2. Voorwaarden met betrekking tot de cumulatie van mobiliteitshulpmiddelen waarvoor tegemoetkomingen worden verleend, zijn opgenomen in bijlage 3 die bij dit besluit is gevoegd.

Art. 242. De gebruiker kan geen aanvraag indienen voor een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel in het kader van dit besluit als hij verblijft in een ziekenhuis of in een revalidatieziekenhuis, met uitzondering van de gevallen waarin hij verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis of in een een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis.

In afwijking van het eerste lid, komen gebruikers die verblijven in een ziekenhuis wel in aanmerking voor een tegemoetkoming in elk van de volgende gevallen:

1° de ontslagregeling van de gebruiker is bekend;

2° in het revalidatieplan van de gebruiker is sprake van een ontslagvoorbereiding.

De vervulling van de voorwaarden, vermeld in het tweede lid, moet blijken uit de documenten die bij de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel worden gevoegd.

Art. 243. Mobiliteitshulpmiddelen kunnen niet worden afgeleverd zolang een gebruiker opgesloten is in een gevangenis of opgenomen is in een inrichting, een afdeling of een centrum als vermeld in artikel 61 van het decreet van 18 mei 2018.

Art. 244. § 1. De gebruiker die zich wendt tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België, in een andere staat dan België die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland, kan aanspraak maken op de terugbetaling van kosten voor een mobiliteitshulpmiddel op grond van artikel 121, § 2, 2°, van het decreet van 18 mei 2018, als aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:

1° voor het mobiliteitshulpmiddel in kwestie voorziet dit besluit in een tegemoetkoming;

2° de gebruiker voldoet aan de voorwaarden waaraan op basis van dit besluit moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel kan worden verleend;

3° de gebruiker dient een aanvraag van vergoeding in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten. De procedures, vermeld in titel 4, zijn van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de door de minister bepaalde modellen van de documenten die bij de aanvraag moeten worden gevoegd, niet moeten worden gebruikt als alle vereiste gegevens ook zijn opgenomen op de gebruikte documenten;

4° het mobiliteitshulpmiddel wordt verstrekt door een verstrekker die door de regelgeving van het land in kwestie gemachtigd is om mobiliteitshulpmiddelen te verstrekken in het land van de verstrekking;

5° op het ogenblik waarop de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel wordt aangevraagd, heeft de gebruiker de kosten van het mobiliteitshulpmiddel al betaald en levert hij daarvan het bewijs.

De minister kan bepalen hoe het bewijs, vermeld in het eerste lid, 5°, moet worden geleverd.

§ 2. De gebruiker dient de aanvraag van terugbetaling van de kosten, vermeld in paragraaf 1, in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten.

§ 3. De kosten worden aan de gebruiker terugbetaald conform de tarieven die zijn vastgelegd conform de bepalingen van dit besluit, met dien verstande dat het terugbetaalde bedrag niet hoger mag zijn dan het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten.

Art. 245. Gebruikers die in het verleden onderworpen waren aan de reglementering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad of aan de reglementering van het Franse of het Duitse taalgebied en in dat kader een tegemoetkoming hebben ontvangen voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel, kunnen alleen na het verstrijken van de hernieuwingstermijn van dat mobiliteitshulpmiddel een tegemoetkoming aanvragen voor een mobiliteitshulpmiddel in het kader van de Vlaamse sociale bescherming conform de bepalingen van dit besluit.

De hernieuwingstermijn, vermeld in het eerste lid, is de hernieuwingstermijn vastgelegd in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd, voor het mobiliteitshulpmiddel waarmee het mobiliteitshulpmiddel van de gebruiker het sterkst kan worden benaderd.

De regels voor de voortijdige hernieuwing en voortijdige aanpassingen, vermeld in artikel 271 en 284 en artikel 322 tot en met 327, zijn van overeenkomstige toepassing.

Titel 2. — *Procedures*

HOOFDSTUK 1. — *Vereenvoudigde aanvraagprocedure*

Art. 246. Dit hoofdstuk is van toepassing op de vereenvoudigde aanvraagprocedure.

Art. 247. In het kader van de vereenvoudigde aanvraagprocedure wordt de tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel toegekend op basis van een indicatiestelling, die de invulling betreft van een medisch voorschrift door een arts, aangevuld door de gebruiker.

Art. 248. § 1. De gebruiker dient de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten en voegt daarbij het medisch voorschrift, vermeld in artikel 247.

§ 2. De zorgkas is belast met een controle van de verzekeringsstatus van de gebruiker en van de vergoedingsvoorwaarden van het betreffende mobiliteitshulpmiddel.

Een positief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot een gehele of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel.

Een negatief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot weigering van de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel.

Art. 249. De beslissing tot goedkeuring of weigering, vermeld in artikel 248, § 2, moet door de zorgkas worden genomen binnen vijftien werkdagen die volgen op de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming conform artikel 248, § 1.

Art. 250. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen wordt door de zorgkas op de hoogte gebracht van de beslissing tot goedkeuring of weigering, vermeld in artikel 248, § 2.

De zorgkas brengt ook de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming, in voorkomend geval van de reden van de weigering en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend.

HOOFDSTUK 2. — *Basisprocedure*

Art. 251. Dit hoofdstuk is van toepassing op de basisprocedure.

Art. 252. In het kader van de basisprocedure wordt de tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel toegekend op basis van een indicatiestelling, die de invulling betreft van een medisch voorschrift door een arts, aangevuld door de gebruiker.

De gebruiker wendt zich met het medisch voorschrift, vermeld in het eerste lid, tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van zijn keuze, die, in overeenstemming met het medisch voorschrift, een evaluatie maakt van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

Art. 253. § 1. De gebruiker dient de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten en voegt daarbij het medisch voorschrift, vermeld in artikel 247.

§ 2. De zorgkas is belast met een controle van de verzekeringsstatus van de gebruiker en van de vergoedingsvoorwaarden van het betreffende mobiliteitshulpmiddel en vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op.

§ 3. Na de controle, vermeld in paragraaf 2, wordt de aanvraag van de tegemoetkoming onder de modaliteiten, bepaald door de minister, onderworpen aan een controle door de Zorgkassencommissie, die binnen tien werkdagen een eensluidend advies uitbrengt conform artikel 260. Die controle gebeurt monodisciplinair, door een expert, die een beroep kan doen op een arts bij vragen.

§ 4. De zorgkas neemt, rekening houdend met het resultaat van de controle en, in voorkomend geval, na eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming.

Als de aanvraag onderworpen is aan de controle door de Zorgkassencommissie, neemt de zorgkas een beslissing binnen vijf werkdagen na de indiening van de aanvraag, met dien verstande dat die termijn wordt geschorst zolang de controle- en adviestermijn van de Zorgkassencommissie loopt.

Als de aanvraag niet onderworpen is aan de controle door de Zorgkassencommissie, neemt de zorgkas een beslissing binnen vijftien werkdagen die volgen op de indiening van de aanvraag.

De beslissingstermijn van de zorgkas, vermeld in het tweede en het derde lid, wordt ook geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 253, § 2, en begint opnieuw te lopen op de werkdag volgend op de dag van ontvangst van de opgevraagde informatie. De minister kan nader bepalen wat onder ontbrekende informatie moet worden verstaan.

Art. 254. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen wordt door de zorgkas op de hoogte gebracht van de beslissing tot goedkeuring of weigering, vermeld in artikel 253, § 4.

De zorgkas brengt ook de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming, in voorkomend geval van de reden van de weigering en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend.

HOOFDSTUK 3. — *Uitgebreide procedure*

Art. 255. Dit hoofdstuk is van toepassing op de uitgebreide procedure.

Art. 256. De bepalingen van hoofdstuk 2 zijn van overeenkomstige toepassing in het kader van de uitgebreide procedure, met dien verstande dat:

1° de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen ook belast is met de opstelling van een motiveringsrapport;

2° de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen conform artikel 311 ook belast is met de opstelling van een testrapport, waaruit blijkt dat de test heeft plaatsgevonden met het mobiliteitshulpmiddel waarop de aanvraag betrekking heeft, als de aanvraag van de tegemoetkoming betrekking heeft op een elektronische rolstoel of een elektronische scooter.

Het model van het motiveringsrapport, vermeld in het eerste lid, wordt door de minister bepaald.

De documenten, vermeld in het eerste lid, worden toegevoegd bij de indiening van de aanvraag.

HOOFDSTUK 4. — *Uitgebreide plus-procedure*

Art. 257. Deze afdeling is van toepassing op de uitgebreide plus-procedure.

Art. 258. De bepalingen van hoofdstuk 3 zijn van overeenkomstige toepassing in het kader van de uitgebreide plus-procedure, met dien verstande dat:

1° de indicatiestelling de opmaak betreft van een rolstoeladviesrapport door een rolstoeladviesteam conform titel 7, hoofdstuk 2;

2° de controle door de Zorgkassencommissie in voorkomend geval multidisciplinair gebeurt, door een arts en een expert.

Bij de aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een scooter, wordt de opmaak van een rolstoeladviesrapport, vermeld in het eerste lid, 1°, voorafgegaan door de invulling van een medisch voorschrift door een arts, aangevuld door de gebruiker.

Art. 259. Naast de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker, wordt ook het betrokken rolstoeladviesteam door de zorgkas op de hoogte gebracht van de beslissing tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming en van de motivering van die beslissing.

HOOFDSTUK 5. — *Zorgkassencommissie*

Art. 260. § 1. Als de aanvraag van de tegemoetkoming onderworpen is aan de controle van de Zorgkassencommissie als vermeld in artikel 253, § 3, of artikel 303, § 1, 1°, brengt de Zorgkassencommissie, binnen tien werkdagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag, een advies uit aan de zorgkas over de indicatiestelling, waarbij de ICF typeringen richtinggevend zijn, en over de evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

§ 2. De Zorgkassencommissie kan binnen de termijn, vermeld in paragraaf 1, bijkomende informatie opvragen bij de gebruiker, bij de arts die het medisch voorschrift heeft ingevuld of bij de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die de aanvraag heeft ingediend namens de gebruiker, als zij dat noodzakelijk acht in het kader van haar controle- en adviesopdracht. Als de Zorgkassencommissie bijkomende informatie opvraagt, heeft ze opnieuw tien werkdagen om haar advies te verlenen. Die termijn begint te lopen op de werkdag die volgt op de dag van de ontvangst van de bijkomende informatie.

§ 3. De Zorgkassencommissie kan binnen de termijn, vermeld in paragraaf 1, beslissen dat een fysiek onderzoek van de gebruiker tijdens een huisbezoek noodzakelijk is in het kader van haar controle- en adviesopdracht. De huisbezoeken kunnen ook plaatsvinden op verzoek van het agentschap.

Als de gebruiker dat wenst, kan het huisbezoek, vermeld in het eerste lid, worden vervangen door een bezoek van de gebruiker aan de Zorgkassencommissie.

De termijn, vermeld in paragraaf 1, wordt in de gevallen, vermeld in het eerste en tweede lid, verlengd met 25 werkdagen.

Titel 3. — *Huur*

HOOFDSTUK 1. — *Woonzorgcentra – thuiszorg*

Afdeling 1. — Toepassingsgebied

Art. 261. Dit hoofdstuk is van toepassing op de volgende categorieën van gebruikers:

1° gebruikers die verblijven in een door de Vlaamse Gemeenschap erkend woonzorgcentrum;

2° gebruikers vanaf 65 jaar, die niet verblijven in een door de Vlaamse Gemeenschap erkend woonzorgcentrum.

Afdeling 2. — Huur van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel of een verzorgingsrolstoel

Art. 262. § 1. De tegemoetkomingen voor een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel of een verzorgingsrolstoel die worden aangevraagd door gebruikers als vermeld in afdeling 1, worden toegekend in de vorm van periodieke huurforfaits. De huurforfaits dekken de maandelijkse huur van het mobiliteitshulpmiddel, met inbegrip van alle kosten die samengaan met de verstrekking, het onderhoud, de herstelling en de reconditionering van de rolstoel, alsook de vereiste aanpassingen, vermeld in de prestatielijst, en de verplaatsingskosten.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1, kan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan de gebruiker, vermeld in artikel 261, 2°, een vergoeding aanrekenen voor transportkosten als de hoofdverblijfplaats van de gebruiker gelegen is buiten een straal van 30 kilometer van de maatschappelijke zetel, de dichtstbijzijnde vestigingseenheid en de dichtstbijzijnde werkplaats van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of van de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt.

De vergoeding, vermeld in het eerste lid, wordt berekend overeenkomstig de op dat moment geldende regeling voor de kilometervergoeding van personeelsleden van de Vlaamse overheid en kan maar worden aangerekend ten belope van de afstand die de afstand van 30 kilometer overschrijdt en mits voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de gebruiker over deze kost.

§ 3. De omvang van de huurforfaits, vermeld in paragraaf 1, wordt bepaald door de minister.

§ 4. Er mogen geen supplementen worden aangerekend ten laste van de gebruiker voor kosten die worden gedekt door het huurforfait.

Art. 263. De aanvraag van een tegemoetkoming voor een standaardrolstoel als vermeld in artikel 262, verloopt volgens de basisprocedure.

De aanvraag van een tegemoetkoming voor een modulaire rolstoel of een verzorgingsrolstoel als vermeld in artikel 262, verloopt volgens de uitgebreide procedure.

Art. 264. § 1. Na de beslissing tot goedkeuring van de tegemoetkoming die is aangevraagd conform artikel 263, wordt het mobiliteitshulpmiddel in kwestie afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen binnen vijftien werkdagen na de kennisgeving van de goedkeuring. Die termijn is alleen bij overmacht verlengbaar tot dertig werkdagen, waarbij de bewijslast rust op de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, die aan de zorgkas de redenen van de overmacht meldt.

Als er op het moment van de kennisgeving van de goedkeuring nog een opzeggingstermijn loopt ingevolge de opzegging van een huurovereenkomst met betrekking tot een ander mobiliteitshulpmiddel, begint de afleveringstermijn, in afwijking van het eerste lid, slechts te lopen na afloop van die opzeggingstermijn.

§ 2. Bij de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel sluiten de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een huurovereenkomst van onbepaalde duur.

Het model van de huurovereenkomst, vermeld in het eerste lid, wordt door de minister bepaald.

Art. 265. § 1. De huurovereenkomst, vermeld in artikel 264, § 2, bevat in het kader van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel de volgende verplichtingen voor de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen:

1° het onderhoud en de herstelling van een rolstoel gebeurt binnen de vijf werkdagen na de vraag van de gebruiker tenzij de vraag kennelijk onredelijk is. Bij betwisting meldt de bandagist de vraag van de gebruiker aan de zorgkas, die kan bemiddelen;

2° de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen stelt de gebruiker een adequate vervangrolstoel ter beschikking als het onderhoud of de herstelling van het mobiliteitshulpmiddel niet onmiddellijk kan worden uitgevoerd;

3° de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen is verantwoordelijk voor de verhuur van alle rolstoelen die daarvoor zijn opgenomen in de prestatielijst. Hij moet komen tot de meest adequate oplossing die voldoet aan alle functionele behoeften van de gebruiker. Die verplichting is ook geldig als de situatie van de gebruiker wijzigt en een andere rolstoel vereist is, na melding door de gebruiker;

4° de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan de schade die te wijten is aan de ernstige nalatigheid van de gebruiker, al dan niet gedeeltelijk, aanrekenen aan de gebruiker na aftrek van de waarborg, vermeld in artikel 266. Het aangerekende bedrag mag in geen geval hoger zijn dan de restwaarde van het mobiliteitshulpmiddel. Bij betwisting kan de gebruiker zich tot de zorgkas wenden, die de betwisting voor eensluidend advies voorlegt aan de Zorgkassencommissie. Als dat nodig is, wint de Zorgkassencommissie technisch advies in bij de Bijzondere Technische Commissie.

De restwaarde van het mobiliteitshulpmiddel, vermeld in het eerste lid, 4°, is gelijk aan de vermenigvuldiging van de volgende factoren:

1° de tegemoetkoming die voor het mobiliteitshulpmiddel zou zijn verleend in geval van aankoop van het mobiliteitshulpmiddel;

2° een breuk waarvan de teller gelijk is aan 84 verminderd met het aantal maanden van de huur van het mobiliteitshulpmiddel dat al is verstreken en waarvan de noemer gelijk is aan 84.

§ 2. De huurovereenkomst bevat in het kader van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel de verplichting voor de gebruiker om:

1° de rolstoel normaal te gebruiken;

2° de rolstoel in propere staat te houden;

3° de rolstoel niet te vervreemden;

4° het onderhoud van de rolstoel toe te staan;

5° alleen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die de huurovereenkomst heeft ondertekend, te contacteren voor aanpassingen, onderhoud of herstellingen, of terugname;

6° de door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aangerekende schade die te wijten is aan de ernstige nalatigheid van de gebruiker, te vergoeden.

Art. 266. § 1. Bij de ondertekening van de huurovereenkomst, vermeld in artikel 264, § 2, kan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen een waarborg aanrekenen aan de gebruiker.

Het bedrag van de waarborg, vermeld in het eerste lid, is gelijk aan de omvang van het maandelijks huurforfait dat voor het mobiliteitshulpmiddel in kwestie is voorzien maar mag in geen geval hoger zijn dan het maandelijks huurforfait dat is bepaald voor een verzorgingsrolstoel.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1 kan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen waarborg aanrekenen aan de volgende categorieën van gebruikers:

1° gebruikers die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 19, van de Ziekteverzekeringswet;

2° gebruikers die zich bevinden in een behartigenswaardige situatie, vermeld in artikel 46 van het decreet van 18 mei 2018.

§ 3. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan de waarborg, vermeld in paragraaf 1, alleen aanwenden ingeval van ernstige nalatigheid van de gebruiker of in geval van vervreemding van het mobiliteitshulpmiddel door de gebruiker.

§ 4. Dit artikel is niet van toepassing in het kader van de verhuur van rolstoelen aan gebruikers, vermeld in artikel 261, 1°.

Art. 267. § 1. Zowel de gebruiker als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan op elk ogenblik met een aangetekende brief een einde maken aan de huurovereenkomst, vermeld in artikel 264, § 2, met een opzeggingstermijn van drie maanden, die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van de aangetekende brief.

In afwijking van het eerste lid, kan de gebruiker met een aangetekende brief een einde maken aan de huurovereenkomst zonder opzeggingstermijn als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen zijn verplichtingen op functioneel, hygiënisch en technisch vlak niet nakomt.

De beëindiging van een huurovereenkomst conform het eerste en het tweede lid, wordt ook schriftelijk gemeld aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten door, naargelang het geval, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de gebruiker.

§ 2. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan met een aangetekende brief een einde maken aan de huurovereenkomst zonder opzeggingstermijn als schade aan de rolstoel wordt vastgesteld, die te wijten is aan onvoldoende zorgzaamheid en onverantwoorde behandeling van de rolstoel door de gebruiker.

De beëindiging van een huurovereenkomst conform het eerste lid, wordt ook schriftelijk gemeld aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

§ 3. De huurovereenkomst eindigt van rechtswege in de volgende gevallen:

1° bij het overlijden van de gebruiker;

2° als de behoefte van de gebruiker aan het mobiliteitshulpmiddel ophoudt te bestaan;

3° als de gebruiker niet langer onder het toepassingsgebied valt van dit hoofdstuk, als vermeld in artikel 261;

4° als de persoon in kwestie niet langer onder het toepassingsgebied valt van de Vlaamse sociale bescherming of niet langer is aangesloten bij een zorgkas;

5° indien de activiteiten van de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddel werkt, worden stopgezet.

§ 4. In afwijking van paragraaf 3, 4°, vindt de beëindiging van de huurovereenkomst plaats maximaal drie maanden na de dag waarop de persoon in kwestie is gaan wonen in het Franse taalgebied, het Duitse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en niet langer onder het toepassingsgebied valt van de VSB of er in voorkomend geval voor kiest om niet langer aangesloten te zijn bij een zorgkas.

Artikel 262, § 2, is van overeenkomstige toepassing in het kader van de ophaling van het mobiliteitshulpmiddel na afloop van de periode, vermeld in het eerste lid.

Art. 268. Mobiliteitshulpmiddelen die verhuurd worden conform dit hoofdstuk, moeten nieuw zijn op het ogenblik van de eerste ingebruikname van het mobiliteitshulpmiddel in het kader van het verhuursysteem. De productiedatum van het mobiliteitshulpmiddel mag op dat moment niet ouder zijn dan twaalf maanden.

Een mobiliteitshulpmiddel dat ouder is dan zeven jaar, mag niet meer aan een nieuwe gebruiker worden verhuurd.

De bewijslast met betrekking tot de in dit artikel opgenomen vereisten rust op de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 269. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen houdt de volgende gegevens bij per mobiliteitshulpmiddel dat door hem wordt verhuurd en per gebruiker:

1° de huurovereenkomst;

2° het serienummer van het afgeleverde mobiliteitshulpmiddel;

3° de productiedatum van het mobiliteitshulpmiddel;

4° de datum van eerste ingebruikname van het mobiliteitshulpmiddel;

5° de aanpassingen voorzien op het afgeleverde mobiliteitshulpmiddel;

6° de data van de aflevering en van de onderhouds- en herstellingsbeurten van het mobiliteitshulpmiddel;

7° de identificatie van de gebruiker;

8° de identificatie van het woonzorgcentrum waar de gebruiker verblijft;

9° de begin- en einddatum van verhuur van het mobiliteitshulpmiddel aan de gebruiker;

10° de datum waarop het mobiliteitshulpmiddel uit het verhuursysteem wordt gehaald.

Art. 270. Voor de gebruiker die onder het toepassingsgebied valt van dit hoofdstuk conform artikel 261, 1°, vervalt noch de ingediende aanvraag, noch de beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming op het ogenblik dat hij niet langer voldoet aan de toepassingsvoorwaarde, vermeld in artikel 261, 1°, maar onder het toepassingsgebied blijft vallen omdat hij voldoet aan de toepassingsvoorwaarde, vermeld in artikel 261, 2°.

Voor de gebruiker die onder het toepassingsgebied valt van dit hoofdstuk conform artikel 261, 2°, vervalt noch de ingediende aanvraag, noch de beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming op het ogenblik dat hij niet langer voldoet aan de toepassingsvoorwaarde, vermeld in artikel 261, 2°, maar onder het toepassingsgebied blijft vallen omdat hij voldoet aan de toepassingsvoorwaarde, vermeld in artikel 261, 1°.

Art. 271. Voor een mobiliteitshulpmiddel waarvoor in het verleden aan de gebruiker een tegemoetkoming voor aankoop is toegekend, zijn de regels inzake hernieuwing, vermeld in artikel 322 tot en met 327, of in voorkomend geval de regels inzake hernieuwing opgelegd conform artikel 298, § 1, eerste lid, van toepassing. Vanaf het ogenblik van hernieuwing of voortijdige hernieuwing zijn de bepalingen van deze afdeling van toepassing voor de gebruikers, vermeld in afdeling 1.

Art. 272. Als de toestand van de gebruiker ongewijzigd is gebleven maar het mobiliteitshulpmiddel dat verhuurd is aan de gebruiker, moet worden vervangen omdat het mobiliteitshulpmiddel niet meer op een economisch verantwoorde wijze te herstellen is, brengt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen dit ter kennis van de zorgkas. Die kennisgeving omvat een kopie van de huurovereenkomst en het serienummer van de nieuwe rolstoel.

Art. 273. Als de gebruiker aan wie een mobiliteitshulpmiddel wordt verhuurd conform deze afdeling, nood heeft aan een ander mobiliteitshulpmiddel waarop de bepalingen van deze afdeling van toepassing zijn, dient de hij een nieuwe aanvraag in conform artikel 263.

Afdeling 3. — Aankoop

Art. 274. In afwijking van artikel 262 kunnen de gebruikers, vermeld in artikel 261, 2°, met een erkenning als persoon met een handicap die is verleend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, opteren voor de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel of een verzorgingsrolstoel.

Art. 275. In afwijking van artikel 262 kunnen de gebruikers, vermeld in artikel 261, 2°, die feitelijk verblijven in een andere deelstaat of in een andere lidstaat en die geen verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen vinden die bereid is een rolstoel te verhuren, opteren voor de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een rolstoel.

Art. 276. Aanvragen van tegemoetkomingen voor de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen als vermeld in artikel 274 of 275, en aanvragen van tegemoetkomingen voor de aankoop van andere mobiliteitshulpmiddelen dan een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel of een verzorgingsrolstoel, worden ingediend en behandeld conform de voorwaarden en de procedures die gelden voor de mobiliteitshulpmiddelen in kwestie, vermeld in titel 4.

HOOFDSTUK 2. — *Gebruikers met snel degeneratieve aandoeningen*

Afdeling 1. — Toepassingsgebied

Art. 277. § 1. Dit hoofdstuk is van toepassing op gebruikers met een snel degeneratieve aandoening.

De volgende aandoeningen worden van rechtswege beschouwd als snel degeneratieve aandoeningen:

1° amyotrofe lateraal sclerose;

2° primaire lateraal sclerose;

3° progressieve spinale musculaire atrofie;

4° multisysteem atrofie.

§ 2. Andere aandoeningen kunnen door het gespecialiseerd rolstoeladviesteam waartoe de gebruiker zich heeft gewend, gelijkgesteld worden met een snel degeneratieve aandoening als vermeld in paragraaf 1, als dat omstandig gemotiveerd wordt in het rolstoeladviesrapport.

In de omstandige motivering, vermeld in het eerste lid, dient het gespecialiseerd rolstoeladviesteam aan te tonen dat aan de volgende voorwaarden is voldaan:

1° er zijn een snelle negatieve prognose van het ziektebeeld of toenemende beperkingen te verwachten, wat betreft de mobiliteit en verplaatsing: van zelfstandig stappen naar de onmogelijkheid om zonder hulp van derden op te staan en zich te verplaatsen;

2° door de snelle evolutie zal de gebruiker snel en opeenvolgend verschillende aangepaste oplossingen nodig hebben, waardoor de hulpmiddelen niet voor de voorziene levensduur van het hulpmiddel kunnen worden ingezet.

In het tweede lid, 1°, wordt verstaan onder snel: een progressie van het ziektebeeld kan worden verwacht binnen een jaar of minder.

Afdeling 2. — Huur van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel, een actief rolstoel, een elektronische rolstoel of een elektronische scooter

Art. 278. De tegemoetkoming voor een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel, een actief rolstoel, een elektronische rolstoel of een elektronische scooter die wordt aangevraagd door een gebruiker als vermeld in afdeling 1, wordt toegekend in de vorm van periodieke huurforfaits. De huurforfaits dekken de maandelijkse huur van het mobiliteitshulpmiddel, met inbegrip van alle kosten die samengaan met het verstrekken, het onderhoud, de herstelling en de reconditionering van het mobiliteitshulpmiddel, alsook de vereiste aanpassingen en de verplaatsingskosten.

De omvang van de huurforfaits, vermeld in het eerste lid, wordt bepaald door de minister.

Er mogen geen supplementen worden aangerekend ten laste van de gebruiker voor kosten die worden gedekt door het huurforfait.

Art. 279. De tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, vermeld in artikel 278, wordt toegekend op basis van een indicatiestelling.

Voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel of een actief rolstoel betreft de indicatiestelling, naar keuze van de gebruiker, de invulling van een medisch voorschrift snel degeneratieve aandoening door een neuroloog of een gespecialiseerd rolstoeladviesteam of de opstelling van een rolstoeladviesrapport door een gespecialiseerd rolstoeladviesteam.

Voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor een elektronische rolstoel of een elektronische scooter betreft de indicatiestelling de opstelling van een rolstoeladviesrapport door een gespecialiseerd rolstoeladviesteam.

In afwijking van het tweede lid, betreft de indicatiestelling in het kader van een aanvraag voor een gebruiker met een aandoening die is gelijkgesteld met een snel degeneratieve aandoening conform artikel 277, § 2, altijd de opstelling van een rolstoeladviesrapport door een gespecialiseerd rolstoeladviesteam.

Art. 280. De gebruiker wendt zich met het medisch voorschrift of met het rolstoeladviesrapport, vermeld in artikel 279, tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van zijn keuze die gemachtigd is om mobiliteitshulpmiddelen te verstrekken aan personen met snel degeneratieve aandoeningen, conform artikel 367 tot en met 371.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in het eerste lid, maakt in overeenstemming met het medisch voorschrift of met het rolstoeladviesrapport, een evaluatie van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

Art. 281. De gebruiker dient de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten en voegt daarbij het medisch voorschrift of het rolstoeladviesrapport, vermeld in artikel 279.

De aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, vermeld in het eerste lid, verloopt verder conform de vereenvoudigde aanvraagprocedure, met dien verstande dat naast de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker, ook het betrokken rolstoeladviesteam door de zorgkas op de hoogte wordt gebracht van de beslissing tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming en van de motivering van die beslissing.

Art. 282. § 1. Na de beslissing tot goedkeuring van de tegemoetkoming die is aangevraagd conform de bepalingen van dit hoofdstuk, wordt het mobiliteitshulpmiddel in kwestie afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen binnen twintig werkdagen na de kennisgeving van de goedkeuring. Die termijn is alleen bij overmacht verlengbaar tot veertig werkdagen, waarbij de bewijslast rust op de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen. In voorkomend geval meldt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen de redenen van de overmacht aan de zorgkas.

Als er op het moment van de kennisgeving van de goedkeuring nog een opzeggingstermijn loopt ingevolge de opzegging van een huurovereenkomst met betrekking tot een ander mobiliteitshulpmiddel, begint de afleveringstermijn, in afwijking van het eerste lid, slechts te lopen na afloop van die opzeggingstermijn.

§ 2. Bij de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel sluiten de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker van een huurovereenkomst van onbepaalde duur.

Het model van huurovereenkomst, vermeld in het eerste lid, wordt door de minister bepaald.

Art. 283. Artikel 265 tot en met 269 en artikel 272 zijn van overeenkomstige toepassing op dit hoofdstuk.

Art. 284. De gebruiker aan wie een tegemoetkoming is toegekend voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel opgenomen op de lijst, is niet langer gehouden door de voorwaarden voor hernieuwing, vermeld in artikel 322 en 323, vanaf het ogenblik dat hij onder het toepassingsgebied valt van dit hoofdstuk en een tegemoetkoming aanvraagt voor een mobiliteitshulpmiddel als vermeld in artikel 278.

Art. 285. De gebruiker aan wie al een tegemoetkoming is verleend conform de bepalingen van dit hoofdstuk kan, afhankelijk van de wijzigende beperking van zijn mobiliteit een aanvraag indienen voor een tegemoetkoming voor een ander mobiliteitshulpmiddel, vermeld in artikel 278, zonder dat daarvoor een nieuwe indicatiestelling is vereist.

De vraag tot overschakeling naar een ander mobiliteitshulpmiddel, vermeld in het eerste lid, wordt schriftelijk gemotiveerd ten aanzien van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, die de ingediende motivering bewaart. Met het oog op die motivering, kan de gebruiker een beroep doen op bijstand van een gebruikersorganisatie met deskundigheid in snel degeneratieve aandoeningen.

In afwijking van het eerste lid, is bij de aanvraag van een tegemoetkoming voor een elektronische rolstoel of een elektronische scooter voor een gebruiker die beschikt over een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel, of een actief rolstoel wel een nieuwe indicatiestelling vereist in de vorm van een rolstoeladviesrapport dat is opgesteld conform artikel 279, derde lid.

Afdeling 3. — Aankoop

Art. 286. In afwijking van artikel 278, kunnen gebruikers opteren voor de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel, een actief rolstoel, een elektronische rolstoel of een elektronische scooter, als met de huur van het mobiliteitshulpmiddel niet kan worden tegemoetgekomen aan de bijzondere noden van de gebruiker.

Aanvragen, vermeld in het eerste lid, worden behandeld door de Bijzondere Technische Commissie conform de procedure, vermeld in titel 4, hoofdstuk 2, afdeling 1. De aanvragen worden behandeld met voorrang op de andere aanvragen die worden ingediend conform artikel 291 of 299.

Art. 287. § 1. Aanvragen voor gebruikers met een snel degeneratieve aandoening van tegemoetkomingen voor de aankoop van andere mobiliteitshulpmiddelen dan de mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 278, worden ingediend conform de vereenvoudigde aanvraagprocedure, als de mobiliteitshulpmiddelen in kwestie opgenomen zijn op de productlijst.

In afwijking van het eerste lid worden aanvragen van tegemoetkomingen voor standaard drie- of vierwielfietsen ingediend conform de uitgebreide procedure en worden aanvragen van tegemoetkomingen voor zitdriewielfietsen, voor stasystemen en voor rolstoelonderstellen voor zitschelpen of voor modulair aanpasbare ziteenheden ingediend conform de uitgebreide plus-procedure.

§ 2. Aanvragen voor gebruikers met een snel degeneratieve aandoening van tegemoetkomingen voor andere mobiliteitshulpmiddelen dan de mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 278, worden ingediend bij en behandeld door de Bijzondere Technische Commissie conform titel 4, hoofdstuk 2, afdeling 1, indien de mobiliteitshulpmiddelen in kwestie niet zijn opgenomen op de productlijst. De aanvragen worden behandeld met voorrang op de andere aanvragen die worden ingediend conform artikel 291 of 299.

Titel 4. — *Aankoop*

HOOFDSTUK 1. — Binnen de productlijst

Art. 288. § 1. De vereenvoudigde aanvraagprocedure is van toepassing in het kader van de aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een loophulpmiddel.

De basisprocedure is van toepassing in het kader van de aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een standaardrolstoel.

De uitgebreide procedure is van toepassing in het kader van de aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van de volgende mobiliteitshulpmiddelen:

1° een modulaire rolstoel;

2° een verzorgingsrolstoel;

3° een elektronische binnenscooter;

4° een standaard drie- of vierwielfiets;

5° een manuele kinderrolstoel.

De uitgebreide plus-procedure is van toepassing in het kader van de aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van de volgende mobiliteitshulpmiddelen:

1° een elektronische kinderrolstoel;

2° een actief rolstoel;

3° een actief rolstoel met individuele maatvoering;

4° een elektronische rolstoel;

5° een elektronische binnen- of buitenscooter;

6° een elektronische buitenscooter;

7° een rolstoelonderstel voor een zitschelp;

8° een rolstoelonderstel voor een modulair aanpasbare ziteenheid;

9° een statafel;

10° een rolstoel met mechanische of elektronische sta-functie;

11° een zitdriewielfiets.

§ 2. De omvang van de tegemoetkomingen voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel als vermeld in het eerste lid, wordt bepaald door de minister.

Art. 289. Na de beslissing tot goedkeuring van de tegemoetkoming die is aangevraagd voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel als vermeld in artikel 288, § 1, eerste of tweede lid, wordt het mobiliteitshulpmiddel in kwestie afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan de gebruiker binnen vijftien werkdagen na de kennisgeving van de goedkeuring. Die termijn is alleen bij overmacht verlengbaar tot dertig werkdagen, waarbij de bewijslast rust op de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, die de redenen van de overmacht meldt aan de zorgkas.

Na de beslissing tot goedkeuring van de tegemoetkoming die is aangevraagd voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel als vermeld in artikel 288, § 1, derde of vierde lid, wordt het mobiliteitshulpmiddel in kwestie afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan de gebruiker binnen dertig werkdagen na de kennisgeving van de goedkeuring. Die termijn is alleen bij overmacht verlengbaar tot zestig werkdagen, waarbij de bewijslast rust op de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, die de redenen van de overmacht meldt aan de zorgkas.

Als er op het moment van de kennisgeving van de goedkeuring nog een opzeggingstermijn loopt ingevolge de opzegging van een huurovereenkomst met betrekking tot een ander mobiliteitshulpmiddel, begint de afleveringstermijn, in afwijking van het eerste en het tweede lid, slechts te lopen na afloop van die opzeggingstermijn.

§ 2. De aflevering van een mobiliteitshulpmiddel waarvoor slechts een gedeeltelijke goedkeuring werd verkregen, kan maar plaatsvinden na bevestiging van de aankoop door de gebruiker ten aanzien van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 290. Bij de aflevering van een mobiliteitshulpmiddel conform de bepalingen van dit hoofdstuk ondertekenen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een afleveringsdocument, waarvan het model door de minister wordt bepaald.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt aan de gebruiker onmiddellijk een kopie van het ondertekende afleveringsdocument.

HOOFDSTUK 2. — *Buiten de productlijst - bijkomende tegemoetkoming*

Afdeling 1. — Mobiliteitshulpmiddelen die niet zijn opgenomen op de productlijst

Art. 291. Als het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt na evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen tot wie hij zich heeft gewend, niet is opgenomen op de productlijst, kan de gebruiker een aanvraag indienen voor een tegemoetkoming op basis van bijzondere noden.

Art. 292. Bij de aanvraag, vermeld in artikel 291, worden de volgende documenten gevoegd:

1° een indicatiestelling in de vorm van een rolstoeladviesrapport, opgemaakt door een rolstoeladviesteam conform titel 7, hoofdstuk 2;

2° een motiveringsrapport, opgesteld door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, waarvan het model door de minister wordt bepaald;

3° een testrapport, opgesteld door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen conform artikel 311, waaruit blijkt dat de test heeft plaatsgevonden met het mobiliteitshulpmiddel waarop de aanvraag betrekking heeft, als het gaat om een aanvraag van een tegemoetkoming voor een elektronische rolstoel of een elektronische scooter.

Art. 293. De aanvraag van de tegemoetkoming, vermeld in artikel 291, moet ook een bestek bevatten van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming wordt aangevraagd. De minister kan bepalen welke gegevens het bestek minstens moet bevatten.

Art. 294. De gebruiker dient de aanvraag, vermeld in artikel 291, in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten en voegt daarbij het rolstoeladviesrapport, het motiveringsrapport, het bestek en, in voorkomend geval, het testrapport.

De zorgkas is belast met een controle van de verzekeringsstatus van de gebruiker en van de vergoedingsvoorwaarden en vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op. De minister kan nader bepalen wat onder ontbrekende informatie moet worden verstaan.

Art. 295. Bij een positief resultaat van de controle, vermeld in artikel 294, tweede lid, wordt de aanvraag bezorgd aan de Zorgkassencommissie, die binnen tien werkdagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag, een advies uitbrengt aan de zorgkas over de ontvankelijkheid van de aanvraag. De adviesverlening door de Zorgkassencommissie gebeurt multidisciplinair, door een arts en een expert.

Bij de beoordeling van de ontvankelijkheid van de aanvraag houdt de Zorgkassencommissie rekening met de volgende elementen:

1° het moet een aanvraag betreffen van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel dat niet is opgenomen op de productlijst;

2° de kosten ten laste van de gebruiker moeten ten minste 300 euro bedragen, inclusief btw;

3° de vraag om de aanvraag voor te leggen aan de Bijzondere Technische Commissie moet gemotiveerd zijn;

4° de beperking van de mobiliteit van de gebruiker moet van dezelfde aard zijn als vereist voor de tegemoetkoming van een gelijkaardig mobiliteitshulpmiddel, vermeld op de productlijst;

5° de aanvraag moet voldoen aan de voorwaarden, vermeld in bijlage 5, die bij dit besluit is gevoegd.

De voorwaarde, vermeld in het tweede lid, 2°, geldt niet voor gebruikers die zich bevinden in een behartigenswaardige situatie, vermeld in artikel 46 van het decreet van 18 mei 2018.

Art. 296. § 1. De zorgkas neemt na eensluidend advies van de Zorgkassencommissie conform artikel 295, een beslissing tot ontvankelijkheid of niet-ontvankelijkheid van de aanvraag.

De beslissing, vermeld in het eerste lid, wordt door de zorgkas genomen binnen vijf werkdagen die volgen op de indiening van de aanvraag, met dien verstande dat die termijn wordt geschorst zolang de adviestermijn van de Zorgkassencommissie loopt.

De beslissingstermijn van de zorgkas, vermeld in het tweede lid, wordt ook geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 294, § 2, tweede lid, en begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag van de ontvangst van de opgevraagde informatie.

§ 2. De zorgkas brengt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op de hoogte van de beslissing, vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

De zorgkas brengt ook de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot niet-ontvankelijkheid, van de reden van de niet-ontvankelijkheid en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend.

Art. 297. De beslissing tot ontvankelijkheid van de aanvraag wordt gevolgd door de agendering van de aanvraag voor advies op de bijeenkomst van de Bijzondere Technische Commissie.

De Bijzondere Technische Commissie brengt, binnen 45 werkdagen na de beslissing tot ontvankelijkheid, een advies uit aan de zorgkas over de toekenning van de tegemoetkoming, geheel of gedeeltelijk, die is aangevraagd conform artikel 291, en over de toepasselijke regels voor de hernieuwing, de cumul en het onderhoud en de herstelling.

De Bijzondere Technische Commissie kan bijkomende informatie opvragen bij de gebruiker, bij de arts die het medisch voorschrift heeft ingevuld, bij het rolstoeladviesteam dat het rolstoeladviesrapport heeft opgesteld of bij de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die de aanvraag heeft ingediend namens de gebruiker, als zij dat noodzakelijk acht in het kader van haar adviesopdracht. Als de Bijzondere Technische Commissie bijkomende informatie opvraagt, wordt de termijn vermeld in het tweede lid, geschorst en begint die termijn opnieuw te lopen op de werkdag volgend op de dag van ontvangst van de opgevraagde informatie.

Art. 298. § 1. De zorgkas neemt, binnen vijf werkdagen na de ontvangst van het eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie, een beslissing tot goedkeuring, al dan niet gedeeltelijk, of tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming en over de toepasselijke regels voor de hernieuwing, de cumul en het onderhoud en de herstelling.

De zorgkas brengt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering, vermeld in het eerste lid. De zorgkas brengt ook de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming, in voorkomend geval van de reden van de weigering en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De zorgkas brengt ook het betrokken rolstoeladviesteam op de hoogte van de beslissing tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming en van de motivering van die beslissing.

§ 2. Na de beslissing tot toekenning van de tegemoetkoming, wordt het mobiliteitshulpmiddel in kwestie afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan de gebruiker.

De aflevering van een mobiliteitshulpmiddel waarvoor slechts een gedeeltelijke goedkeuring werd verkregen, kan maar plaatsvinden na bevestiging van de aankoop door de gebruiker ten aanzien van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

§ 3. Bij de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel in kwestie ondertekenen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een afleveringsdocument, waarvan het model door de minister wordt bepaald.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt aan de gebruiker onmiddellijk een kopie van het ondertekende afleveringsdocument.

Afdeling 2. — Bijkomende tegemoetkoming

Art. 299. Als de gebruiker belast is met de betaling van een supplement op het mobiliteitshulpmiddel waarvoor hij een tegemoetkoming aanvraagt en als op basis van de specificiteit van de noden van de gebruiker een bijkomende tegemoetkoming voor dat supplement verantwoord is, kan hij tezelfdertijd een bijkomende tegemoetkoming aanvragen.

Art. 300. Artikel 292 is van overeenkomstige toepassing op aanvragen die worden ingediend in het kader van deze afdeling.

Art. 301. De gebruiker dient de aanvraag, vermeld in artikel 299, in bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten en voegt daarbij het rolstoeladviesrapport, het motiveringsrapport en, in voorkomend geval, het testrapport.

Art. 302. De zorgkas is belast met een controle van de verzekeringsstatus van de gebruiker en van de vergoedingsvoorwaarden en vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op. De minister kan nader bepalen wat onder ontbrekende informatie moet worden verstaan.

Art. 303. § 1. Bij een positief resultaat van de controle, vermeld in artikel 302, wordt de aanvraag bezorgd aan de Zorgkassencommissie, die binnen tien werkdagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag, een advies uitbrengt aan de zorgkas over:

1° de indicatiestelling en de evaluatie door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt, conform artikel 260;

2° de ontvankelijkheid van de aanvraag van de bijkomende tegemoetkoming.

De adviesverlening door de Zorgkassencommissie gebeurt, afhankelijk van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming wordt aangevraagd, monodisciplinair of multidisciplinair.

§ 2. Bij de beoordeling van de ontvankelijkheid van de aanvraag, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, houdt de Zorgkassencommissie rekening met de volgende elementen:

1° de kosten ten laste van de gebruiker moeten ten minste 300 euro bedragen, inclusief btw;

2° de vraag om de aanvraag voor te leggen aan de Bijzondere Technische Commissie moet gemotiveerd zijn.

De voorwaarde, vermeld in het eerste lid, 1°, geldt niet voor gebruikers die zich bevinden in een behartigenswaardige situatie, vermeld in artikel 46 van het decreet van 18 mei 2018.

Art. 304. § 1. De zorgkas neemt na eensluidend advies van de Zorgkassencommissie conform artikel 303, een beslissing tot:

1° goedkeuring, al dan niet gedeeltelijk, of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming;

2° ontvankelijkheid of niet-ontvankelijkheid van de aanvraag van de bijkomende tegemoetkoming.

De beslissing, vermeld in het eerste lid, wordt door de zorgkas genomen binnen vijf werkdagen die volgen op de indiening van de aanvraag, met dien verstande dat die termijn wordt geschorst zolang de adviestermijn van de Zorgkassencommissie loopt.

De beslissingstermijn van de zorgkas, vermeld in het tweede lid, wordt ook geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 302, en begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag van ontvangst van de opgevraagde informatie.

§ 2. De zorgkas brengt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op de hoogte van de beslissing, vermeld in paragraaf 1, eerste lid.

De zorgkas brengt ook de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming of van de beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming en tot niet-ontvankelijkheid van de aangevraagde bijkomende tegemoetkoming, van de redenen van de weigering of de niet-ontvankelijkheid en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend.

De zorgkas brengt ook het betrokken rolstoeladviesteam op de hoogte van de beslissing tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming en van de motivering van die beslissing.

Art. 305. De beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming en tot ontvankelijkheid van de aanvraag van de bijkomende tegemoetkoming wordt gevolgd door de agendering van de aanvraag voor advies op de bijeenkomst van de Bijzondere Technische Commissie.

De Bijzondere Technische Commissie brengt, binnen 45 werkdagen die volgen op beslissing tot ontvankelijkheid, een advies uit aan de zorgkas over de toekenning van de bijkomende tegemoetkoming, geheel of gedeeltelijk, aangevraagd conform artikel 299.

De Bijzondere Technische Commissie kan bijkomende informatie opvragen bij de gebruiker, bij de arts die het medisch voorschrift heeft ingevuld, bij het rolstoeladviesteam dat het rolstoeladviesrapport heeft opgesteld of bij de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelendie de aanvraag heeft ingediend namens de gebruiker, als zij dat noodzakelijk acht in het kader van haar adviesopdracht. Als de Bijzondere Technische Commissie bijkomende informatie opvraagt, wordt de termijn, vermeld in het tweede lid, geschorst en begint die termijn opnieuw te lopen op de werkdag na de dag van ontvangst van de opgevraagde informatie.

Art. 306. De zorgkas neemt, binnen vijf werkdagen na de ontvangst van het eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie, een beslissing tot goedkeuring, al dan niet gedeeltelijk, of tot weigering van de bijkomende tegemoetkoming.

De zorgkas brengt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering, vermeld in het eerste lid. De zorgkas brengt ook de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering, in voorkomend geval van de reden van de weigering en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend.

Art. 307. Na de beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming en nadat een beslissing is genomen over de toekenning van de aangevraagde bijkomende tegemoetkoming, wordt het mobiliteitshulpmiddel in kwestie afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan de gebruiker.

De aflevering van een mobiliteitshulpmiddel waarvoor slechts een gedeeltelijke goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming werd verkregen of waarvoor de aanvraag van de bijkomende tegemoetkoming niet of slechts gedeeltelijk is goedgekeurd, kan maar plaatsvinden nadat de gebruiker de aankoop heeft bevestigd ten aanzien van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Bij de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, vermeld in het eerste lid, ondertekenen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een afleveringsdocument, waarvan het model door de minister wordt bepaald.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt aan de gebruiker onmiddellijk een kopie van het ondertekende afleveringsdocument.

HOOFDSTUK 3. — Forfaitaire tegemoetkoming

Art. 308. Een forfaitaire tegemoetkoming kan worden toegekend aan de gebruiker als hij een tegemoetkoming aanvraagt voor een ander mobiliteitshulpmiddel dan datgene waarvoor hij in aanmerking komt.

Voor de aanvraag, vermeld in het eerste lid, wordt de procedure gevolgd die is bepaald voor het mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming wordt aangevraagd.

In afwijking van het tweede lid, wordt de procedure gevolgd die is bepaald voor het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt, als de gebruiker onmiddellijk kiest voor een forfaitaire tegemoetkoming.

Art. 309. De omvang van de forfaitaire tegemoetkomingen en de nadere regels voor de forfaitaire tegemoetkoming worden bepaald door de minister.

Art. 310. Voor mobiliteitshulpmiddelen waarvoor een forfaitaire tegemoetkoming is toegekend, zijn de cumulregels van toepassing die opgenomen zijn in bijlage 3, die bij dit besluit is gevoegd, bij de subgroep van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

HOOFDSTUK 4. — Testrapport bij aankoop

Art. 311. § 1. Als de aanvraag van de tegemoetkoming betrekking heeft op een elektronische rolstoel of een elektronische scooter, dient de aanvraag te worden voorafgegaan door de uitvoering van een test die aantoont dat het mobiliteitshulpmiddel is aangepast aan de noden van de gebruiker en aan het gebruik ervan in zijn woon- en leefomgeving en dat de gebruiker bekwaam is om het mobiliteitshulpmiddel in kwestie zinvol en veilig te gebruiken zowel binnenshuis als, in voorkomend geval, buiten op de openbare weg.

De test, vermeld in het eerste lid, wordt uitgevoerd in de woonplaats of de woonomgeving van de gebruiker als het gaat om een elektronische rolstoel met uitzondering van de gevallen waarin het een hernieuwing betreft.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen stelt een rapport op over de test en gebruikt daarvoor het document waarvan het model door de minister wordt bepaald. De minister kan de elementen bepalen die de rapporten minstens moet bevatten.

§ 2. De test, vermeld in paragraaf 1, heeft ten minste betrekking op twee verschillende mobiliteitshulpmiddelen die aangepast zijn aan de noden van de gebruiker.

Bij een van de twee mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in het eerste lid, moet het gaan om een mobiliteitshulpmiddel waarvoor er geen supplementen zijn ten laste van de gebruiker, tenzij zulke mobiliteitshulpmiddelen niet zijn opgenomen op de productlijst.

§ 3. Per rapport als vermeld in paragraaf 1, derde lid, dat wordt opgemaakt in het kader van de aanvraag van een tegemoetkoming voor een elektronische rolstoel, ontvangt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen een vergoeding waarvan de omvang is bepaald door de minister, met dien verstande dat er per gebruiker maar één rapport kan worden vergoed en dat de vergoeding alleen wordt uitbetaald als het testrapport effectief gevolgd wordt door de aanvraag van een tegemoetkoming voor een elektronische rolstoel.

Art. 312. Als een aanvraag wordt ingediend van een forfaitaire tegemoetkoming conform artikel 308 voor een elektronische rolstoel of een elektronische scooter, moet een testrapport worden opgemaakt conform de voorwaarden en de procedures, vermeld in dit hoofdstuk.

HOOFDSTUK 5. — Tijdelijke huur voorafgaand aan de aankoop

Art. 313. Deze afdeling is van toepassing op meerderjarige gebruikers met een beperking van de mobiliteit die een beroep gedaan hebben op locomotorische of neurologische revalidatie.

Art. 314. § 1. De aanvraag door een gebruiker als vermeld in artikel 313 van een tegemoetkoming voor de aankoop van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel of een actief rolstoel moet worden voorafgegaan door de tijdelijke huur van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel of een actief rolstoel.

De aanvraag door een gebruiker als vermeld in artikel 313 van een tegemoetkoming voor de aankoop van een elektronische rolstoel of een elektronische scooter, kan worden voorafgegaan door de tijdelijke huur van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel of een actief rolstoel.

Deze paragraaf is niet van toepassing op de aanvraag van een tegemoetkoming in het kader van de hernieuwing van een mobiliteitshulpmiddel en op de aanvraag van een tegemoetkoming voor een tweede rolstoel.

§ 2. De totale duurtijd van de tijdelijke huur, die betrekking kan hebben op verschillende rolstoelen die achtereenvolgens worden gehuurd, al dan niet bij verschillende verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen, bedraagt maximum zes maanden.

§ 3. Na de periode van tijdelijke huur van minimum drie maanden, kan de gebruiker een tegemoetkoming aanvragen voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel, naargelang het geval conform de basisprocedure, de uitgebreide procedure of de uitgebreide plus-procedure.

Het mobiliteitshulpmiddel dat aan de gebruiker wordt verstrekt na goedkeuring van de aanvraag van een tegemoetkoming voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel, die is ingediend conform het eerste lid, moet nieuw zijn op het ogenblik van de aflevering.

In afwijking van het tweede lid mag de rolstoel die aan de gebruiker wordt verstrekt, ook de rolstoel zijn die eerder ter beschikking is gesteld aan de gebruiker in kwestie in het kader van de tijdelijke huur, op voorwaarde dat de rolstoel op dat ogenblik nieuw was en nog niet eerder is ingezet in verkoop of in verhuur. In voorkomend geval begint de hernieuwingstermijn van het mobiliteitshulpmiddel te lopen op het ogenblik van de datum van de ondertekening van het afleveringsdocument.

Art. 315. Voor de tijdelijke huur van een mobiliteitshulpmiddel, vermeld in artikel 314, kan een tegemoetkoming worden toegekend.

Artikel 262 is van overeenkomstige toepassing.

Art. 316. § 1. De tegemoetkoming voor de tijdelijke huur van een mobiliteitshulpmiddel, vermeld in artikel 315, wordt toegekend op basis van een indicatiestelling, die de invulling betreft van een medisch voorschrift door een arts aangevuld door de gebruiker.

In het medisch voorschrift, vermeld in het eerste lid, maakt de arts melding van de revalidatie van de gebruiker, vermeld in artikel 313.

§ 2. De gebruiker wendt zich met het medisch voorschrift, vermeld in paragraaf 1, tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van zijn keuze, die, in overeenstemming met het medisch voorschrift, een evaluatie maakt van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

Art. 317. De aanvraag van een tegemoetkoming voor de tijdelijke huur van een mobiliteitshulpmiddel verloopt verder volgens de basisprocedure, met dien verstande dat:

1° na de beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming het mobiliteitshulpmiddel in kwestie wordt afgeleverd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen binnen vijftien werkdagen na de kennisgeving van de goedkeuring. Die termijn is alleen bij overmacht verlengbaar tot dertig werkdagen, waarbij de bewijslast rust op de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, die de redenen van de overmacht meldt aan de zorgkas;

2° bij de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een huurovereenkomst van zes maanden sluiten.

Het model van de huurovereenkomst, vermeld in het eerste lid, 2°, wordt bepaald door de minister.

Art. 318. Artikel 265, 266, 268, 269 en 272 zijn van overeenkomstige toepassing.

Art. 319. § 1. De gebruiker kan met een aangetekende brief voortijdig een einde maken aan de huurovereenkomst met het oog op de sluiting van een nieuwe huurovereenkomst bij een andere verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen conform de bepalingen van dit hoofdstuk, met een opzeggingstermijn van een maand, die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van de aangetekende brief.

In afwijking van het eerste lid kan de gebruiker met een aangetekende brief een einde maken aan de huurovereenkomst zonder opzeggingstermijn als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen zijn verplichtingen op functioneel, hygiënisch en technisch vlak niet nakomt.

De beëindiging van een huurovereenkomst conform het eerste en het tweede lid wordt ook schriftelijk gemeld aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten door, naargelang het geval, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de gebruiker.

§ 2. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan met een aangetekende brief een einde maken aan de huurovereenkomst zonder opzeggingstermijn als schade aan de rolstoel wordt vastgesteld, die te wijten is aan onvoldoende zorgzaamheid en onverantwoorde behandeling van de rolstoel door de gebruiker.

De beëindiging van een huurovereenkomst conform het eerste lid wordt ook schriftelijk gemeld aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

§ 3. De huurovereenkomst eindigt van rechtswege in de gevallen, vermeld in artikel 267, § 3.

Art. 320. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan gedurende de looptijd van de tijdelijke huur namens de gebruiker een aanvraag indienen conform artikel 317 voor een tegemoetkoming voor de tijdelijke huur van een andere standaardrolstoel, modulaire rolstoel, verzorgingsrolstoel of actief rolstoel.

Met behoud van de toepassing van de opzeggingstermijn, vermeld in artikel 319, § 1, eerste lid, heeft de gebruiker gedurende de looptijd van de tijdelijke huur op elk moment de keuzevrijheid om zich te wenden tot een andere verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, die in voorkomend geval een aanvraag kan indienen namens de gebruiker voor een tegemoetkoming voor de tijdelijke huur van een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel of een actief rolstoelrolstoel, conform artikel 317.

De huurovereenkomst tussen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker na goedkeuring van de aanvraag die is ingediend conform het eerste of het tweede lid, wordt gesloten voor zes maanden, verminderd met de duurtijd van de huurovereenkomsten die de gebruiker in de maanden voordien sloot in het kader van de tijdelijke huur.

Art. 321. Als het mobiliteitshulpmiddel, dat wordt aangevraagd conform artikel 314, § 3, nog niet is afgeleverd op het ogenblik dat de maximale duurtijd van de tijdelijke huur is verstreken, moet de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie het verhuurde mobiliteitshulpmiddel kosteloos ter beschikking blijven stellen van de gebruiker, tenzij de gebruiker zelf verantwoordelijk kan worden geacht voor de laattijdige aanvraag of tenzij de gebruiker een aanvraag heeft gedaan bij een andere verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

HOOFDSTUK 6. — Hernieuwing, voortijdige hernieuwing en voortijdige aanpassingen bij aankoop

Afdeling 1. — Hernieuwing

Art. 322. § 1. De hernieuwingstermijnen van de mobiliteitshulpmiddelen worden bepaald in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd, en beginnen telkens te lopen vanaf de datum van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel in kwestie.

Voor mobiliteitshulpmiddelen waarvoor een forfaitaire tegemoetkoming is toegekend, zijn de hernieuwingstermijnen van toepassing die vermeld zijn in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd, voor het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

De hernieuwingstermijnen van mobiliteitshulpmiddelen die niet zijn opgenomen op de productlijst en waarvoor een tegemoetkoming wordt verleend conform hoofdstuk 2, afdeling 1, worden vastgelegd door de zorgkas in haar beslissing als vermeld in artikel 298, § 1, eerste lid, na eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie.

De hernieuwingstermijnen voor tweede rolstoelen worden bepaald als volgt:

1° wat de minderjarige gebruikers betreft, is de hernieuwingstermijn van toepassing zoals bepaald voor het mobiliteitshulpmiddel in kwestie in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd;

2° wat de meerderjarige gebruikers betreft, wordt de hernieuwingstermijn zoals bepaald voor het mobiliteitshulpmiddel in kwestie in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd, vermenigvuldigd met anderhalf.

§ 2. De hernieuwingstermijnen, vermeld in paragraaf 1, worden bepaald op basis van de leeftijd van de gebruiker op het ogenblik van de indiening van de aanvraag in het kader van de hernieuwing.

§ 3. Zolang de hernieuwingstermijn loopt, kan geen nieuwe aanvraag worden ingediend voor een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, met uitzondering van:

1° de gevallen waarin de cumulatie van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen is toegestaan conform de cumulregels, bepaald in bijlage 3, die bij dit besluit is gevoegd;

2° de gevallen waarin de gebruiker recht heeft op een tegemoetkoming voor een tweede rolstoel, conform de bepalingen van titel 5.

Art. 323. § 1. Als de gebruiker na afloop van de hernieuwingstermijn van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor hij een tegemoetkoming heeft ontvangen, opnieuw een tegemoetkoming aanvraagt voor een ander mobiliteitshulpmiddel, volgt hij daarvoor de aanvraagprocedure die in dit besluit is vastgelegd voor het mobiliteitshulpmiddel in kwestie.

§ 2. Voor een mobiliteitshulpmiddel dat is opgenomen in dezelfde subgroep in de prestatielijst, kan de gebruiker, in afwijking van paragraaf 1, de basisprocedure volgen.

Voor een elektronische rolstoel of een elektronische scooter die is opgenomen in een eenzelfde hoofdgroep maar in een andere subgroep in de prestatielijst, kan de gebruiker, in afwijking van paragraaf 1, de uitgebreide procedure volgen.

Art. 324. In het kader van de hernieuwing van een mobiliteitshulpmiddel waarvoor al een forfaitaire tegemoetkoming is toegekend, dient de uitgebreide procedure te worden gevolgd.

Als de gebruiker slechts in aanmerking komt voor een standaardrolstoel, kan, in afwijking van het eerste lid, de basisprocedure worden gevolgd.

Art. 325. Met behoud van de toepassing van artikel 327, zijn voor het zitkussen ter preventie van doorzitwonden ook afzonderlijke hernieuwingstermijnen bepaald in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd. De hernieuwingstermijnen worden bepaald op basis van de leeftijd van de gebruiker op het ogenblik van de indiening van de aanvraag in het kader van de hernieuwing.

Ongeacht de hernieuwingstermijn die is bepaald voor zijn rolstoel conform artikel 322, kan de gebruiker na afloop van de hernieuwingstermijn als vermeld in het eerste lid, opnieuw een tegemoetkoming aanvragen voor een zitkussen ter preventie van doorzitwonden conform de uitgebreide procedure.

Afdeling 2. — Voortijdige hernieuwing

Art. 326. In afwijking van artikel 322, kan voorafgaand aan het verstrijken van de hernieuwingstermijn een tegemoetkoming worden verleend voor een nieuw mobiliteitshulpmiddel in elk van de volgende gevallen:

1° als er zich onvoorziene en belangrijke wijzigingen voordoen bij de gebruiker van de functies van het bewegingssysteem of veranderingen van de anatomische eigenschappen die een voortijdige hernieuwing noodzakelijk maken;

2° als een voortijdige hernieuwing noodzakelijk is omdat het mobiliteitshulpmiddel onbruikbaar is geworden, met uitzondering van de gevallen van oneigenlijk gebruik van het mobiliteitshulpmiddel.

De aanvraag van de tegemoetkoming conform het eerste lid, 1°, wordt ingediend conform de uitgebreide plus-procedure.

De aanvraag van de tegemoetkoming conform het eerste lid, 2°, moet betrekking hebben op een mobiliteitshulpmiddel uit dezelfde subgroep in de prestatielijst als de subgroep van het mobiliteitshulpmiddel dat onbruikbaar is geworden en wordt ingediend conform de uitgebreide procedure.

Afdeling 3. — Voortijdige aanpassingen

Art. 327. Als, door wijzigingen bij de gebruiker van de functies van het bewegingssysteem of stoornissen van de anatomische eigenschappen, aanpassingen nodig zijn aan een reeds afgeleverd mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming is verleend, kan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen daarvoor namens de gebruiker een tegemoetkoming aanvragen conform de uitgebreide procedure.

De aanpassingen waarvoor een aanvraag wordt ingediend conform het eerste lid, moeten voorzien zijn in de prestatielijst.

HOOFDSTUK 7. — Onderhoud en herstelling bij aankoop

Art. 328. § 1. Dit hoofdstuk is van toepassing op manuele rolstoelen, elektronische rolstoelen, elektronische scooters en drie- of vierwielfietsen.

Wat de mobiliteitshulpmiddelen vermeld in het eerste lid, met uitzondering van elektronische scooters, betreft, waarvoor een tegemoetkoming is verleend conform hoofdstuk 1 van deze titel, wordt aan de gebruiker een bedrag ter beschikking gesteld voor de vergoeding van onderhouds- en herstellingskosten in de volgende gevallen:

1° een uitgebreid forfait van 40% van de tegemoetkoming die is toegekend voor de aankoop van het mobiliteitshulpmiddel in kwestie, met inbegrip van de aanpassingen, wordt toegekend aan de volgende categorieën van gebruikers:

a) gebruikers met een bewezen en definitieve volledige verplaatsingsstoornis die niet kunnen staan of stappen binnenshuis en voor wie verplaatsingen buitenshuis zonder het mobiliteitshulpmiddel onmogelijk zijn;

b) gebruikers aan wie een tegemoetkoming wordt toegekend voor een verzorgingsrolstoel, een actief rolstoel, een standaard drie- of vierwielfiets of een zitdriewielfiets, een elektronische rolstoel, een manuele kinderrolstoel, een rolstoel met sta-functie of een rolstoelonderstel;

2° een basisforfait van 150 euro wordt toegekend aan gebruikers aan wie een tegemoetkoming is verleend voor een standaardrolstoel of een modulaire rolstoel.

Wat de elektronische scooters betreft waarvoor een tegemoetkoming werd verleend conform hoofdstuk 1 van deze titel, wordt aan de gebruiker een bedrag ter beschikking gesteld voor de vergoeding van onderhouds- en herstellingskosten in de volgende gevallen:

1° een uitgebreid forfait van 40% van de tegemoetkoming die is toegekend voor de aankoop van de elektronische scooter in kwestie, met inbegrip van de aanpassingen, wordt toegekend aan de volgende categorieën van gebruikers:

a) gebruikers met een bewezen en definitieve volledige verplaatsingsstoornis die niet kunnen staan of stappen binnenshuis en voor wie verplaatsingen buitenshuis zonder het mobiliteitshulpmiddel onmogelijk zijn en die de elektronische scooter gebruiken voor professionele doeleinden zoals het volgen van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding;

b) gebruikers die lijden aan een evolutieve neuromusculaire aandoening, een evolutieve myopathie, multiple sclerose, tetraparese, quadriparese of chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis, namelijk reumatoïde artritis, spondyloartropathie, juveniele chronische artritis, systemische lupus en sclerodermie volgens de definitie die aanvaard is door de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie, waarbij de elektronische scooter de enige aangewezen mobiliteitsoplossing is.

2° een basisforfait van 250 euro wordt toegekend aan de gebruikers die niet in aanmerking komen voor het bedrag, vermeld in punt 1°.

§ 2. Als aan de gebruiker een forfaitaire tegemoetkoming wordt toegekend conform artikel 308, worden de regels, vermeld in paragraaf 1, toegepast in functie van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.

§ 3. De vergoedingen voor onderhouds- en herstellingskosten voor mobiliteitshulpmiddelen die niet zijn opgenomen op de productlijst en waarvoor een tegemoetkoming wordt verleend conform hoofdstuk 2, afdeling 1, worden vastgelegd door de zorgkas in haar beslissing als vermeld in artikel 298, § 1, eerste lid, na eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie.

§ 4. Het bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten wordt door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aangevraagd in het kader van de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel in kwestie.

§ 5. Het bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten staat ter beschikking van de gebruiker vanaf de aflevering van het betreffende mobiliteitshulpmiddel tot op het moment van de aflevering van een nieuw mobiliteitshulpmiddel waarvoor een tegemoetkoming wordt verleend.

Art. 329. § 1. Het bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten voor een mobiliteitshulpmiddel dat ter beschikking wordt gesteld aan de gebruiker conform artikel 328, mag alleen besteed worden aan onderhouds- en herstellingskosten die betrekking hebben op dat mobiliteitshulpmiddel.

De onderhouds- en herstellingskosten, vermeld in het eerste lid, moeten vergoedbaar zijn conform de prestatielijst.

Het bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten mag in geen geval worden aangewend voor kosten die onder een garantieregeling vallen en bijgevolg niet ten laste mogen worden gelegd van de gebruiker of van de Vlaamse sociale bescherming.

§ 2. Voor het onderhoud of de herstelling van een mobiliteitshulpmiddel conform paragraaf 1 wendt de gebruiker zich tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van zijn keuze. Het onderhoud of de herstelling wordt uitgevoerd door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen zelf of onder zijn verantwoordelijkheid en moet worden voorafgegaan door de ondertekening door de gebruiker van een offerte die de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bewaart met het oog op a posteriori controles.

De onderneming van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die het onderhoud of de herstelling uitvoert of onder de verantwoordelijkheid van wie het onderhoud of de herstelling wordt uitgevoerd, bezorgt de factuur aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten via een digitale applicatie, geattesteerd conform de bepalingen van titel 6, hoofdstuk 2.

De terugbetaling van de factuur, vermeld in het tweede lid, door de zorgkas aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, gaat gepaard met de aftrek van het factuurbedrag van het bedrag dat ter beschikking staat voor onderhouds- en herstellingskosten.

§ 3. Als het bedrag van de factuur die is ingediend door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen conform paragraaf 2, tweede lid, meer bedraagt dan het bedrag dat ter beschikking staat voor onderhouds- en herstellingkosten, wordt die factuur terugbetaald ten belope van het bedrag dat ter beschikking staat.

Vanaf het moment dat het ter beschikking gestelde bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten is opgebruikt, worden de facturen niet meer terugbetaald.

Art. 330. In afwijking van artikel 329, § 3, kan de gebruiker, als het ter beschikking gestelde bedrag voor onderhouds- en herstellingskosten is opgebruikt, toch een aanvraag indienen met het oog op de, al dan niet gedeeltelijke, terugbetaling van herstellingskosten als het te herstellen defect veroorzaakt is door uitzonderlijke omstandigheden en als de herstelling essentieel is opdat het mobiliteitshulpmiddel opnieuw bruikbaar wordt.

De bepalingen van hoofdstuk 2, afdeling 1, zijn van overeenkomstige toepassing op de aanvragen die worden ingediend conform het eerste lid, met dien verstande dat:

1° bij de aanvraag de volgende documenten moeten worden gevoegd:

a) een motiveringsrapport, opgesteld door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, waarvan het model door de minister wordt bepaald;

b) een bestek dat de herstellingskosten bevat waarvoor een tegemoetkoming wordt aangevraagd.

2° de Zorgkassencommissie een negatief advies geeft in het kader van de beoordeling van de ontvankelijkheid van de aanvraag in elk van de volgende gevallen:

a) de kosten ten laste van de gebruiker bedragen niet minstens 300 euro, inclusief btw, met uitzondering van de gevallen waarin de gebruiker zich bevindt in een behartigenswaardige situatie, vermeld in artikel 46 van het decreet van 18 mei 2018;

b) de vraag om de aanvraag voor te leggen aan de Bijzondere Technische Commissie is niet gemotiveerd;

c) uit de aanvraag blijkt manifest dat het niet gaat om uitzonderlijke omstandigheden;

3° de zorgkas, in geval van niet-ontvankelijkheid van de aanvraag wegens de manifeste afwezigheid van uitzonderlijke omstandigheden, de gebruiker ook op de hoogte brengt van de redenen op basis waarvan de Zorgkassencommissie die manifeste afwezigheid heeft vastgesteld;

4° de zorgkas, na eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie, een van de volgende beslissingen neemt:

a) de toekenning van een eenmalig, forfaitair bedrag voor de vergoeding van de herstellingskosten;

b) de weigering van enige tegemoetkoming, al dan niet met het advies om een aanvraag in te dienen tot voortijdige hernieuwing conform artikel 326.

HOOFDSTUK 8. — Uitzonderlijke situaties

Art. 331. § 1. Als een gebruiker nood heeft aan een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, zich in een uitzonderlijke situatie bevindt en geen tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel kan verkrijgen op basis van de andere aanvraagprocedures waarin dit besluit voorziet, kan hij een aanvraag van een tegemoetkoming indienen bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten, mits omstandige motivering van de aanvraag.

De minister kan nader bepalen wat moet worden verstaan onder een uitzonderlijke situatie, vermeld in het eerste lid.

De minister kan bepalen welke documenten de gebruiker bij de aanvraag moet voegen.

§ 2. De zorgkas bezorgt de aanvragen, ingediend conform paragraaf 1, binnen vijf werkdagen aan het agentschap, dat de ontvankelijkheid van de aanvraag beoordeelt binnen tien werkdagen. Een aanvraag is onontvankelijk als uit de aanvraag manifest blijkt dat niet is voldaan aan een van de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, of als de aanvraag niet de vereiste documenten bevat.

§ 3. De beslissing tot ontvankelijkheid van de aanvraag wordt gevolgd door de agendering van de aanvraag voor advies op de bijeenkomst van de Bijzondere Technische Commissie.

De Bijzondere Technische Commissie brengt, binnen 45 werkdagen na de beslissing tot ontvankelijkheid, een advies uit aan de zorgkas over de toekenning, geheel of gedeeltelijk, van de tegemoetkoming, aangevraagd conform paragraaf 1.

§ 4. De zorgkas neemt, binnen vijf werkdagen na ontvangst van het eensluidend advies van de Bijzondere Technische Commissie, een beslissing tot goedkeuring, al dan niet gedeeltelijk, of tot weigering van de aangevraagde tegemoetkoming.

§ 5. De zorgkas brengt de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot onontvankelijkheid, goedkeuring of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming en in voorkomend geval van de reden van de onontvankelijkheid of de weigering en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De zorgkas brengt ook de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op de hoogte.

Art. 332. De beslissing tot toekenning van de tegemoetkoming, aangevraagd conform artikel 331, wordt gevolgd door de uitvoering van de beslissing.

Bij de aflevering van een mobiliteitshulpmiddel ondertekenen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de gebruiker een afleveringsdocument, waarvan het model door de minister wordt bepaald.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt aan de gebruiker onmiddellijk een kopie van het ondertekende afleveringsdocument.

De aflevering van een mobiliteitshulpmiddel waarvoor slechts een gedeeltelijke goedkeuring werd verkregen, kan maar plaatsvinden na bevestiging van de aankoop door de gebruiker ten aanzien van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Titel 5. — *Tegemoetkoming voor een tweede rolstoel*

Art. 333. Dit hoofdstuk is van toepassing op gebruikers die een tegemoetkoming hebben ontvangen voor de aankoop of de huur van een manuele rolstoel, elektronische rolstoel of een elektronische scooter, met uitzondering van de gebruikers, vermeld in artikel 261, 1°, en artikel 277, en gebruikers die een tegemoetkoming ontvangen voor de tijdelijke huur van een rolstoel conform titel 4, hoofdstuk 5.

Art. 334. Met behoud van de toepassing van de cumulregels, opgenomen in bijlage 3, die bij dit besluit is gevoegd, en ongeacht de voorwaarden en de termijnen voor de hernieuwing die van toepassing zijn op het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker al een tegemoetkoming heeft gekregen, kan een gebruiker als vermeld in artikel 333, aanspraak maken op een tegemoetkoming voor de aankoop of de huur van een tweede rolstoel in elk van de volgende gevallen:

1° de gebruiker verblijft in een semi-residentiële of residentiële voorziening, zijn rolstoel kan niet worden vervoerd en hij heeft ook thuis een rolstoel nodig;

2° de gebruiker moet thuis een verdieping kunnen overbruggen en beschikt daarvoor alleen over een traplift of een rolstoelontoegankelijke lift en er zijn geen plannen op korte termijn om het huis volledig rolstoeltoegankelijk te maken op de gelijkvloerse verdieping;

3° aan de gebruiker is al een tegemoetkoming verleend voor een elektronische rolstoel;

4° de gebruiker heeft de rolstoel nodig in het kader van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding en kan bij het besturen van de wagen zijn rolstoel niet zelfstandig meenemen.

De tweede rolstoel, vermeld in het eerste lid, kan een standaardrolstoel, een modulaire rolstoel of een rolstoelonderstel voor een zitschelp zijn als het gaat om meerderjarige gebruikers en een standaard kinderrolstoel, een actief kinderrolstoel, een duwwandelwagen of een onderstel voor een zitschelp als het gaat om minderjarige gebruikers, waarbij de cumulregels gelden die zijn opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd.

De tweede rolstoel moet in voorkomend geval worden uitgerust met de nodige aanpassingen.

Art. 335. De aanvraag van een tegemoetkoming voor een tweede rolstoel verloopt volgens de procedure die van toepassing zou zijn in het kader van dit besluit als het zou gaan om een eerste rolstoel.

Art. 336. De omvang van de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 334, eerste lid, wordt bepaald door de minister.

Titel 6. — Toekenning van tegemoetkomingen

HOOFDSTUK 1. — *Facturatie*

Art. 337. De tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen die aan de gebruiker is toegekend conform de bepalingen van dit besluit, wordt door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten uitbetaald aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of in voorkomend geval aan de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie werkt, via een trekkingsrecht.

Dit hoofdstuk is van toepassing op de facturatie aan de zorgkas van de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid.

De facturatie aan de zorgkas van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen dient steeds te worden voorafgegaan door de indiening, door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, van een afleveringsdocument of een huurovereenkomst, opgesteld en ondertekend conform artikel 264, 282, 290, 298, 307 of 317.

Art. 338. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of, in voorkomend geval, de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt op het ogenblik van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, factureert de voor het mobiliteitshulpmiddel toegekende tegemoetkoming aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten op het ogenblik van de aflevering of, als het gaat over de facturatie van huurforfaits, aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten gedurende de maand waarop de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft.

Als de gebruiker niet meer is aangesloten bij een zorgkas op het ogenblik van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, moet er worden gefactureerd aan de laatste zorgkas waarbij de gebruiker was aangesloten.

De facturatie gebeurt op maandelijkse basis en per zorgkas, via een digitale applicatie die geattesteerd is conform de bepalingen van hoofdstuk 2.

Art. 339. § 1. In het kader van de verkoop aan een gebruiker van een mobiliteitshulpmiddel is het bedrag dat kan worden gefactureerd gelijk aan het bedrag van de tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel, zoals van toepassing op datum van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel in kwestie.

In afwijking van het eerste lid, is het bedrag dat kan worden gefactureerd gelijk aan de publieksprijs als de publieksprijs lager ligt dan het bedrag van de tegemoetkoming.

De datum van aflevering van een mobiliteitshulpmiddel is de datum van de ondertekening van het afleveringsdocument.

§ 2. De facturatie van een hogere tegemoetkoming dan de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1, eerste of tweede lid, wordt niet aanvaard.

§ 3. Bij overlijden van de gebruiker tussen de goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming en de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, kan aan de zorgkas nog een bedrag worden gefactureerd van 25% van de tegemoetkoming die op het mobiliteitshulpmiddel in kwestie van toepassing was op datum van de goedkeuring. Artikel 337, derde lid, is in voorkomend geval niet van toepassing.

In afwijking van het eerste lid is het bedrag dat kan worden gefactureerd gelijk aan 25% de publieksprijs als de publieksprijs lager ligt dan het bedrag van de tegemoetkoming.

Het eerste lid is niet van toepassing op tegemoetkomingen voor loophulpmiddelen.

In afwijking van het eerste lid kan een bedrag van 40% worden gefactureerd als het gaat om maatwerk.

In dit artikel wordt verstaan onder maatwerk: elke hulpmiddel dat speciaal is vervaardigd volgens het voorschrift van een gekwalificeerde arts waarin onder zijn verantwoordelijkheid de specifieke kenmerken van het ontwerp zijn aangegeven, en dat is bestemd om uitsluitend door één bepaalde gebruiker te worden gebruikt.

Art. 340. § 1. In het kader van de verhuur aan gebruikers van mobiliteitshulpmiddelen, nemen de te factureren tegemoetkomingen de vorm aan van maandelijkse huurforfaits, , zoals van toepassing in de maand waarop de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft.

De facturatie van een ander bedrag dan het bedrag, vermeld in het eerste lid, wordt niet aanvaard.

§ 2. Met behoud van de toepassing van artikel 262, § 2, is de betaling van een maandelijks huurforfait verschuldigd vanaf:

1° de maand van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, als de aflevering plaatsvindt van de eerste tot en met de vijftiende dag van die maand;

2° de maand na de maand van de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, als de aflevering plaatsvindt na de vijftiende dag van die maand.

Met behoud van de toepassing van artikel 262, § 2, is de betaling van een maandelijks huurforfait verschuldigd tot en met:

1° de maand die voorafgaat aan de maand waarin de huurovereenkomst eindigt, als de beëindiging plaatsvindt van de eerste tot en met de vijftiende dag van de maand;

2° de maand waarin de huurovereenkomst eindigt, als de beëindiging plaatsvindt na de vijftiende dag van de maand.

De datum van de aflevering van een mobiliteitshulpmiddel is de datum van de ondertekening van de huurovereenkomst.

§ 3. Bij overlijden van de gebruiker tussen de goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming en de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel, kan aan de zorgkas nog een bedrag worden gefactureerd ter compensatie van de gemaakte administratieve kosten. De omvang van het bedrag wordt bepaald door de minister.

Art. 341. De bundel facturen die ingediend wordt door een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of een onderneming, dient een opsomming te bevatten van de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor een tegemoetkoming wordt gefactureerd aan de zorgkas enerzijds en de aan de gebruiker aangerekende supplementen anderzijds.

De minister bepaalt de elementen die de facturen minimaal moeten bevatten.

Art. 342. § 1. De facturen die ingediend worden conform artikel 338, moeten correct en volledig worden ingevuld. Als dat niet het geval is, worden ze geweigerd en teruggestuurd naar de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie of in voorkomend geval de onderneming in kwestie.

§ 2. De factuur moet in overeenstemming zijn met de voorwaarden inzake de toekenning van de gefactureerde tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel of de aanpassing in kwestie, die zijn opgenomen in het decreet van 18 mei 2018 en in dit besluit.

De facturen of onderdelen van facturen die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, worden verworpen.

Bundels facturen waarvan het aantal verworpen onderdelen een door de minister bepaald aandeel bereikt, worden in hun geheel geweigerd. Andere facturen worden uitbetaald door de zorgkas binnen zes weken vanaf de datum van de ontvangst van de correct en volledig ingevulde factuur, met uitzondering van de tegemoetkomingen waarop de verworpen onderdelen betrekking hebben.

Art. 343. De toepassing van artikel 62 van het decreet van 18 mei 2018 op de facturatie door een onderneming aan de zorgkas conform de bepalingen van dit hoofdstuk, heeft tot gevolg dat:

1° wat tegemoetkomingen voor de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen betreft: de onderneming moet de tegemoetkoming factureren binnen uiterlijk twee jaar vanaf de datum van de aflevering van het betreffende mobiliteitshulpmiddel, met uitzondering van de gevallen waarin de verjaring wordt geschorst of gestuit;

2° wat huurforfaits betreft: de onderneming moet de tegemoetkomingen factureren binnen uiterlijk twee jaar vanaf de maand waarop de factuur betrekking heeft, met uitzondering van de gevallen waarin de verjaring wordt geschorst of gestuit.

Een aangetekende brief stuit de verjaring.

HOOFDSTUK 2. — *Software*

Art. 344. § 1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 338, derde lid, en artikel 376, § 1, tweede lid, moet voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid die de minister bepaalt, na advies van een groep van onafhankelijke experten.

Het agentschap staat in voor de attestering van de digitale applicaties die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid.

§ 2. Verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen en ondernemingen in opdracht waarvan verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen werken die geen gebruik maken van een digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, kunnen geen aanvragen indienen van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen en kunnen niet factureren aan de zorgkassen.

§ 3. De experten, vermeld in paragraaf 1, worden voorgedragen door de betrokken beroepsorganisaties. De minister kan nadere regels bepalen over de samenstelling en de werking van de groep van onafhankelijke experten.

Art. 345. § 1. Aanvragen van attestering als vermeld in artikel 344, § 1, tweede lid, kunnen door de softwareleveranciers worden ingediend bij het agentschap.

Het agentschap organiseert binnen een maand na de indiening van een aanvraag conform het eerste lid een test waarin wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden vermeld in artikel 344, § 1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

De minister kan nadere regels bepalen over de aanvragen, vermeld in het eerste lid, en de organisatie van de testen, vermeld het tweede lid.

§ 2. Het agentschap bezorgt het testrapport, dat is opgesteld conform paragraaf 1, tweede lid, aan de groep van onafhankelijke experten, vermeld in artikel 344, § 1, eerste lid, die binnen een maand na de ontvangst van het testrapport een advies bezorgt aan het agentschap.

Na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experten neemt het agentschap een beslissing tot attestering of tot weigering van de attestering van de digitale applicatie en brengt de aanvrager op de hoogte van die beslissing.

§ 3. De softwareleveranciers die een digitale applicatie ontwikkelen, kunnen te allen tijde een nieuwe aanvraag indienen bij het agentschap.

Art. 346. Een attestering van een digitale applicatie die is toegekend conform artikel 345, is geldig tot en met 31 december van het derde jaar dat volgt op het jaar van de attestering.

Gedurende de attesteringstermijn wordt de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 344, § 1, eerste lid.

Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer zou voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 344, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na advies van de groep van onafhankelijke experten, beslissen om binnen de lopende attesteringstermijn een nieuwe test te organiseren. Afhankelijk van het resultaat van de test kan het agentschap, na bindend advies van de groep van onafhankelijke experten, beslissen om de attestering te bevestigen of in te trekken of om de attesteringstermijn in te korten.

Bij een wijziging van de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 344, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na advies van de groep van onafhankelijke experten, beslissen om de attesteringstermijn in te korten of om bijkomende of nieuwe testen op te leggen.

Art. 347. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit hoofdstuk, worden gepubliceerd op de website van het agentschap met vermelding van hun geldigheidstermijn.

HOOFDSTUK 3. — *Indexering*

Art. 348. De bedragen van de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen worden met ingang van het kalenderjaar 2020 ieder jaar op 1 januari aangepast aan de ontwikkeling van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april van het voorgaande jaar ten opzichte van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april 2018.

Titel 7. — *Indicatiestelling*

HOOFDSTUK 1. — *Medisch voorschrift*

Art. 349. § 1. Een model van een medisch voorschrift als vermeld in artikel 247, 258 en 316, wordt bepaald door de minister.

Documenten van andere deelstaten, andere lidstaten van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland, andere dan het model, vermeld in het eerste lid, worden enkel aanvaard als medisch voorschrift voor zover alle informatie die op basis van het model moet worden verstrekt, in de documenten aanwezig is.

Het medisch voorschrift wordt ondertekend door de arts en door de gebruiker en mag op het ogenblik van de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming niet ouder zijn dan twaalf maanden.

§ 2. Een model van een medisch voorschrift snel degeneratieve aandoening als vermeld in artikel 279, tweede lid, wordt bepaald door de minister.

Documenten van andere deelstaten, andere lidstaten van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland, andere dan het model, vermeld in het eerste lid, worden enkel aanvaard als medisch voorschrift snel degeneratieve aandoening voor zover alle informatie die op basis van het model moet worden verstrekt, in de documenten aanwezig is.

Het medisch voorschrift snel degeneratieve aandoening wordt ondertekend door de neuroloog of het gespecialiseerd rolstoeladviesteam en door de gebruiker en mag op het ogenblik van de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming niet ouder zijn dan twaalf maanden.

HOOFDSTUK 2. — *Rolstoeladviesrapport*

Art. 350. Een model van rolstoeladviesrapport als vermeld in de artikelen artikel 258, 279 en 292, wordt bepaald door de minister.

Documenten van andere deelstaten, andere lidstaten van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland, andere dan het model, vermeld in het eerste lid, worden enkel aanvaard als rolstoeladviesrapport voor zover alle informatie die op basis van het model moet worden verstrekt, in de documenten aanwezig is.

Het rolstoeladviesrapport wordt altijd ondertekend door het rolstoeladviesteam of gespecialiseerde rolstoeladviesteam in kwestie en door de gebruiker, en mag op het ogenblik van de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming niet ouder zijn dan twaalf maanden.

Art. 351. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam kan bijkomende informatie opvragen bij de gebruiker, bij de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen tot wie de gebruiker zich in voorkomend geval al heeft gewend of, met toestemming van de gebruiker, bij de behandelend arts van de gebruiker, als het team dat noodzakelijk acht voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport.

Art. 352. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam dient een rolstoeladviesrapport af te leveren binnen twintig werkdagen na de dag waarop de gebruiker zich heeft aangemeld bij het team.

De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt geschorst als het team bijkomende informatie opvraagt conform artikel 351, en begint opnieuw te lopen op de werkdag volgend op de dag van ontvangst van de opgevraagde informatie.

Art. 353. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam stelt aan de gebruiker een lijst ter beschikking van alle verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen tot wie de gebruiker zich naar eigen keuze kan wenden. De minister kan de nadere modaliteiten hiervan bepalen.

HOOFDSTUK 3. — *Erkenning indicatiestellers*

Art. 354. Alleen erkende indicatiestellers kunnen het medisch voorschrift of het rolstoeladviesrapport, vermeld in artikel 349 en 350, opmaken.

Art. 355. De artsen die gemachtigd zijn om de geneeskunde uit te oefenen conform artikel 25 van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, worden van rechtswege erkend als indicatiesteller in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen, met het oog op de opmaak van medische voorschriften en, met behoud van de toepassing van artikel 349, § 2, tweede lid, van dit besluit, medische voorschriften snel degeneratieve aandoening, vermeld in artikel 349 van dit besluit.

Art. 356. De diensten die conform artikel 75 of 110 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging een revalidatieovereenkomst 7.90 hebben afgesloten met de Vlaamse Regering voor het opstellen van rolstoeladviesrapporten, worden van rechtswege erkend als indicatiesteller in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen met het oog op de opmaak van de rolstoeladviesrapporten, vermeld in artikel 350.

De diensten, vermeld in het eerste lid, treden op als rolstoeladviesteam in het kader van dit besluit.

Art. 357. De equipes van de referentiecentra voor patiënten die lijden aan neuromusculaire aandoeningen die conform artikel 75 of 110 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging een revalidatieovereenkomst 7.90 hebben afgesloten met de Vlaamse Regering voor het opstellen van rolstoeladviesrapporten, worden van rechtswege erkend als indicatiesteller in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen met het oog op de opmaak van de medische voorschriften snel degeneratieve aandoening en de rolstoeladviesrapporten, vermeld in artikel 350.

De equipes, vermeld in het eerste lid, treden op als gespecialiseerd rolstoeladviesteam in het kader van dit besluit.

Art. 358. Artsen in andere lidstaten van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland die door de regelgeving van het land in kwestie de geneeskunde mogen uitoefenen, worden gelijkgesteld met de indicatiestellers, erkend conform artikel 355.

Diensten of equipes in andere deelstaten, in andere lidstaten van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland die door de regelgeving van de deelstaat of van het land in kwestie rolstoeladviesrapporten mogen opstellen, worden gelijkgesteld met de indicatiestellers, erkend conform artikel 356.

Diensten of equipes in andere deelstaten, in andere lidstaten van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland die door de regelgeving van de deelstaat of van het betreffende land in kwestie medische voorschriften snel degeneratieve aandoening en rolstoeladviesrapporten mogen opstellen voor personen met snel degeneratieve aandoeningen, worden gelijkgesteld met de indicatiestellers, erkend conform artikel 357.

Titel 8. — *Productlijst*

HOOFDSTUK 1. — *Opmaak van de productlijst*

Art. 359. § 1. De productlijst, vermeld in artikel 113 van het decreet van 18 mei 2018, wordt opgemaakt door de leidend ambtenaar van het agentschap en kan worden gewijzigd conform de bepalingen van hoofdstuk 2, in voorkomend geval na advies van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen.

De producten op de productlijst, vermeld in het eerste lid, worden ingedeeld in een van de subgroepen als vermeld in artikel 240, derde lid, met vermelding van de volgende elementen:

1° de fabrikant

2° de aanvrager, vermeld in artikel 360, § 1;

3° het merk;

4° het type;

5° de publieksprijs;

6° de aangeboden aanpassingen, waaronder:

a) de aangeboden aanpassingen in het basisproduct;

b) de aangeboden aanpassingen ter vervanging van de aanpassingen in het basisproduct, met inbegrip van het door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan te rekenen tarief;

c) de aangeboden bijkomende aanpassingen, met inbegrip van het door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan te rekenen tarief;

7° de productcode.

§ 2. De mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 262, artikel 278, eerste lid, artikel 288, artikel 308, eerste lid, artikel 314, § 1, eerste en tweede lid, artikel 326 en artikel 334, tweede lid, moeten opgenomen zijn op de productlijst.

Voor de aanvraag van tegemoetkomingen voor producten die niet zijn opgenomen op de productlijst, moet de procedure, vermeld in titel 4, hoofdstuk 2, afdeling 1, worden gevolgd.

HOOFDSTUK 2. — *Opname van producten op de productlijst*

Art. 360. § 1. Een fabrikant van mobiliteitshulpmiddelen of een door de fabrikant gemandateerde aanvrager kan optreden als aanvrager voor de toepassing van dit hoofdstuk.

De aanvrager, vermeld in het eerste lid, moet gevestigd zijn in de Europese Economische Ruimte en geregistreerd zijn bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten conform artikel 4 van het koninklijk besluit van 15 november 2017 betreffende de notificatie van een contactpunt materiovigilantie en de registratie van de distributeurs en uitvoerders van medische hulpmiddelen.

§ 2. Met het oog op de opname van mobiliteitshulpmiddelen op de productlijst, dient de aanvrager een volledig ingevulde en ondertekende verklaring in bij het agentschap.

De verklaring bepaalt onder meer:

1° de identificatiegegevens van de fabrikant en van de gemandateerde aanvrager;

2° in voorkomend geval, de relatie tussen de fabrikant en de gemandateerde aanvrager;

3° de identificatiegegevens van de natuurlijke personen voor wie toegang wordt aangevraagd tot de applicatie met de in te vullen productfiche.

Het model van de verklaring, vermeld in het eerste lid, wordt bepaald door de minister.

Art. 361. § 1. Op basis van de verklaring die ingediend is conform artikel 360, wordt aan de aanvrager of aan de door hem aangewezen natuurlijke personen toegang verleend tot de applicatie met de in te vullen productfiche.

De productfiche moet volledig zijn ingevuld en dient alle opgevraagde inlichtingen en documenten, vermeld in bijlage 5, te bevatten.

Als de inhoud van de productfiche voldoet aan de voorwaarden die zijn opgenomen onder de betreffende subgroep in de prestatielijst, wordt de aanvraag door het agentschap geagendeerd voor advies op de bijeenkomst van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen.

Als de inhoud van de productfiche niet voldoet aan de voorwaarden die zijn opgenomen onder de betreffende subgroep in de prestatielijst, wordt de aanvraag door het agentschap geweigerd.

§ 2. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen verleent een advies aan de leidend ambtenaar van het agentschap over de vraag of het mobiliteitshulpmiddel in kwestie of de aanpassingen kunnen worden opgenomen op de productlijst.

De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen kan bijkomende informatie opvragen als ze dat wenselijk vindt voor de vervulling van haar opdracht, vermeld in het eerste lid.

Op basis van het advies van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen, verleend conform het tweede lid, kan de leidend ambtenaar van het agentschap de productlijst wijzigen.

Art. 362. § 1. De aanvrager kan op elk moment een verzoek indienen tot actualisering van de productfiches van de producten waarvoor hij de opname op de productlijst heeft aangevraagd en verkregen.

De minister kan voorwaarden en procedures bepalen voor de indiening en de afhandeling van de verzoeken, vermeld in het eerste lid.

§ 2. Periodiek verzoekt het agentschap de aanvrager om de productfiches van de producten waarvoor hij de opname op de productlijst heeft gevraagd en verkregen, te actualiseren binnen een daarvoor aangegeven termijn.

Bij gebrek aan antwoord van de aanvrager op het verzoek tot actualisering van de productfiches binnen de daarvoor aangegeven termijn, wordt hij opnieuw herinnerd aan het verzoek tot actualisering. Bij ontstentenis van een antwoord op die herinnering binnen tien werkdagen worden zijn producten van de productlijst geschrapt. Het betreffende product blijft in voorkomend geval vergoedbaar tot zes maanden na de beslissing tot schrapping.

Art. 363. Als de prestatielijst wordt gewijzigd, moet de aanvrager binnen een termijn, bepaald door de minister, een actualisering van de betreffende productfiches indienen.

Bij gebrek aan een actualisering conform het eerste lid, worden de producten in kwestie van de productlijst geschrapt door de leidend ambtenaar van het agentschap. Het betreffende product blijft in voorkomend geval vergoedbaar tot zes maanden na de beslissing tot schrapping.

Art. 364. De aanvrager kan een aanvraag indienen met het oog op de schrapping van mobiliteitshulpmiddelen van de productlijst.

Ingevolge het verzoek tot schrapping kan de leidend ambtenaar van het agentschap de productlijst wijzigen. Het betreffende product blijft in voorkomend geval vergoedbaar tot zes maanden na de beslissing tot schrapping.

Titel 9. — *Verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen*

HOOFDSTUK 1. — *Machtiging*

Art. 365. De gebruikers maken aanspraak op een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen conform de bepalingen van dit besluit als ze zich wenden tot verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen die conform de bepalingen van dit hoofdstuk gemachtigd zijn om mobiliteitshulpmiddelen te verkopen of te verhuren.

Art. 366. De verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen die aan één van de onderstaande voorwaarden voldoen, worden van rechtswege gemachtigd om mobiliteitshulpmiddelen te verkopen of te verhuren:

1° ze beschikken over een erkenning als orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen ter uitvoering van artikel 72 van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015;

2° ze beschikken over een erkenning voor de verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen en hun aanpassingen, afgeleverd conform artikel 215 van de Ziekteverzekeringswet.

Art. 367. Verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen zijn alleen gemachtigd om mobiliteitshulpmiddelen te verkopen of te verhuren aan gebruikers die aanspraak maken op een tegemoetkoming conform titel 3, hoofdstuk 2, als ze, naast de voorwaarden, vermeld in artikel 366, voldoen aan de volgende voorwaarden:

1° ze hebben voldoende deskundigheid om een kwalitatieve dienstverlening te kunnen waarborgen aan de doelgroep in kwestie;

2° ze hebben voldoende deskundigheid inzake hulpmiddelen voor communicatie, computer en omgevingsbediening;

3° ze nemen maatregelen om de afleveringstermijnen, vermeld in artikel 282, § 1, te respecteren.

De voorwaarden, vermeld in het eerste lid, 1° tot en met 3°, kunnen worden vervuld:

1° door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen zelf;

2° door de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt;

3° binnen een samenwerkingsverband waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen deel uitmaakt en het bestaan aantoont.

De minister kan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, 1° tot en met 3°, nader specifiëren.

Art. 368. Om een machtiging als vermeld in artikel 367 te krijgen, dient de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen een aanvraag van machtiging in bij het agentschap.

De aanvraag, vermeld in het eerste lid, is alleen ontvankelijk als ze al de volgende stukken en gegevens bevat:

1° de identitificatiegegevens van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen;

2° de identificatiegegevens, waaronder het KBO-nummer, van de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt;

3° het bewijs van de deskundigheid, vermeld in artikel 367, eerste lid, 1° en 2°;

4° een beschrijving van de maatregelen die worden genomen om de afleveringstermijnen, vermeld in in artikel 282, § 1, te respecteren.

Art. 369. Als de aanvraag van machtiging onontvankelijk is, meldt het agentschap dat aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag. Na het verstrijken van die termijn wordt de aanvraag geacht ontvankelijk te zijn.

Het agentschap kan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen om aanvullende inlichtingen verzoeken. De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt in voorkomend geval geschorst en begint opnieuw te lopen op de dag na de ontvangst van de inlichtingen.

Als het agentschap de inlichtingen, vermeld in het tweede lid, niet ontvangt binnen dertig dagen na de datum van de verzending van het verzoek, wordt de machtigingsaanvraag onontvankelijk verklaard.

Art. 370. Als de aanvraag die is ingediend conform artikel 368, gegrond is, bezorgt de leidend ambtenaar van het agentschap de machtigingsbeslissing aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie binnen drie maanden na de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag.

De machtigingsbeslissing, vermeld in het eerste lid, bevat minstens de volgende gegevens:

1° de identificatiegegevens van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen;

2° de ingangsdatum van de machtiging;

3° een machtigingsnummer.

Art. 371. Als de aanvraag die is ingediend conform artikel 368, ongegrond is, bezorgt de leidend ambtenaar van het agentschap het gemotiveerde voornemen tot weigering van de machtiging met een aangetekende brief aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie binnen drie maanden na de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag. De aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, bevat ook de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap.

De aanvrager kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot weigering van de machtiging conform het eerste lid, een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift, vermeld in het tweede lid, wordt behandeld conform de bepalingen van artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, wordt behandeld door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen.

Als de aanvrager geen bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen tot weigering van de machtiging, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar van het agentschap tot weigering van de machtiging, na het verstrijken van die termijn, met een aangetekende brief bezorgd aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie.

Art. 372. De machtiging, verleend conform artikel 370, is maar geldig zolang aan de voorwaarden, vermeld in artikel 367, eerste lid, is voldaan, naargelang het geval, door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen, door de onderneming of binnen het samenwerkingsverband, vermeld in artikel 367, tweede lid.

Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen niet langer werkt voor de onderneming, vermeld in artikel 367, tweede lid, 2°, of als er wijzigingen plaatsvinden binnen het samenwerkingsverband, vermeld in artikel 367, tweede lid, 3°, meldt de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen dit onmiddellijk aan het agentschap.

HOOFDSTUK 2. — *Voorwaarden in het kader van de verstrekking, de aanpassing, het onderhoud en de herstelling van mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 373. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen moet, in het kader van de verstrekking, de aanpassing, het onderhoud en de herstelling van een mobiliteitshulpmiddel voldoen aan de volgende voorwaarden:

1° in het kader van de verhuur en de verkoop van mobiliteitshulpmiddelen:

a) hij beschikt op elk moment over voldoende mobiliteitshulpmiddelen, onderdelen, aanpassingen, installaties en gereedschap om de verstrekkingen, de aanpassingen, het onderhoud en de herstellingen uit te voeren;

b) hij zorgt ervoor dat een mobiliteitshulpmiddel bij elke aflevering technisch en hygiënisch in orde is;

c) hij verstrekt alle aanwijzingen voor het gebruik en het onderhoud van het afgeleverde mobiliteitshulpmiddel aan de gebruiker en, in voorkomend geval, aan het woonzorgcentrum waar de gebruiker verblijft;

d) hij voert de maatname bij de gebruiker persoonlijk uit;

2° in het kader van de verhuur van mobiliteitshulpmiddelen:

a) de ophaling, de reconditionering en het onderhoud en de herstellingen van mobiliteitshulpmiddelen kunnen worden uitgevoerd onder zijn verantwoordelijkheid. De maatname en de aanpassing van de mobiliteitshulpmiddelen voert hij zelf uit;

b) hij past het mobiliteitshulpmiddel, dat volledig moet aangepast zijn in functie van de gebruiker, aan op verzoek van de gebruiker overeenkomstig het medisch voorschrift, binnen twintig werkdagen na de vraag tot aanpassing;

c) hij garandeert de omwisselbaarheid van het mobiliteitshulpmiddel in functie van wijzigingen van de beperking van de mobiliteit van de gebruiker;

d) hij sluit een verzekering af voor de aansprakelijkheden die voortvloeien uit de huurovereenkomst;

e) hij haalt het mobiliteitshulpmiddel op binnen twee maanden na het einde van de huurovereenkomst;

f) als hij inschat dat hij niet de gepaste rolstoel kan afleveren of de continuïteit van de service niet kan garanderen of als hij inschat dat hij het betreffende mobiliteitshulpmiddel niet zal kunnen afleveren binnen de daarvoor bepaalde afleveringstermijnen, verbindt hij zich ertoe de gebruiker daarvan te verwittigen en biedt hij de gebruiker de mogelijkheid aan tot doorverwijzing naar een andere verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die zich engageert om de rolstoel af te leveren of aan te passen;

g) hij of de onderneming in opdracht waarvan hij werkt, heeft geen afspraken met een door de Vlaamse Gemeenschap erkend woonzorgcentrum of met een andere zorgvoorziening waardoor de vrije keuze van de gebruiker bij het kiezen van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen op enigerlei wijze zou kunnen worden beïnvloed.

Art. 374. De minister kan bepalen welke elementen de factuur van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen aan de gebruiker minimaal moet bevatten en kan in dat kader een model van gebruikersfactuur vastleggen.

Art. 375. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen meldt zijn KBO-nummer of de KBO-nummers van de ondernemingen in opdracht waarvan hij werkt, aan het agentschap. Hij brengt het agentschap bovendien onverwijld op de hoogte van elke wijziging in dat kader.

HOOFDSTUK 3. — *Indiening aanvragen*

Art. 376. § 1. Een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel conform dit besluit wordt namens de gebruiker bij de zorgkas ingediend door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen tot wie de gebruiker zich heeft gewend.

De aanvragen, vermeld in het eerste lid, kunnen alleen worden ingediend via een digitale applicatie die geattesteerd is conform de bepalingen van titel 6, hoofdstuk 2.

§ 2. Een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel kan alleen worden ingediend na ondertekening van de aanvraag door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en door de gebruiker, die in voorkomend geval akkoord gaat met de aflevering van het betreffende mobiliteitshulpmiddel onder voorbehoud van een positieve beslissing over de aangevraagde tegemoetkoming.

§ 3. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt aan de gebruiker onmiddellijk een kopie van de ondertekende aanvraag.

Titel 10. — *Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen*

HOOFDSTUK 1. — *Samenstelling van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 377. § 1. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in artikel 132 van het decreet van 18 mei 2018, bestaat uit een voorzitter en 22 leden.

Voor elk lid van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen en voor de voorzitter is er een plaatsvervanger.

Het secretariaat van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen wordt waargenomen door personeelsleden die ter beschikking gesteld worden door het agentschap. Die personeelsleden hebben geen stemrecht.

§ 2. Het voorzitterschap van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen wordt waargenomen door een personeelslid van het agentschap.

De leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen hebben de volgende profielen:

1° vijf vertegenwoordigers van de gebruikers, waaronder twee vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties van personen met een handicap, een vertegenwoordiger van het Vlaams Patiëntenplatform en twee vertegenwoordigers van de Vlaamse Ouderenraad;

2° vijf vertegenwoordigers van de zorgkassen;

3° vier vertegenwoordigers van de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen onder wie drie vertegenwoordigers van de Belgische Beroepsvereniging voor Orthopedische Technologieën;

4° twee vertegenwoordigers van de fabrikanten en de distributeurs van mobiliteitshulpmiddelen;

5° zes deskundigen, onder wie een arts met expertise inzake mobiliteitshulpmiddelen, een deskundige met expertise inzake controle op indicatiestellingen van mobiliteitshulpmiddelen, een sociaal werker met ervaring inzake mobiliteitshulpmiddelen, een onafhankelijk deskundige met bewezen expertise inzake mobiliteitshulpmiddelen en twee vertegenwoordigers van verschillende rolstoeladviesteams, waarvan minstens een gespecialiseerd rolstoeladviesteam.

§ 3. De minister benoemt de leden, de voorzitter en de plaatsvervangers van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

Art. 378. Aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen kunnen waarnemers worden toegevoegd. Die waarnemers hebben geen stemrecht.

HOOFDSTUK 2. — *Organisatie en werkingsregels van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 379. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen regelt haar werking in een door de minister goed te keuren huishoudelijk reglement.

Art. 380. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen kan alleen geldig advies uitbrengen als de voorzitter en ten minste tien leden, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen beslist bij gewone meerderheid. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter of zijn plaatsvervanger doorslaggevend.

HOOFDSTUK 3. — *Taken*

Art. 381. Met behoud van de toepassing van artikel 132, § 2, van het decreet van 18 mei 2018, worden verzoeken tot opname van mobiliteitshulpmiddelen op de productlijst voorafgaandelijk voor advies voorgelegd aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen conform artikel 361, § 2.

Elke aanpassing van de bedragen van de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen en de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel te kunnen verlenen, wordt voorafgaandelijk voor advies voorgelegd aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 382. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen brengt, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de minister, advies uit over de noodzakelijke aanpassingen van het mobiliteitshulpmiddelenbeleid aan de evoluerende context. Zij houdt daarbij rekening met de evoluties op de hulpmiddelenmarkt, de maatschappelijke evoluties en de tevredenheid van de gebruikers.

De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen brengt, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de minister, advies uit over de prioriteiten binnen het beschikbare budget.

De adviezen van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen die beleidsmatig van belang zijn, worden ook bezorgd aan het raadgevend comité Vlaamse sociale bescherming en aan de Vlaamse Raad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

HOOFDSTUK 4. — Vergoeding

Art. 383. § 1. De leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen en hun plaatsvervangers ontvangen voor hun werkzaamheden een presentiegeld per vergadering van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen waaraan ze deelnemen.

Het presentiegeld per vergadering wordt door de minister vastgesteld. De minister kan een maximum aantal vergaderingen per jaar bepalen waarvoor een presentiegeld wordt toegekend en kan bepalen dat twee of meer vergaderingen van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen op dezelfde dag gelden als een vergadering.

§ 2. De minister kan bepalen dat de leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen en hun plaatsvervangers een vergoeding ontvangen voor de reiskosten die zijn verbonden aan de deelname aan de vergaderingen en legt de vergoeding in voorkomend geval vast.

Titel 11. — *Bijzondere Technische Commissie*

HOOFDSTUK 1. — *Samenstelling van de Bijzondere Technische Commissie*

Art. 384. § 1. De minister kan bij de Bijzondere Technische Commissie, vermeld in artikel 133 van het decreet van 18 mei 2018, kamers instellen.

Voor elk lid van de Bijzondere Technische Commissie en voor de voorzitter is er een plaatsvervanger.

Het secretariaat van de Bijzondere Technische Commissie wordt waargenomen door personeelsleden die ter beschikking worden gesteld door het agentschap. Die personeelsleden hebben geen stemrecht.

§ 2. De leden van de Bijzondere Technische Commissie en hun plaatsvervangers zijn deskundig in de medische of de technische aspecten van mobiliteitshulpmiddelen of in het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen. Daarbij moeten de volgende profielen aanwezig zijn:

1° een arts;

2° een ergotherapeut, kinesitherapeut of verpleegkundige met ervaring inzake mobiliteitshulpmiddelen;

3° drie productspecialisten;

4° twee vertegenwoordigers van de gebruikers.

De samenstelling van de Bijzondere Technische Commissie wordt aangevuld met een vertegenwoordiger van een gebruikersorganisatie met deskundigheid in snel degeneratieve aandoeningen en een vertegenwoordiger van de gespecialiseerde rolstoeladviesteams voor de behandeling van dossiers over snel degeneratieve aandoeningen.

De deskundigheid in de medische of de technische aspecten van mobiliteitshulpmiddelen kan blijken uit praktijkervaring die is opgedaan in die aangelegenheden.

§ 3. De minister benoemt de leden, de voorzitter en de plaatsvervangers van de Bijzondere Technische Commissie voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

HOOFDSTUK 2. — *Organisatie en werkingsregels van de Bijzondere Technische Commissie*

Art. 385. De Bijzondere Technische Commissie regelt haar werking in een door de minister goed te keuren huishoudelijk reglement.

Art. 386. De Bijzondere Technische Commissie, of in voorkomend geval een kamer van de Bijzondere Technische Commissie, kan alleen geldig advies uitbrengen als de voorzitter en ten minste drie leden, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn. De Bijzondere Technische Commissie beslist bij gewone meerderheid. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter of zijn plaatsvervanger doorslaggevend.

Art. 387. Dossiers worden geagendeerd op de bijeenkomsten van de Bijzondere Technische Commissie in chronologische volgorde, met uitzondering van de dossiers die met voorrang worden geagendeerd en behandeld conform artikel 286, tweede lid, en artikel 287, § 2.

HOOFDSTUK 3. — *Statuut en vergoeding*

Art. 388. Leden van de Bijzondere Technische Commissie die op enige andere wijze of in enige andere hoedanigheid al betrokken zijn geweest bij een aanvraag, onthouden zich bij de adviesverlening door de Bijzondere Technische Commissie over de aanvraag in kwestie.

In het huishoudelijk reglement van de Bijzondere Technische Commissie kunnen bijkomende regels worden vastgelegd inzake onverenigbaarheden.

Art. 389. § 1. De leden van de Bijzondere Technische Commissie en hun plaatsvervangers ontvangen voor hun werkzaamheden een presentiegeld per vergadering van de Bijzondere Technische Commissie waaraan ze deelnemen.

Het presentiegeld per vergadering wordt door de minister vastgesteld. De minister kan een maximum aantal vergaderingen per jaar bepalen waarvoor een presentiegeld wordt toegekend en kan bepalen dat twee of meer vergaderingen van de Bijzondere Technische Commissie of van een kamer op dezelfde dag gelden als een vergadering.

§ 2. De minister kan bepalen dat de leden van de Bijzondere Technische Commissie en hun plaatsvervangers een vergoeding ontvangen voor de reiskosten die zijn verbonden aan de deelname aan de vergaderingen en legt de vergoeding in voorkomend geval vast.

HOOFDSTUK 4. — *Rapportering aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen*

Art. 390. Met toepassing van artikel 133, § 3, van het decreet van 18 mei 2018, brengt de Bijzondere Technische Commissie twee keer per jaar schriftelijk verslag uit aan de Adviescommissie mobiliteitshulpmiddelen, die op haar beurt rekening houdt met de verslagen bij het formuleren van haar voorstellen, vermeld in artikel 381 en 382 van dit besluit.

Titel 12. — Handhaving

HOOFDSTUK 1. — *Indicatiestelling*

Art. 391. § 1.De Zorgkassencommissie controleert of de indicatiestellers de indicatiestellingen juist toepassen.

Een indicatiesteller past de indicatiestelling verkeerd toe als de indicatiestelling of het geïndiceerde mobiliteitshulpmiddel niet overeenstemt met de werkelijke beperking van de mobiliteit van de aanvrager.

§ 2. De zorgkas controleert of de indicatiestellingen tijdig worden afgeleverd aan de gebruiker.

Een indicatiesteller levert de indicatiestelling niet tijdig af als dat niet gebeurt binnen de termijn, vermeld in artikel 352.

§ 3. De minister bepaalt de modaliteiten voor de controle van de aanvragen door de Zorgkassencommissie.

Art. 392. Als uit de controles, vermeld in artikel 391, blijkt dat een indicatiesteller in een kalenderjaar en bij een minimum van twintig indicatiestellingen in dat kalenderjaar bij meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestelling verkeerd toepast of bij meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestellingen niet tijdig aflevert, of als tijdens het jaar wordt vastgesteld dat een indicatiestellers herhaaldelijk de indicatiestelling verkeerd toepast, meldt de Zorgkassencommissie of de zorgkas dat aan het agentschap.

Art. 393. De leidend ambtenaar van het agentschap brengt met een aangetekende brief de indicatiesteller op de hoogte van de vaststellingen, vermeld in artikel 392, en vraagt bij de indicatiesteller een remediëringsplan op.

De leidend ambtenaar van het agentschap bepaalt de termijn waarin het remediëringsplan moet zijn ingediend en uitgevoerd en kan daarbij, aangepast aan de concrete omstandigheden, bepalen welke maatregelen het remediëringsplan minimaal moet bevatten.

Art. 394. § 1. Als het remediëringsplan, vermeld in artikel 393, niet tijdig wordt voorgelegd of uitgevoerd, of als binnen twee jaar na de uitvoering van het remediëringsplan blijkt dat de indicatiesteller in kwestie gedurende een periode van drie maanden bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestelling verkeerd toepast of bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestellingen niet tijdig aflevert, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief een administratieve geldboete opleggen.

§ 2. Als de indicatiesteller de administratieve geldboete niet betaalt binnen twee maanden na de verzending van de aangetekende brief vordert de leidend ambtenaar van het agentschap de administratieve geldboete bij dwangbevel in.

In voorkomend geval bezorgt de leidend ambtenaar van het agentschap de gegevens van de indicatiesteller bij wie de administratieve geldboete, verhoogd met de invorderingskosten, bij dwangbevel moet worden ingevorderd, aan de Vlaamse Belastingdienst.

Art. 395. Als binnen twee jaar na de oplegging van een administratieve geldboete, vermeld in artikel 394, blijkt dat de indicatiesteller in kwestie gedurende een periode van drie maanden bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestelling verkeerd toepast of bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestellingen niet tijdig aflevert, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief het voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de erkenning van de indicatiesteller.

De aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, bevat ook de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap conform artikel 396.

Art. 396. § 1. De indicatiesteller kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning conform artikel 395, een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, wordt behandeld door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen.

Als de indicatiesteller geen bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar van het agentschap tot schorsing of intrekking van de erkenning na het verstrijken van die termijn met een aangetekende brief bezorgd aan de indicatiesteller.

§ 2. De schorsing wordt opgelegd voor minimaal een maand tot maximaal zes maanden.

Tijdens de schorsing mag de indicatiesteller geen nieuwe aanvragen van indicatiestelling aanvaarden.

HOOFDSTUK 2. — *Evaluatie van mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen*

Art. 397. De Zorgkassencommissie controleert of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen, juist evalueert.

De minister bepaalt de modaliteiten voor de controle van de aanvragen door de Zorgkassencommissie.

Art. 398. Als uit de controles, vermeld in artikel 397, blijkt dat een verstrekker in een kalenderjaar en bij een minimum van twintig aanvragen in dat kalenderjaar bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen verkeerd evalueert, of als tijdens het jaar wordt vastgesteld dat een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen herhaaldelijk verkeerd evalueert, meldt de Zorgkassencommissie dat aan het agentschap.

Art. 399. De leidend ambtenaar van het agentschap brengt met een aangetekende brief de verstrekker op de hoogte van de vaststellingen, vermeld in artikel 398, en vraagt bij de verstrekker een remediëringsplan op.

De leidend ambtenaar van het agentschap bepaalt de termijn waarin het remediëringsplan moet zijn ingediend en uitgevoerd en kan daarbij, aangepast aan de concrete omstandigheden, bepalen welke maatregelen het remediëringsplan minimaal moet bevatten.

Art. 400. § 1. Als het remediëringsplan, vermeld in artikel 399, niet tijdig wordt voorgelegd of uitgevoerd, of als binnen twee jaar na de uitvoering van het remediëringsplan blijkt dat de verstrekker gedurende een periode van drie maanden bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen, verkeerd evalueert, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief een administratieve geldboete opleggen.

§ 2. Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen de administratieve geldboete niet betaalt binnen twee maanden na de verzending van de aangetekende brief, vordert de leidend ambtenaar van het agentschap de administratieve geldboete bij dwangbevel in.

In voorkomend geval bezorgt de leidend ambtenaar van het agentschap de gegevens van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bij wie de administratieve geldboete, verhoogd met de invorderingskosten, bij dwangbevel moet worden ingevorderd, aan de Vlaamse Belastingdienst.

Art. 401. Als binnen twee jaar na op de oplegging van een administratieve geldboete, vermeld in artikel 400, blijkt dat de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie gedurende een periode van drie maanden bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor gebruikers in aanmerking komen verkeerd evalueert, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief het voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de machtiging van de verstrekker.

De aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, bevat ook de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap conform artikel 402.

Art. 402. § 1. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de machtiging conform artikel 401, een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, wordt behandeld door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen.

Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de machtiging, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar van het agentschap tot schorsing of intrekking van de machtiging na het verstrijken van die termijn met een aangetekende brief bezorgd aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

§ 2. De schorsing wordt opgelegd voor minimaal een maand tot maximaal zes maanden.

Tijdens de schorsing mag de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen nieuwe aanvragen voor mobiliteitshulpmiddelen indienen.

HOOFDSTUK 3. — *Aanrekening tegemoetkoming en supplementen*

Art. 403. De zorgkassen controleren of de verstrekker of in voorkomend geval de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker werkt, de tegemoetkomingen en supplementen correct aanrekent.

Als een zorgkas meerdere keren opeenvolgend de bundel facturen van een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of een onderneming in opdracht waarvan een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt, in zijn geheel heeft verworpen conform artikel 342, § 2, bezorgt de zorgkas aan de verstrekker of de onderneming in kwestie informatie over de verwerping van de factuur.

Als daaropvolgend een bundel facturen opnieuw wordt verworpen binnen een periode van zes maanden na contactname door de zorgkas conform het eerste lid, meldt de zorgkas dat aan het agentschap.

Art. 404. De leidend ambtenaar van het agentschap brengt met een aangetekende brief de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt op de hoogte van de vaststellingen, vermeld in artikel 403, derde lid, en vraagt een remediëringsplan op.

De leidend ambtenaar van het agentschap bepaalt de termijn waarin het remediëringsplan moet zijn ingediend en uitgevoerd en kan daarbij, aangepast aan de concrete omstandigheden, bepalen welke maatregelen het remediëringsplan minimaal moet bevatten.

Art. 405. § 1. Als het remediëringsplan, vermeld in artikel 404, niet tijdig wordt voorgelegd of uitgevoerd of als binnen twee jaar na de uitvoering van het remediëringsplan een zorgkas conform artikel 403 aan het agentschap meldt dat meerdere bundels facturen van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming in kwestie geheel zijn verworpen, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief een administratieve geldboete opleggen aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming.

§ 2. Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming de administratieve geldboete niet betaalt binnen twee maanden na de verzending van de aangetekende brief, vordert de leidend ambtenaar van het agentschap de administratieve geldboete bij dwangbevel in.

In voorkomend geval bezorgt de leidend ambtenaar van het agentschap de gegevens van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of van de onderneming bij wie de administratieve geldboete, verhoogd met de invorderingskosten, bij dwangbevel moet worden ingevorderd, aan de Vlaamse Belastingdienst.

Art. 406. Als binnen twee jaar na de oplegging van een administratieve geldboete, vermeld in artikel 405, een zorgkas conform artikel 403 aan het agentschap meldt dat meerdere facturen van de betreffende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of van de onderneming in kwestie geheel zijn verworpen, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief het voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de machtiging van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

De aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, bevat ook de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap conform artikel 407.

Art. 407. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de machtiging een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, wordt behandeld door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen.

Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de machtiging, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar van het agentschap tot schorsing of intrekking van de machtiging na het verstrijken van die termijn met een aangetekende brief bezorgd aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

§ 2. De schorsing wordt opgelegd voor minimaal een maand tot maximaal zes maanden.

Tijdens de schorsing mag de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen nieuwe aanvragen voor mobiliteitshulpmiddelen indienen.

Art. 408. Bij fraude kan de leidend ambtenaar van het agentschap, naast de terugvordering van de frauduleus gefactureerde prestaties, onmiddellijk overgaan tot de oplegging van een administratieve geldboete of onmiddellijk een voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de machtiging van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Artikel 405, § 2, en artikel 407 zijn in voorkomend geval van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK 4. — *Naleving voorwaarden en procedures*

Art. 409. De zorgkassen controleren of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt, de procedures en de voorwaarden, vermeld in artikel 264, artikel 265, § 1, artikel 282, artikel 289, artikel 317 en artikel 373 vervullen.

Art. 410. Als uit de controles, vermeld in artikel 409, blijkt dat een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt, in meerdere dossiers de procedures en de voorwaarden vermeld in artikel 264, artikel 265, § 1, artikel 282, artikel 289, artikel 317 of artikel 373 niet vervult, bezorgt de zorgkas aan de verstrekker of de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker werkt informatie over de niet gerespecteerde procedures en voorwaarden.

Als de zorgkas daarna vaststelt dat de verstrekker of de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker werkt, opnieuw in meerdere dossiers de procedures en de voorwaarden, vermeld in artikel 264, artikel 265, § 1, artikel 282, artikel 289, artikel 317 of artikel 373 niet vervult, meldt de zorgkas dat aan het agentschap.

Art. 411. De leidend ambtenaar van het agentschap brengt met een aangetekende brief de verstrekker en de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker werkt op de hoogte van de vaststellingen, vermeld in artikel 410, tweede lid, en vraagt een remediëringsplan op.

De leidend ambtenaar van het agentschap bepaalt de termijn waarin het remediëringsplan moet zijn ingediend en uitgevoerd en kan daarbij, aangepast aan de concrete omstandigheden, bepalen welke maatregelen het remediëringsplan minimaal moet bevatten.

Art. 412. § 1. Als het remediëringsplan, vermeld in artikel 411, niet tijdig wordt voorgelegd of uitgevoerd of als binnen twee jaar na de uitvoering van het remediëringsplan blijkt dat de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming opnieuw in meerdere dossiers de procedures en de voorwaarden, vermeld in artikel 264, artikel 265, § 1, artikel 282, artikel 289, artikel 317 of artikel 373 niet vervult, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief een administratieve geldboete opleggen aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming.

§ 2. Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming de administratieve geldboete niet betaalt binnen twee maanden na de verzending van de aangetekende brief, vordert de leidend ambtenaar van het agentschap de administratieve geldboete bij dwangbevel in.

In voorkomend geval bezorgt de leidend ambtenaar van het agentschap de gegevens van de verstrekker of de onderneming bij wie de administratieve geldboete, verhoogd met de invorderingskosten, bij dwangbevel moet worden ingevorderd, aan de Vlaamse Belastingdienst.

Art. 413. Als binnen twee jaar na op de oplegging van een administratieve geldboete, vermeld in artikel 412, blijkt dat de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming in opdracht waarvan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen werkt, opnieuw in meerdere dossiers de procedures en de voorwaarden, vermeld in artikel 264, artikel 265, § 1, artikel 282, artikel 289, artikel 317 of artikel 373 niet vervult, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief het voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de machtiging van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

De aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, bevat ook de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap conform artikel 414.

Art. 414. § 1. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de machtiging een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, wordt behandeld door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen.

Als de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen bezwaarschrift indient binnen twee maanden na de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de machtiging, wordt na het verstrijken van die termijn met een aangetekende brief de beslissing van de leidend ambtenaar van het agentschap tot schorsing of intrekking van de machtiging bezorgd aan de verstrekker.

§ 2. De schorsing wordt opgelegd voor minimaal een maand tot maximaal zes maanden.

Tijdens de schorsing mag de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen geen nieuwe aanvragen voor mobiliteitshulpmiddelen indienen.

Art. 415. Als een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming in opdracht waarvan hij werkt, de voorwaarde, vermeld in artikel 373, 2°, g), niet naleeft, kan de leidend ambtenaar, in afwijking van artikel 410, artikel 411, artikel 412, § 1, en artikel 413, eerste lid, onmiddellijk met een aangetekende brief een administratieve geldboete opleggen aan de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de onderneming in kwestie of met een aangetekende brief het voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de machtiging van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Artikel 412, § 2, artikel 413, tweede lid, en artikel 414 zijn in voorkomend geval van overeenkomstige toepassing.

Boek 3. Tegemoetkomingen voor zorg in woonzorgcentra, centra voor kortverblijf of dagverzorgingscentra

Deel 1. — Voorwaarden

Titel 1. — ***Algemeen***

Art. 416. Opdat de gebruiker aanspraak kan maken op de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum moet de gebruiker:

1° voldoen aan de voorwaarden, vermeld in titel 2;

2° respectievelijk:

a) verblijven in een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf erkend door de bevoegde overheid;

b) gebruik maken van een dagverzorgingscentrum erkend door de bevoegde overheid.

Art. 417. De tegemoetkoming van de gebruiker voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf kan alleen aan een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf worden verleend, conform artikel 520, als het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf voldoet aan al de volgende voorwaarden:

1° erkend zijn door de bevoegde overheid;

2° voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot het personeel, vermeld in titel 3, hoofdstuk 1 en 2;

3° voldoen aan de voorwaarden voor de aanmelding conform titel 4;

4° een individueel verzorgingsdossier bijhouden conform titel 5;

5° voldoen aan de administratieve verplichtingen, vermeld in titel 6, hoofdstuk 1 en 2.

Het eerste lid geldt onder voorbehoud van de sancties bepaald in titel 3, hoofdstuk 1 en 2 en titel 4 tot en met titel 6.

Art. 418. De tegemoetkoming van de gebruiker voor zorg in een dagverzorgingscentrum kan alleen aan een dagverzorgingscentrum worden verleend, conform artikel 520, indien het dagverzorgingscentrum voldoet aan al de volgende voorwaarden:

1° erkend zijn door de bevoegde overheid;

2° voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot het personeel, vermeld in titel 3, hoofdstuk 1 en 2;

3° voldoen aan de voorwaarden met voor de aanmelding conform titel 4;

4° een individueel verzorgingsdossier bijhouden conform titel 5;

5° voldoen aan de administratieve verplichtingen, vermeld in titel 6, hoofdstuk 1 en 3.

Het eerste lid geldt onder voorbehoud van de sancties bepaald in titel 3, hoofdstuk 1 en 2 en titel 4 tot en met titel 6.

Titel 2. — ***Gebruiker***

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 419. De tegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning wordt toegekend aan de gebruiker die aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° geen dagelijks medisch toezicht en geen permanente specialistische medische verzorging nodig hebben, maar anderzijds in sterke mate aangewezen zijn op zowel verzorging als op ondersteuning van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;

2° beantwoorden aan de criteria van de afhankelijkheidscategorie O, A, B, C, Cd of D, vermeld in artikel 425;

3° op de datum van de aanmelding en op de datum van de verblijfsdag de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren betaald hebben, conform artikel 112.

Art. 420. De tegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning wordt toegekend aan de gebruiker die aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° geen dagelijks medisch toezicht en geen permanente specialistische medische verzorging nodig hebben, maar anderzijds in sterke mate aangewezen zijn op zowel verzorging als op ondersteuning van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;

2° beantwoorden aan de criteria van de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, vermeld in artikel 425;

3° op de datum van de aanmelding en op de datum van de verblijfsdag de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren betaald hebben, conform artikel 112.

Art. 421. De tegemoetkoming voor zorg in centra voor kortverblijf wordt toegekend aan de gebruiker die aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° geen dagelijks medisch toezicht en geen permanente specialistische medische verzorging nodig hebben, maar anderzijds in sterke mate aangewezen zijn op zowel verzorging als op ondersteuning van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;

2° beantwoorden aan de criteria van de afhankelijkheidscategorieën O, A, B, C, Cd of D, vermeld in artikel 425;

3° op de datum van de aanmelding en op de datum van de verblijfsdag de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren betaald hebben, conform artikel 112.

Art. 422. De tegemoetkoming voor zorg in dagverzorgingscentra voor zorgafhankelijke personen wordt toegekend aan de gebruiker die aan al de volgende voorwaarden voldoet:

1° geen dagelijks medisch toezicht en geen permanente specialistische medische verzorging nodig hebben, maar anderzijds voor sommige handelingen van het dagelijks leven afhankelijk zijn van zowel de verzorging als van de ondersteuning door derden;

2° beantwoorden aan de criteria van de afhankelijkheidscategorieën F, Fd, D, vermeld in artikel 426;

3° die op de datum van de aanmelding en op de datum van de verblijfsdag de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren betaald hebben, conform artikel 112.

Art. 423. De tegemoetkoming voor zorg in dagverzorgingscentra voor personen met een ernstige ziekte wordt toegekend aan de gebruiker die beantwoordt aan de criteria van de afhankelijkheidscategorieën Fp, vermeld in artikel 427, en die op de datum van de aanmelding en op de datum van de verblijfsdag de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren betaald heeft conform artikel 112.

HOOFDSTUK 2. — *Afhankelijkheidscategorieën*

Afdeling 1. — Algemeen

Art. 424. § 1. Voor de toepassing van artikel 425 en 426 wordt een persoon als fysiek afhankelijk beschouwd als hij 3 of 4 scoort voor een of meer van de criteria, vermeld in deze paragraaf. De score wordt als volgt voor elk criterium toegekend:

1° zich wassen:

a) score 1: de persoon kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp;

b) score 2: de persoon heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel;

c) score 3: de persoon heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel;

d) score 4: de persoon moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel;

2° zich kleden:

a) score 1: de persoon kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp;

b) score 2: de persoon heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel, zonder rekening te houden met de veters;

c) score 3: de persoon heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel;

d) score 4: de persoon moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel;

3° transfer en verplaatsingen:

a) score 1: de persoon is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden;

b) score 2: de persoon is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel ...);

c) score 3: de persoon heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers of zijn verplaatsingen;

d) score 4: de persoon is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen;

4° toiletbezoek:

a) score 1: de persoon kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen;

b) score 2: de persoon heeft hulp nodig voor één van de drie items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen;

c) score 3: de persoon heeft hulp nodig voor twee van de drie items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen;

d) score 4: de persoon heeft hulp nodig voor de drie items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen;

5° continentie:

a) score 1: de persoon is continent voor urine en faeces;

b) score 2: de persoon is accidenteel incontinent voor urine of faeces, inclusief blaassonde of kunstaars;

c) score 3: de persoon is incontinent voor urine, inclusief mictietraining, of voor faeces;

d) score 4: de persoon is incontinent voor urine en faeces;

6° eten:

a) score 1: de persoon kan alleen eten en drinken;

b) score 2: de persoon heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken;

c) score 3: de persoon heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken;

d) score 4: de persoon is volledig afhankelijk om te eten of te drinken.

§ 2. Voor de toepassing van artikel 425 wordt een persoon als psychisch afhankelijk beschouwd als hij voor de volgende criteria 3 of 4 scoort. De score wordt als volgt voor elk criterium toegekend:

1° oriëntatie in de tijd:

a) score 1: geen probleem;

b) score 2: nu en dan, zelden probleem;

c) score 3: bijna elke dag probleem;

d) score 4: volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren;

2° oriëntatie van plaats:

a) score 1: geen probleem;

b) score 2: nu en dan, zelden probleem;

c) score 3: bijna elke dag probleem;

d) score 4: volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren.

Afdeling 2. — Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

Art. 425. De bewoners van een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf, worden, rekening houdend met hun fysieke of psychische afhankelijkheid, ingedeeld in de afhankelijkheidscategorieën O, A, B, C, Cd of D.

Voor de toepassing van dit boek wordt verstaan onder:

1° categorie O: categorie waarin de bewoners zijn gerangschikt die fysiek en psychisch volledig onafhankelijk zijn;

2° categorie A: categorie waarin de bewoners zijn gerangschikt die:

a) fysiek afhankelijk zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen of te kleden;

b) psychisch afhankelijk zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en zijn fysiek volledig onafhankelijk;

3° categorie B: categorie waarin de bewoners zijn gerangschikt die:

a) fysiek afhankelijk zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan;

b) psychisch afhankelijk zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en ze zijn afhankelijk om zich te wassen of te kleden;

4° categorie C: categorie waarin de bewoners zijn gerangschikt die fysiek afhankelijk zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, en ze zijn afhankelijk wegens incontinentie of om te eten;

5° categorie Cd: categorie waarin de bewoners zijn gerangschikt die:

a) psychisch afhankelijk zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk wegens incontinentie, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan of om te eten;

b) de bewoners voor wie de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, en die afhankelijk zijn om zich te wassen en te kleden, en afhankelijk zijn wegens incontinentie, en afhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan of om te eten;

6° categorie D: categorie waarin de bewoners zijn gerangschikt voor wie de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag.

Afdeling 3. — Dagverzorgingscentra

Art. 426. De personen die gebruik maken van een dagverzorgingscentrum voor zorgafhankelijke personen worden, rekening houdend met hun fysieke of psychische afhankelijkheid, ingedeeld in de afhankelijkheidscategorieën F, Fd of D.

Voor de toepassing van dit boek wordt verstaan onder:

1° categorie F: categorie waarin de personen zijn gerangschikt die fysiek afhankelijk zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan;

2° categorie Fd: categorie waarin de personen zijn gerangschikt die psychisch afhankelijk zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte en afhankelijk om zich te wassen of te kleden;

3° categorie D: categorie waarin de personen zijn gerangschikt voor wie de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag.

Art. 427. De personen die gebruik maken van een dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning voor personen met een ernstige ziekte, worden ingedeeld in de afhankelijkheidscategorie Fp.

Voor de toepassing van dit boek wordt verstaan onder categorie Fp: de categorie waarin de personen, zonder leeftijdsbeperking, zijn gerangschikt:

1° die zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte bevinden, ongeacht zijn of haar levensverwachting;

2° met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen;

3° die thuis verblijven en de intentie hebben om verder thuis te verblijven;

4° die gemotiveerd door hun irreversibele aandoening(en) tijdens de laatste drie maanden het voorwerp hebben uitgemaakt van:

a) of minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie);

b) of verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinesitherapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe;

5° die naar het centrum verwezen worden door de behandelend arts of die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, vermeld in artikel 34, 14°, van de Ziekteverzekeringswet.

Titel 3. — *Personeel*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 428. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra moeten aan het zorgpersoneel minstens de loons- en arbeidsvoorwaarden toekennen die opgelegd zijn krachtens de vigerende regelgeving, de toepasselijke sectorale cao's uit PC 330 in de private sector en de protocollen zoals voorzien in wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel in de publieke sector.

HOOFDSTUK 2. — *Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf*

Afdeling 1. — Financieringsnormen volgens het aantal en de afhankelijkheidscategorie

Art. 429. § 1. De woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning en de centra voor kortverblijf moeten over hun eigen loontrekkende of statutaire verpleegkundigen en zorgkundigen beschikken en, als dat nodig is, over personeel voor reactivering, loontrekkend, statutair of met de zorgvoorziening verbonden door een ondernemingscontract. Bij de samenstelling van dat personeel wordt rekening gehouden met het aantal bewoners die zijn gerangschikt in elk van de afhankelijkheidscategorieën, vermeld in artikel 425. De centra voor kortverblijf met een bijkomende erkenning moeten naast de personeelsnormen van dit lid eveneens voldoen aan de personeelsnormen, vermeld in artikel 504.

De woonzorgcentra met bijkomende erkenning moeten over hun eigen verpleegkundigen en zorgkundigen, over hun eigen kinesitherapeuten of ergotherapeuten, loontrekkend of statutair, beschikken en, als dat nodig is, over ander personeel voor reactivering, loontrekkend, statutair of met de zorgvoorziening verbonden door een ondernemingscontract. Bij de samenstelling van dat personeel wordt rekening gehouden met het aantal bewoners dat is gerangschikt in elk van de afhankelijkheidscategorieën, vermeld in artikel 425.

§ 2. Bij een exploitatietransfer vanuit een openbare dienst, wordt het gedetacheerd statutair personeel dat op het moment van de overdracht van de exploitatie opgenomen is in een lijst, gelijkgesteld aan eigen loontrekkend of statutair personeel, conform paragraaf 1, als de volgende lijst en informatie aan het agentschap wordt bezorgd:

1° de exhaustieve lijst met namen van de betrokken statutaire personeelsleden, hun kwalificatie en hun wekelijkse arbeidsduur, en vergezeld van een kopie van de beslissing van hun benoeming;

2° als het agentschap erom vraagt, alle andere bijkomende informatie met betrekking tot de exploitatietransfer en de rol van de openbare dienst.

De lijst, vermeld in het eerste lid, 1°, moet worden ondertekend door de openbare dienst en door de verantwoordelijke van het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, en aan het agentschap worden overgemaakt binnen een maand na de exploitatietransfer. Aan die lijst kunnen nadien geen personen worden toegevoegd. De wekelijkse arbeidsduur van de personen kan wel worden verhoogd en hun kwalificatie kan worden aangepast. De voormelde wijzigingen hebben voor de berekening van de tegemoetkoming pas uitwerking op de dag van de wijziging.

Art. 430. In de entiteiten woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning gelden de volgende financieringsnormen van het personeel per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig bewoners:

1° voor de afhankelijkheidscategorie O: 0,25 verpleegkundige;

2° voor de afhankelijkheidscategorie A:

a) 1,20 verpleegkundige;

b) 1,05 zorgkundige;

3° voor de afhankelijkheidscategorie B:

a) 2,10 verpleegkundigen;

b) 4 zorgkundigen;

c) 0,35 personeelslid voor reactivering;

4° voor de afhankelijkheidscategorie C:

a) 4,10 verpleegkundigen;

b) 5,06 zorgkundigen;

c) 0,385 personeelslid voor reactivering;

5° voor de afhankelijkheidscategorie Cd:

a) 4,10 verpleegkundigen;

b) 6,06 zorgkundigen;

c) 0,385 personeelslid voor reactivering;

6° voor de afhankelijkheidscategorie D:

a) 1,2 verpleegkundige;

b) 4 zorgkundigen;

c) 1,25 personeelslid voor reactivering.

In de entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning gelden de volgende financieringsnormen van het personeel per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig bewoners:

1° voor de afhankelijkheidscategorie B:

a) 5 verpleegkundigen;

b) 5,2 zorgkundigen;

c) 1 kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, of een combinatie van twee of drie van deze kwalificaties met een totaal van 1 vte;

d) 0,10 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale bewoners;

2° voor de afhankelijkheidscategorie C:

a) 5 verpleegkundigen;

b) 6,2 zorgkundigen;

c) 1 kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, of een combinatie van twee of drie van deze kwalificaties met een totaal van 1 vte;

d) 0,5 personeelslid voor reactivering;

e) bijkomend 0,10 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale bewoners;

3° voor de afhankelijkheidscategorie Cd:

a) 5 verpleegkundigen;

b) 6,7 zorgkundigen;

c) 1 kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, of een combinatie van twee of drie van deze kwalificaties met een totaal van 1 vte;

d) 0,5 personeelslid voor reactivering;

e) bijkomend 0,10 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale bewoners.

In entiteiten die erkend zijn als centrum voor kortverblijf gelden de volgende financieringsnormen van het personeel per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig bewoners:

1° de personeelsnormen, vermeld in het eerste lid;

2° bijkomend 1,4 lid van het personeel voor reactivering per dertig bewoners die verblijven in een erkende entiteit voor kortverblijf.

De centra voor kortverblijf met een bijkomende erkenning moeten naast de personeelsnormen in het eerste lid eveneens voldoen aan de personeelsnormen, vermeld in artikel 504.

Afdeling 2. — Financieringsnormen zorgkundigen en het personeel voor reactivering

Art. 431. Zorgkundigen moeten als zorgkundige geregistreerd zijn. Die registratie kan voorlopig of definitief zijn.

De personeelsleden voor reactivering moeten over ten minste een van de volgende kwalificaties beschikken of over een kwalificatie die daarmee gelijkgesteld is door de bevoegde overheid:

1° graduaat of licentiaat of master in de kinesitherapie;

2° graduaat of bachelor of licentiaat of master in de logopedie;

3° graduaat of bachelor in de ergotherapie;

4° graduaat of bachelor in de arbeidstherapie;

5° graduaat of bachelor in de readaptatiewetenschappen;

6° graduaat of bachelor in de dieetleer;

7° graduaat of bachelor of licentiaat of master in de pedagogie of de orthopedagogiek;

8° graduaat of bachelor of postgraduaat of master in de psychomotoriek;

9° licentiaat of master in de psychologie;

10° graduaat of bachelor psychologisch assistent;

11° graduaat of bachelor sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg of sociaal verpleegkundige of verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg;

12° bachelor of master in het sociaal werk;

13° graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen;

14° licentiaat of master in de gerontologie;

15° graduaat of bachelor opvoeder;

16° bachelor na bachelor opleiding psychosociale gerontologie.

Afdeling 3. — De continuïteit van de verzorging

Art. 432. De woonzorgcentra, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, verzekeren de continuïteit van de verzorging, zowel overdag als 's nachts, door de aanwezigheid van voldoende verpleegkundig personeel, zorgkundigen of personeel voor reactivering.

In elk woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, is altijd een verpleegkundig personeelslid, een zorgkundige of een personeelslid voor reactivering aanwezig.

In woonzorgcentra met een bijkomende erkenning is zowel overdag als 's nachts een verpleegkundige aanwezig.

Woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die in de referentieperiode gemiddeld minstens tien bewoners in de afhankelijkheidscategorieën B, C, Cd of D huisvesten en die minstens ten opzichte van het gemiddelde aantal erkende entiteiten gemiddeld 40% bewoners huisvesten in de afhankelijkheidscategorieën B, C, Cd of D, moeten tijdens de referentieperiode gemiddeld beschikken over minstens vijf voltijdse equivalenten van loontrekkend of statutair personeel, verpleegkundigen, zorgkundigen of personeel voor reactivering, waarvan minstens twee voltijds equivalenten verpleegkundigen. Het verplegend uitzendpersoneel, vermeld in artikel 475, § 3, wordt ook in aanmerking genomen.

HOOFDSTUK 3. — *Dagverzorgingscentrum*

Art. 433. § 1. Dagverzorgingscentra voor zorgafhankelijke personen moeten beschikken over hun eigen loontrekkende of statutaire verpleegkundigen en zorgkundigen, over hun eigen loontrekkende of statutaire kinesitherapeuten of ergotherapeuten en over voldoende aanvullend gekwalificeerd personeel voor reactivering.

§ 2. Bij een exploitatietransfer vanuit een openbare dienst, wordt het gedetacheerd statutair personeel dat op het moment van de overdracht van de exploitatie opgenomen is in een lijst, gelijkgesteld aan eigen loontrekkend of statutair personeel, conform paragraaf 1, als de volgende lijst en informatie aan het agentschap wordt bezorgd:

1° de exhaustieve lijst met namen van de betrokken statutaire personeelsleden, hun kwalificatie en hun wekelijkse arbeidsduur, en vergezeld van een kopie van de beslissing van hun benoeming;

2° als het agentschap erom vraagt, alle andere bijkomende informatie met betrekking tot de exploitatietransfer en de rol van de openbare dienst.

De lijst, vermeld in het eerste lid, 1°, moet worden ondertekend door de openbare dienst en door de verantwoordelijke van het dagverzorgingscentrum en aan het agentschap worden bezorgd binnen een maand na de exploitatietransfer. Aan die lijst kunnen nadien geen personen worden toegevoegd. De wekelijkse arbeidsduur van de personen kan wel worden verhoogd en hun kwalificatie kan worden aangepast. De voormelde wijzigingen hebben voor de berekening van de tegemoetkoming pas uitwerking op de dag van de wijziging.

§ 3. Het personeelsbestand, uitgedrukt in voltijds equivalent en voor vijftien personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum bedraagt:

1° 0,75 verpleegkundige;

2° 2,03 zorgkundigen;

3° 0,35 kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, of een combinatie van twee of drie van deze kwalificaties met een totaal van 0,35 vte;

4° 0,60 personeelslid voor reactivering.

Tijdens de openingsuren moet door ten minste één lid van dat personeel een permanentie worden verzekerd.

Voor elk dagverzorgingscentrum bedraagt de personeelsnorm voor de referentieperiode het gemiddeld aantal personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum (N) vermenigvuldigd met de normen, vermeld in het eerste lid, gedeeld door 15, waarbij N wordt berekend door het aantal gefactureerde dagen van de basistegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum te delen door 250.

§ 4. Dagverzorgingscentra voor personen met een ernstige ziekte moeten beschikken over hun eigen loontrekkende of statutaire verpleegkundigen en zorgkundigen, en over voldoende aanvullend gekwalificeerd personeel voor reactivering. Het personeelsbestand, uitgedrukt in voltijds equivalent en voor vijftien personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum, bedraagt:

1° 2,5 verpleegkundigen;

2° 2 zorgkundigen;

3° 0,5 loontrekkend klinisch psycholoog;

4° 1 ander personeelslid voor reactivering.

Tijdens de openingsuren moet door ten minste één lid van dat personeel een permanentie worden verzekerd.

Bovendien moeten de dagverzorgingscentra, vermeld in deze paragraaf, naar rata van minstens vijf uur per week voor vijftien personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum, beschikken over de diensten van een arts die belast is met de coördinatie van de activiteiten. Die arts moet op zijn minst de opleiding hebben gevolgd die geëist wordt van de arts die verantwoordelijk is voor een Sp-dienst voor palliatieve zorg.

De personeelsnorm voor de referentieperiode stemt overeen met het gemiddelde aantal personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum (N), vermenigvuldigd met de normen, vermeld in het eerste lid, gedeeld door 15, waarbij N wordt berekend door het aantal gefactureerde dagen van de basistegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum te delen door 250.

§ 5. Alle zorgkundigen die door het dagverzorgingscentrum worden aangeworven, moeten door de bevoegde overheid geregistreerd zijn en in het bezit zijn van een visum uitgereikt door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.

Voor de toepassing van dit hoofdstuk moeten de leden van het aanvullend gekwalificeerd personeel dat taken vervult inzake reactivatie, revalidatie en sociale re-integratie een van de kwalificaties bezitten als vermeld in artikel 431, tweede lid.

§ 6. Om aan te tonen dat ze over eigen loontrekkende of statutaire verpleegkundigen en zorgkundigen beschikken, moeten de dagverzorgingscentra op verzoek van het agentschap een afschrift van de RSZ-aangifte met het personeelsbestand bezorgen, alsook een afschrift van de arbeidsovereenkomst die eigen is aan het dagverzorgingscentrum, of een afschrift van de beraadslaging van de inrichtende macht als het om een openbare dienst gaat.

De dagverzorgingscentra die te kampen hebben met een tekort aan verpleegkundig personeel en die in de onmogelijkheid zijn om onmiddellijk loontrekkend of statutair verpleegkundig personeel aan te werven, kunnen een beroep doen op de diensten van een door de bevoegde overheid erkende interimonderneming. In dat geval dient dit beroep aan het agentschap te worden gemotiveerd aan de hand van personeelsadvertenties en aanvragen bij de interimonderneming in kwestie. Aan het agentschap dient eveneens een exemplaar ter beschikking gesteld te worden van het contract dat werd gesloten met de interimonderneming, alsook een kopie van de facturen waarop het aantal in het dagverzorgingscentrum gepresteerde uren van het interim personeel staat vermeld.

Het personeel dat is aangeworven conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 18 juli 2002 houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profitsector, met toepassing van ofwel collectieve arbeidsovereenkomsten gesloten voor de privésector, ofwel raamovereenkomsten gesloten voor de openbare sector, ofwel gemengd privé/openbaar protocolakkoorden komt niet in aanmerking voor het bereiken van de personeelsnormen, vermeld in paragraaf 3 van dit artikel.

Art. 434. § 1. Als het dagverzorgingscentrum tijdens de referentieperiode voor een of meer personeelskwalificaties niet voldoet aan de norm, vermeld in artikel 433, § 3 of § 4, kan dat tekort per kwalificatie in een aantal gevallen worden gecompenseerd door een overschot aan loontrekkende personeelsleden met een andere kwalificatie. Er is geen compensatie mogelijk als het gaat om een tekort voor de norm van 0,35 kinesitherapeut of ergotherapeut of logopedist per vijftien personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum en of voor de personeelsnorm van 0,5 klinisch psycholoog voor vijftien personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum. Daarbij geldt de volgende hiërarchie:

1° als er een teveel is aan bachelors in de verpleegkunde, moet men dat eerst toewijzen aan het tekort aan personeelsleden voor reactivering;

2° als er nog een teveel is aan verpleegkundigen, met inbegrip van het resterend aantal bachelors in de verpleegkunde, dit toewijzen aan het tekort aan zorgkundigen;

3° als er een teveel is aan personeel voor reactivering, moet men dit toewijzen aan het tekort aan verpleegkundigen;

4° als er nog een teveel is aan personeel voor reactivering, moet men dit toewijzen aan het resterend tekort aan zorgkundigen.

De compensatie, vermeld in het eerste lid, wordt toegepast volgens de volgende regels:

1° het tekort aan personeelsleden voor reactivering kan voor maximum 20 % worden gecompenseerd door een teveel aan bachelors in de verpleegkunde;

2° het tekort aan verpleegkundigen kan voor maximum 20 % worden gecompenseerd door een teveel aan personeelsleden voor reactivering;

3° het tekort aan zorgkundigen kan onbeperkt worden gecompenseerd door een teveel aan verpleegkundigen of personeelsleden voor reactivering.

§ 2. Als er na de toepassing van paragraaf 1 nog altijd een tekort is aan personeel met een bepaalde kwalificatie, wordt daarvoor de volgende vermindering bepaald:

1° als voor een bepaalde personeelscategorie het dagverzorgingscentrum gemiddeld voldoet aan een norm die lager ligt dan 100 %, maar gelijk is aan of hoger ligt dan 90 % van de normen, vermeld in artikel 433, § 1 of § 2, wordt de tegemoetkoming, vermeld in artikel 506, 1° of 2°, met 20 % verminderd;

2° als voor een bepaalde personeelscategorie het dagverzorgingscentrum gemiddeld voldoet aan een norm die lager ligt dan 90 %, maar gelijk is aan of hoger ligt dan 75 % van de normen, vermeld in artikel 433, § 1 en § 2, wordt de tegemoetkoming, vermeld in artikel 506, 1° of 2°, met 50 % verminderd;

3° als voor een bepaalde personeelscategorie het dagverzorgingscentrum niet beantwoordt aan 75 % van de normen, vermeld in artikel 433, § 1 of § 2, kan geen enkele tegemoetkoming worden toegekend.

§ 3. Als een dagverzorgingscentrum voor het eerst erkend wordt na de referentieperiode, dus na 30 juni van het jaar J, worden voor de periode vanaf de erkenning tot en met 31 december van het jaar J + 1 voor het bepalen van de tegemoetkoming de contracten of statutaire tewerkstellingen van het personeel en het aantal personen die gebruik maken van het dagverzorgingscentrum in aanmerking genomen op de laatste dag van de maand die volgt op de erkenning, zoals ze door het dagverzorgingscentrum zijn meegedeeld conform van artikel 456, § 1.

Als het dagverzorgingscentrum op de laatste dag van de maand die volgt op de erkenning, niet voldoet aan de normen, vermeld in artikel 433, § 3 of 4, dan moeten de regels, vermeld in paragraaf 1 en 2, worden toegepast vanaf de eerste dag van de tweede maand die volgt op de maand waarin het dagverzorgingscentrum werd erkend. Vanaf de dag van de erkenning tot de laatste dag van de maand die erop volgt, heeft het dagverzorgingscentrum conform artikel 520 recht op de volledige tegemoetkoming van 49,59 euro (F-forfait) of 93,47 euro (Fp-forfait) vermeld in artikel 506.

Titel 4. — *Aanmelding*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 435. § 1. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra melden elke opname van een gebruiker aan de zorgkas aan via een digitale applicatie met het oog op het verkrijgen van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum. De aanmelding kan plaatsvinden vanaf het moment van de opname en dient te gebeuren binnen vijf werkdagen volgend op de datum van de opname.

De tijdsaanduiding, via een tijdstempel, in het elektronisch bericht geldt als bewijs voor het tijdstip van de aanmelding van de opname.

Woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra die geen gebruik maken van een digitale applicatie als vermeld in het eerste lid, kunnen de opname van de gebruiker niet aanmelden bij de zorgkassen. Artikel 531 tot en met 534 zijn van toepassing in het kader van de aanmelding door de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra.

De minister kan de vorm en de inhoud van de aanmelding verder bepalen.

§ 2. De aanmelding, vermeld in paragraaf 1, dient vergezeld te zijn van een indicatiestelling waarvan de minister de vorm en de inhoud verder kan bepalen. De indicatiestelling moet ingevuld zijn door de verpleegkundige die de mogelijkheid heeft gehad om de gebruiker te observeren bij het uitoefenen van de handelingen van het dagelijks leven, of door de behandelend arts.

Er moet eveneens een indicatiestelling in het verzorgingsdossier bewaard worden. De indicatiestelling die in het verzorgingsdossier bewaard wordt, moet voorzien zijn van de handtekening van de persoon die de indicatiestelling conform het eerste lid ingevuld heeft.

Voor de toepassing van dit boek heeft een digitale handtekening dezelfde bewijswaarde als een handtekening op papier, tenzij het tegendeel bewezen wordt.

Voor de toepassing van dit boek bestaat de indicatiestelling uit de volgende twee elementen:

1° de toepassing van de evaluatieschaal conform artikel 424;

2° de attesten en verslagen die aantonen dat de bewoner en persoon die gebruik maakt van een dagverzorgingscentrum voldoet aan de voorwaarden om ingedeeld te worden in de toegewezen afhankelijkheidscategorie.

Voor de toepassing van dit boek wordt de indicatiestelling gelijkgesteld met het evaluatie-instrument, vermeld in artikel 145, § 2, artikel 148, § 2, artikel 150, § 2, en artikel 152, § 2 van het decreet van 18 mei 2018.

§ 3. De indicatiestelling voor een gebruiker die is ingedeeld in de afhankelijkheidscategorie D of Cd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan dementie, kan pas ingediend worden op voorwaarde dat in het verzorgingsdossier, vermeld in artikel 450, de datum is vermeld van het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie. In dat geval is de handtekening van de behandelend arts vereist. Als een gebruiker evolueert van de afhankelijkheidscategorie D naar de afhankelijkheidscategorie Cd en de gebruiker op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan dementie in de afhankelijkheidscategorie Cd wordt ingedeeld, dan is er geen nieuwe handtekening van de behandelend arts vereist.

Art. 436. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra melden elke wijziging van een opname aan de zorgkas, binnen vijf werkdagen volgend op de wijziging. Het wijzigen van verblijfsgegevens heeft onder meer betrekking op het aanvullen, het corrigeren en het verwijderen van verblijfsgegevens.

De tijdsaanduiding, via een tijdstempel, in het elektronisch bericht geldt als bewijs voor het tijdstip van de wijziging van de verblijfsgegevens.

De minister kan verder bepalen welke wijzigingen doorgegeven moeten worden binnen de termijn, vermeld in het eerste lid.

Art. 437. Als het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum door overmacht de aanmelding van een gebruiker niet binnen de voorgeschreven termijnen heeft kunnen indienen, kan ze bij de zorgkas een aanvraag indienen van afwijking van de termijn, vermeld in artikel 435, § 1. Als de zorgvoorziening voldoende bewijzen aanvoert om haar aanvraag van afwijking te ondersteunen, dan kan de zorgkas alsnog de aanmelding van opname goedkeuren met ingang van de dag van opname. De personeelsproblemen of de organisatorische problemen van de zorgvoorziening kunnen niet als gevallen van overmacht worden aangemerkt, als die problemen niet voortvloeien uit uitzonderlijke en onvoorziene omstandigheden.

Art. 438. De zorgkas verstuurt binnen vijf werkdagen na de aanmelding van de opname van een gebruiker een elektronisch bericht naar de zorgvoorziening, vermeld in artikel 435. Met dat bericht wordt hetzij de aanmelding goedgekeurd, hetzij om aanvullende inlichtingen verzocht, hetzij toegelicht waarom de aanmelding wordt geweigerd.

De goedkeuring van de aanmelding gaat ten vroegste in op de dag van opname als de aanmelding wordt ingediend binnen de vijf werkdagen die volgen op de dag van opname, of de dag van de melding van opname in het andere geval, behoudens in het geval vermeld in artikel 437.

De tijdsaanduiding, via een tijdstempel, in het elektronisch bericht geldt als bewijs voor het tijdstip van het bericht.

Art. 439. In afwijking van artikel 438 kan de zorgkas de periode waarvoor de opname is goedgekeurd, met terugwerkende kracht doen ingaan als de verzekeringsstatus van de gebruiker wijzigt of als er sprake is van een uitzonderlijk geval, vermeld in artikel 462, tweede lid, en artikel 466, tweede lid.

Art. 440. Als de situatie van de gebruiker zo evolueert dat een andere afhankelijkheidscategorie in overweging zou kunnen worden genomen, dan dienen de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra een nieuwe indicatiestelling, die overeenstemt met de afhankelijkheid van die gebruiker, op te stellen en te melden aan de zorgkas.

De zorgvoorziening, vermeld in het eerste lid, meldt een verandering van de afhankelijkheidscategorie binnen vijf werkdagen na de dag die volgt op de verandering van de afhankelijkheidscategorie.

De tijdsaanduiding, via een tijdstempel, in het elektronisch bericht geldt als bewijs voor het tijdstip van de indicatiestelling.

Art. 441. Als de afhankelijkheidscategorie verandert en het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum daarom een nieuwe indicatiestelling indient, moet de indicatiestelling altijd berusten op een medische of verpleegkundige indicatie die gestaafd is met een omstandig verslag waarvan de minister het model kan bepalen. Het omstandig verslag dient bewaard te worden in het verzorgingsdossier van de gebruiker.

Het omstandig verslag, vermeld in het eerste lid, moet worden ondertekend door:

1° een arts als de wijziging wordt ingediend binnen zes maanden volgend op de beslissing tot aanpassing na controle door de Zorgkassencommissie als vermeld in deel 5, titel 1;

2° een arts of een verpleegkundige die de mogelijkheid heeft gehad om de gebruiker te observeren in de uitvoering van de handelingen van het dagelijks leven: als de wijziging wordt ingediend na een vorige aanmelding of meer dan zes maanden na de beslissing, vermeld in punt 1°.

Art. 442. Als het gaat om een gebruiker die is gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie D, en telkens als hij alleen op basis van de fysieke criteria in de evaluatieschaal van afhankelijkheidscategorie zou wijzigen, dienen de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra een aangepaste indicatiestelling aan de zorgkas over te maken. Het meedelen van die informatie aan de zorgkas doet geen afbreuk aan het feit dat de gebruiker, op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, gerangschikt blijft in de afhankelijkheidscategorie D, tenzij het gaat om een gebruiker die daardoor gerangschikt wordt in de afhankelijkheidscategorie Cd of de afhankelijkheidscategorie B of C bij opname in een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning.

HOOFDSTUK 2. — *Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf*

Art. 443. De woonzorgcentra en centra voor kortverblijf melden binnen vijf werkdagen aan de zorgkas het einde van het verblijf, hetzij door het overlijden van een gebruiker, hetzij door het vertrek van een gebruiker uit het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf.

Art. 444. De woonzorgcentra en centra voor kortverblijf verwittigen binnen de drie werkdagen de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die een rolstoel verhuurt aan een bewoner van het overlijden van die laatste.

Art. 445. De woonzorgcentra en centra voor kortverblijf verwittigen de kinesitherapeut van wie verstrekkingen in het verzorgingsdossier zijn opgenomen, van de transfer van de bewoner van een woongelegenheid woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning of een woongelegenheid kortverblijf naar een woongelegenheid woonzorgcentrum met bijkomende erkenning. De bewijslast berust bij de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf.

Art. 446. Als een gebruiker opnieuw wordt opgenomen in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf binnen dertig dagen na het einde van het verblijf, vermeld in artikel 443, moet de aanmelding, vermeld in artikel 435, niet worden vergezeld van de indicatiestelling, vermeld in hetzelfde artikel, als de gebruiker in dezelfde afhankelijkheidscategorie als voor zijn vertrek ingedeeld blijft.

HOOFDSTUK 3. — *Dagverzorgingscentra*

Art. 447. De dagverzorgingscentra moeten een aanwezigheidsregister bijhouden waarin voor elke dag waarop het centrum open is, de naam van de aanwezige gebruiker en het uur van zijn aankomst en vertrek is vermeld.

Het register moet elke dag om 13 uur worden afgesloten wat het aantal gebruikers en hun uur van aankomst betreft, en moet aan het eind van de dag worden vervolledigd met het uur van vertrek.

Als aanwezigheidsregisters op papier worden bijgehouden, mogen er in die aanwezigheidsregisters geen losse bladen, blanco stukken, doorhalingen of verbeteringen voorkomen. Ze moeten op elk ogenblik kunnen worden geraadpleegd door de Zorgkassencommissie en moeten in het dagverzorgingscentrum worden bewaard gedurende vijf jaar na de afsluiting ervan.

Art. 448. De dagverzorgingscentra melden aan de zorgkas binnen vijf werkdagen het einde van het verblijf van een gebruiker, hetzij door het overlijden van de gebruiker, hetzij door het vertrek van de gebruiker uit de voorziening.

Art. 449. Als een gebruiker opnieuw wordt opgenomen in het dagverzorgingscentrum binnen dertig dagen na het einde van het verblijf, vermeld in artikel 448, moet de aanmelding, vermeld in artikel 435, niet worden vergezeld van de indicatiestelling, vermeld in hetzelfde artikel, als de gebruiker in dezelfde afhankelijkheidscategorie als voor zijn vertrek ingedeeld blijft.

Titel 5. — *Verzorgingsdossier*

Art. 450. § 1. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra moeten per bewoner of persoon die gebruik maakt van het dagverzorgingscentrum een verzorgingsdossier bijhouden. Het individueel verzorgingsdossier moet minstens de volgende gegevens bevatten:

1° een beschrijving van de bijdrage van de verschillende personeelscategorieën die voorzien zijn in de tegemoetkoming, die is opgemaakt door de persoon die in de zorgvoorziening verantwoordelijk is voor de verzorging;

2° als het gaat om bewoners in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf die gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte: een precieze opsomming van de verwarrende gedragsstoornissen, met inbegrip van:

a) uitdrukkingsmoeilijkheden;

b) verbaal storend gedrag;

c) onwelvoeglijk gedrag;

d) rusteloos gedrag;

e) destructief gedrag;

f) verstoord nachtelijk gedrag;

3° voor de technische handelingen die worden verricht door het verpleegkundig en paramedisch personeel dat voorzien is in de tegemoetkoming: de geneeskundige voorschriften, de aard en de frequentie van de technische handelingen en de identiteit van degene die ze heeft toegediend;

4° als de bewoner of persoon die gebruik maakt van het dagverzorgingscentrum in de afhankelijkheidscategorie D of Cd is ingedeeld op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan dementie, de datum van het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie;

5° als de bewoner of persoon die gebruik maakt van het dagverzorgingscentrum in de afhankelijkheidscategorie Fp is ingedeeld: een attest dat aantoont dat die gebruiker voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 427, waarvan de minister het model bepaalt;

6° als het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum een indicatiestelling opmaakt wegens een verandering van de afhankelijkheidscategorie: een omstandig verslag ondertekend door:

a) een arts als de aanvraag van herziening wordt ingediend binnen de zes maanden volgend op de beslissing tot aanpassing na controle door de Zorgkassencommissie;

b) een arts of door een verpleegkundige die de mogelijkheid heeft gehad om de bewoner of persoon die gebruik maakt van het dagverzorgingscentrum te observeren in de uitvoering van de handelingen van het dagelijks leven, als de aanvraag van herziening wordt ingediend na een vorige aanvraag of meer dan zes maanden na de beslissing, vermeld in punt a).

De beschrijving, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt op een gestructureerde en systematische wijze geëvalueerd en aangepast in functie van de ontwikkeling van de zorgafhankelijkheid. Als een persoon die gebruik maakt van een dagverzorgingscentrum wordt verzorgd in het kader van de thuisverpleging, moet deze beschrijving worden opgemaakt na raadpleging van de verpleegkundige die deze persoon thuis verzorgt.

De minister bepaalt het model van het omstandig verslag, vermeld in het eerste lid, 6°, b).

Als het in het verzorgingsdossier, vermeld in het eerste lid, het verzorgingsdossier van een bewoner van een woonzorgcentrum betreft, dan maakt het verzorgingsdossier deel uit van het woonzorgleefplan van die bewoner.

In het vierde lid wordt verstaan onder woonzorgleefplan: het plan dat door het woonzorgcentrum in samenspraak met de bewoner wordt opgemaakt en de noden, de verwachtingen en de voorkeuren van de bewoner op het vlak van het wonen, de zorg en het leven in het woonzorgcentrum bepaalt, de interventies daarvoor beschrijft en op regelmatige wijze evalueert.

§ 2. Als aan een gebruiker die verblijft in een woonzorgcentrum een mobiliteitshulpmiddel wordt verhuurd conform boek 2, deel 2, titel 3, hoofdstuk 1, dient het individueel verzorgingsdossier van die gebruiker, naast de gegevens, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, ook de volgende gegevens te bevatten:

1° de huurovereenkomst;

2° het serienummer van het afgeleverde mobiliteitshulpmiddel;

3° de aanpassingen voorzien op het afgeleverde mobiliteitshulpmiddel;

4° de data van de eerste ingebruikname door de gebruiker, de aflevering, het onderhoud en de herstelling van het mobiliteitshulpmiddel.

Titel 6. — *Administratieve verplichtingen*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 451. De woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, en de dagverzorgingscentra:

1° bezorgen de zorgkassen de documenten die ze nodig hebben voor de vergoeding van de aangerekende tegemoetkomingen en voor de controle op de wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake;

2° stellen de Zorgkassencommissie in staat de bezoeken af te leggen die ze voor het vervullen van hun opdracht nuttig achten;

3° stellen het agentschap in staat de bezoeken af te leggen en verstrekken hun de inlichtingen opdat ze de gegevens kunnen controleren die de zorgvoorziening ter uitvoering van dit besluit moet overmaken aan het agentschap, wat in geen geval gepaard mag gaan met het verplaatsen van de stukken die nodig zijn voor de uitoefening van die opdracht.

HOOFDSTUK 2. — *Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf*

Art. 452. De woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, bezorgen aan het agentschap ieder trimester, een elektronisch ingevulde vragenlijst waarvan het model wordt bepaald door het agentschap. Daarnaast bezorgen die zorgvoorzieningen de volgende documenten aan het agentschap op eerste verzoek:

1° een kopie van de RSZ-aangifte, waarin het personeelsbestand is opgenomen, en een kopie van de arbeidsovereenkomsten die eigen zijn aan de zorgvoorziening of een kopie van de beslissing van de organiserende instantie als het gaat om een overheidsdienst;

2° een kopie van de ondernemingscontracten die gesloten zijn met het zelfstandig personeel, vermeld in artikel 475, § 6, een kopie van de facturen met het aantal gepresteerde uren van dat personeel, alsook de betalingsbewijzen;

3° een verklaring waaruit blijkt dat de voordelen zoals, vermeld in artikel 428, worden toegepast;

4° de verdeling van de bewoners over de afhankelijkheidscategorieën op een bepaalde datum;

5° de gegevens met betrekking tot het gebruik, conform de interne richtlijnen van de zorgvoorziening, van de producten en de materialen die leiden tot betere hygiëne, ter voorkoming van nosocomiale ziekten;

6° een kopie van de overeenkomst die werd gesloten met de persoon die als referentiepersoon dementie is aangewezen;

7° alle andere gegevens met betrekking tot de financiering van enig onderdeel van de tegemoetkoming.

Wat het personeel dat tewerkgesteld is in de functie van verpleegkundige, zorgkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist of personeel voor reactivering betreft, toetst het agentschap jaarlijks bij de overheidsdienst die bevoegd is voor het verlenen van het visum en de dienst zorgberoepen van het agentschap, of dat personeel effectief het visum heeft gekregen of erkend is in het betreffende zorgberoep en zo ja, vanaf welke datum. Als ze dat nodig acht kan het agentschap een kopie van de diploma's en de functie-omschrijving van het personeel opvragen bij de zorgvoorziening.

Art. 453. § 1. In de elektronische vragenlijst, vermeld in artikel 452, worden onder meer de volgende gegevens opgenomen per trimester:

1° de volgende gegevens met betrekking tot het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf:

a) het RSZ-nummer;

b) het statuut;

c) de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur voor voltijdse prestaties;

d) het aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de gebruikers per zorgkas;

e) het aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de bewoners die niet zijn opgenomen in punt d);

f) het aantal bewoners die behoren tot de afhankelijkheidscategorie A, die effectief aanwezig zijn in de zorgvoorziening op 31 maart van de referentieperiode en die minstens een 2 scoren voor oriëntatie in tijd en voor oriëntatie in ruimte als vermeld in artikel 424, § 2, van dit besluit;

g) het bankrekeningnummer van de zorgvoorziening;

2° gegevens voor alle verpleegkundigen, personeel voor reactivering en zorgkundigen: per persoon:

a) de naam en voornaam;

b) het INSZ-nummer;

c) het aantal gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen als vermeld in artikel 475, § 2, eerste lid, 1°, van dit besluit;

d) het aantal niet-gelijkgestelde dagen als vermeld in artikel 475, § 2, eerste lid, 1°, van dit besluit;

e) het aantal gepresteerde en/of geassimileerde uren als vermeld in artikel 475, § 2, 1°, van dit besluit;

f) het aantal gepresteerde uren als vermeld in artikel 475, § 3, § 4 en § 6, van dit besluit;

g) de beroepskwalificatie;

h) het statuut: loontrekkende of statutair; interim; zelfstandige; zelfstandig, statutair of loontrekkend directeur; vervanger, en de inlichtingen met betrekking tot artikel 475, § 3, van dit besluit;

i) als het gaat om een nieuw personeelslid of als een einde is gesteld aan de tewerkstelling: de begindatum en in voorkomend geval de einddatum;

j) de baremieke anciënniteit, vermeld in artikel 480 van dit besluit;

3° de gegevens over het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, hoofdparamedici en verpleegkundig coördinatoren, vermeld in artikel 497 van dit besluit;

4° de gegevens over de referentiepersoon dementie, vermeld in artikel 498 van dit besluit;

5° de gegevens over de coördinerend arts, vermeld in artikel 500 van dit besluit;

6° de gegevens over de bijkomende vorming van het personeel op het vlak van dementie, vermeld in artikel 502, § 3, van dit besluit;

7° de bevestiging van de volgende certificaten:

a) een attest eindeloopbaan als de zorgvoorziening aan een van de volgende voorwaarden voldoet:

1) voor de private en non-profit sector: onder de toepassing vallen van een collectieve arbeidsovereenkomst die is gesloten in het bevoegde paritair comité, in uitvoering van het akkoord voor de gezondheidssector van 26 april 2005, dat afgesloten is tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector;

2) voor de openbare sector: onder toepassing vallen van een protocol van akkoord dat is gesloten in het bevoegde onderhandelingscomité als vermeld in de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel, in uitvoering van het protocol nr. 148/2 van het Gemeenschappelijk Comité voor alle Overheidsdiensten van 29 juni, 5 juli en 18 juli 2005;

b) een attest sociaal akkoord als de zorgvoorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 428 van dit besluit;

c) een attest nosocomiaal als de zorgvoorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 490 van dit besluit;

d) een attest palliatieve functie als de zorgvoorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 491 tot en met 494 van dit besluit;

e) attest functie dementie als de zorgvoorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 502 van dit besluit;

8° de vermelding van een van de volgende conventies als in de zorgvoorziening bewoners verblijven die onder de toepassing van een van de volgende conventies vallen:

a) alternatieve zorgen;

b) Huntington;

c) MS/ALS;

9° de naam en het rijksregisternummer van de directeur;

10° een of twee e-mailadressen waarnaar het agentschap nuttige informatie kan versturen.

§ 2. De gegevens, vermeld in paragraaf 1, kunnen in de woonzorgcentra, in voorkomend geval in de bijbehorende centra voor kortverblijf, en bij de zorgkas gecontroleerd worden door het agentschap. Het agentschap controleert jaarlijks een steekproef van woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf.

Er kan een geldboete van maximaal 50.000 euro opgelegd worden als het agentschap vaststelt dat een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorend centrum voor kortverblijf, de elektronische vragenlijst opzettelijk verkeerd heeft ingevuld met als doel het bekomen van een hogere tegemoetkoming dan de tegemoetkoming waarop men op basis van de reële gegevens recht heeft. De bewijslast daarvan ligt bij het agentschap.

Het agentschap maakt een gemotiveerde vaststelling over aan het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorend centrum voor kortverblijf. Het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met bijbehorend centrum voor kortverblijf, betaalt de geldboete binnen 3 maanden na ontvangst van de gemotiveerde vaststelling.

Het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorend centrum voor kortverblijf, past binnen de termijn, vermeld in het derde lid, de elektronische vragenlijst aan op basis van de reële gegevens voor de referentieperiode die het laatst bevestigd werd. Op basis van de reële gegevens zal de tegemoetkoming herberekend worden en in voorkomend geval wordt het bedrag dat te veel betaald is, teruggevorderd.

Het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met bijbehorend centrum voor kortverblijf, kan binnen een maand na de datum van de ontvangst van de gemotiveerde vaststelling beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank. Het beroep bij de arbeidsrechtbank schorst de termijn van 3 maanden, vermeld in het derde en vierde lid.

Art. 454. Op 30 september volgend op de referentieperiode gaat het agentschap na of voor alle trimesters de elektronische vragenlijst, vermeld in artikel 453, werd overgemaakt.

Als het agentschap de elektronische vragenlijst, vermeld in artikel 453, niet heeft ontvangen op 16 oktober die volgt op de referentieperiode, wordt het bedrag van de volledige tegemoetkoming verminderd met 25 %. De woonzorgcentra en centra voor kortverblijf kunnen de volledige tegemoetkoming verkrijgen vanaf de eerste dag van het trimester dat volgt op het trimester waarin ze de elektronische vragenlijst, vermeld in artikel 453, hebben meegedeeld en dit ten vroegste vanaf 1 april van de factureringsperiode.

Eens de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf de gegevens hebben medegedeeld, kunnen ze die nog wijzigen tot dertig dagen na de dag waarop ze de berekening hebben ontvangen van het agentschap. Het agentschap bezorgt het bedrag en de berekening van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf aan de zorgvoorziening tussen 16 oktober en 31 oktober.

Art. 455. Het agentschap deelt aan de zorgkassen het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf mee dat de zorgvoorziening kan factureren conform deel 6 en dit op hetzelfde tijdstip waarop het agentschap die tegemoetkoming aan de zorgvoorziening communiceert.

HOOFDSTUK 3. — *Dagverzorgingscentra*

Art. 456. § 1. De dagverzorgingscentra bezorgen aan het agentschap ieder trimester, een elektronisch ingevulde vragenlijst waarvan het model wordt bepaald door het agentschap. Daarnaast bezorgen de dagverzorgingscentra de volgende documenten aan het agentschap op eerste verzoek:

1° een kopie van de RSZ-aangifte, waarin het personeelsbestand is opgenomen, en een kopie van de arbeidsovereenkomsten die eigen zijn aan het dagverzorgingscentrum of een kopie van de beslissing van de organiserende instantie als het gaat om een overheidsdienst;

2° een verklaring waaruit blijkt dat de voordelen, vermeld in artikel 428, effectief worden toegepast.

Wat het personeel dat tewerkgesteld is in de functie van verpleegkundige, zorgkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist of personeel voor reactivering betreft, toetst het agentschap jaarlijks bij de overheidsdienst die bevoegd is voor het verlenen van het visum en de dienst zorgberoepen van het agentschap, of dat personeel effectief het visum heeft gekregen of erkend is in het betreffende zorgberoep en zo ja, vanaf welke datum. Als ze dat nodig acht kan het agentschap een kopie van de diploma's en de functieomschrijving van het personeel opvragen bij de dagverzorgingscentra.

Op grond van de informatie, vermeld in het eerste en tweede lid, gaat het agentschap na of het dagverzorgingscentrum gedurende de referentieperiode heeft voldaan aan de normen, vermeld in artikel 433, § 1 of § 2, en wordt de tegemoetkoming bepaald die het dagverzorgingscentrum in rekening kan brengen gedurende de factureringsperiode. Het agentschap stelt de dagverzorgingscentra en de zorgkassen daarvan ten gepaste tijde in kennis.

§ 2. Op 30 september volgend op de referentieperiode gaat het agentschap na of voor alle trimesters de elektronische vragenlijst vermeld in paragraaf 1, werd overgemaakt.

Als het agentschap de informatie, vermeld in paragraaf 1, niet op 16 oktober die volgt op de referentieperiode heeft ontvangen, wordt het bedrag van de tegemoetkoming verminderd met 25 %. Het dagverzorgingscentrum kan de volledige tegemoetkoming verkrijgen vanaf de eerste dag van het trimester dat volgt op het trimester waarin het de informatie, vermeld in paragraaf 1, heeft meegedeeld en dat ten vroegste vanaf 1 april van de factureringsperiode.

Zodra het dagverzorgingscentrum de gegevens heeft meegedeeld, kan het die nog wijzigen tot dertig dagen na de dag waarop het de berekening heeft ontvangen van het agentschap. Het agentschap bezorgt het bedrag van de tegemoetkoming en de berekening van de tegemoetkoming aan het dagverzorgingscentrum tussen 16 oktober en 31 oktober.

§ 3. De informatie, vermeld in paragraaf 1, kan in de dagverzorgingscentra en bij de zorgkas gecontroleerd worden door het agentschap. Het agentschap controleert een steekproef van dagverzorgingscentra.

Er kan een geldboete van maximaal 50.000 euro opgelegd worden als het agentschap vaststelt dat een dagverzorgingscentrum de elektronische vragenlijst opzettelijk verkeerd heeft ingevuld met als doel het bekomen van een hogere tegemoetkoming dan de tegemoetkoming waarop men op basis van de reële gegevens recht heeft. De bewijslast daarvan ligt bij het agentschap.

Het agentschap maakt een gemotiveerde vaststelling over aan het dagverzorgingscentrum. Dagverzorgingscentrum betaalt de geldboete binnen 3 maanden na ontvangst van de gemotiveerde vaststelling.

Het dagverzorgingscentrum past binnen de termijn, vermeld in het derde lid, de elektronische vragenlijst aan op basis van de reële gegevens voor de referentieperiode die het laatst bevestigd werd. Op basis van de reële gegevens zal de tegemoetkoming herberekend worden en in voorkomend geval wordt het bedrag dat te veel betaald is, teruggevorderd.

Het dagverzorgingscentrum kan binnen een maand na de datum van de ontvangst van de gemotiveerde vaststelling beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank. Het beroep bij de arbeidsrechtbank schorst de termijn van 3 maanden, vermeld in het derde en vierde lid.

Art. 457. Het agentschap deelt aan de zorgkassen het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum mee dat de zorgvoorziening kan factureren conform deel 6 en dit op hetzelfde tijdstip waarop het agentschap die tegemoetkoming aan de zorgvoorziening communiceert.

Deel 2. — Toekenning van tegemoetkomingen

Titel 1. — *Tegemoetkomingen*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

Art. 458. De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf bestaat uit:

1° de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf, vermeld in titel 3, hoofdstuk 1, afdeling 1;

2° de tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal in een woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf, vermeld in artikel 505.

Art. 459. De tegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum bestaat uit:

1° de basistegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum, vermeld in artikel 506;

2° de tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorgingscentrum, vermeld in artikel 507.

Art. 460. Een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf en een dagverzorgingscentrum hebben geen recht op een tegemoetkoming conform artikel 520, voor meer dan het aantal entiteiten waarvoor ze erkend zijn.

In afwijking op het eerste lid gelden voor de tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorgingscentrum, vermeld in artikel 459, 2°, de volgende uitzonderingen:

1° dagverzorgingscentra voor zorgafhankelijke personen hebben conform artikel 520 recht op een tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorging voor elke verblijfsdag van een gebruiker die aan de voorwaarden, vermeld in artikel 422 voldoet;

2° de dagverzorgingscentra voor personen met een ernstige ziekte hebben conform artikel 520 recht op een tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorging voor elke verblijfsdag van een gebruiker die aan de voorwaarden, vermeld in artikel 423, voldoet.

Art. 461. De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, de tegemoetkoming voor zorg in een centrum voor kortverblijf en de tegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum zijn onderling niet cumuleerbaar.

HOOFDSTUK 2. — *Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf*

Art. 462. De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf wordt toegekend vanaf de datum van de bezorging aan het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf van de beslissing tot verlening van de erkenning, vermeld in artikel 7 en artikel 12 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de procedures voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en artikel 33 en artikel 37 van het besluit van Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen.

In uitzonderlijke gevallen kan de minister beslissen de tegemoetkoming toe te kennen vanaf de ingangsdatum van de erkenning.

Als de ingangsdatum van de erkenning volgt op die van de bezorging aan het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf van de beslissing tot verlening van de erkenning, wordt de tegemoetkoming toegekend vanaf de ingangsdatum van de erkenning zoals vermeld in de beslissing.

Art. 463. De gebruiker die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in deel 1, en die verblijft in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf heeft recht op een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf voor elk verblijf dat minstens één nacht behelst. Dat houdt in dat de opname begint vóór middernacht en eindigt na 8 uur 's anderendaags.

De dag van opname en de dag van ontslag worden samen voor één verblijfsdag gerekend, behalve in de gevallen waarin de volgende voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

1° de opname van de gebruiker vindt plaats vóór 12 uur op de dag van zijn opname;

2° het vertrek van de gebruiker vindt plaats na 14 uur op de dag van zijn ontslag.

Met uitzondering van de gevallen, vermeld in het tweede lid, worden de verblijfsdagen van de gebruiker als volgt berekend:

1° bij opname vóór 12 uur op de dag van zijn opname en vertrek vóór 14 uur op de dag van zijn ontslag, wordt de dag van opname in rekening gebracht;

2° bij opname na 12 uur op de dag van zijn opname, ongeacht het uur van vertrek op de dag van zijn ontslag, wordt de dag van ontslag in rekening gebracht.

Als evenwel de gebruiker overlijdt op de dag van zijn opname, is de betaling van de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, verschuldigd.

Het overbrengen binnen eenzelfde woonzorgcentrum, van een bewoner van een entiteit woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning naar een entiteit woonzorgcentrum met bijkomende erkenning of omgekeerd, wordt niet beschouwd als een onderbreking van het verblijf, maar, in voorkomend geval, als een wijziging van afhankelijkheidscategorie als vermeld in artikel 440.

Het overbrengen van een gebruiker van een centrum voor kortverblijf naar een woonzorgcentrum en omgekeerd wordt beschouwd als een onderbreking van het verblijf en een wijziging van zorgvoorziening.

Art. 464. § 1. Er is geen recht op een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf bij een tijdelijke afwezigheid van de gebruiker uit het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf.

In het eerste lid wordt verstaan onder tijdelijke afwezigheid: de afwezigheid van een gebruiker gedurende minstens één nacht, die loopt van voor middernacht tot 8 uur 's anderendaags. Artikel 463, tweede tot en met vierde lid, is van overeenkomstige toepassing als er sprake is van een tijdelijke afwezigheid.

Als een gebruiker wordt opgenomen in het ziekenhuis of revalidatieziekenhuis gedurende minstens één nacht, wordt dat niet als een tijdelijke afwezigheid beschouwd, maar als een vertrek uit de zorgvoorziening, als vermeld in artikel 443. Als een gebruiker langer dan 72 uur afwezig is, wordt dat beschouwd als het vertrek uit de zorgvoorziening, vermeld in artikel 443.

§ 2. De woonzorgcentra en centra voor kortverblijf melden elke tijdelijke afwezigheid van een gebruiker, vermeld in paragraaf 1, aan de zorgkas.

Art. 465. Aan de gebruikers die zijn opgenomen in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf, mogen collectieve vakantieverblijven worden toegestaan die worden georganiseerd en geleid door, en onder de verantwoordelijkheid van die zorgvoorziening. Een collectief vakantieverblijf wordt niet beschouwd als een tijdelijke afwezigheid conform artikel 464, § 1.

Tijdens de periode van een collectief vakantieverblijf kan voor de gebruiker de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf worden aangerekend aan de zorgkas van de gebruiker. Het maximum aantal dagen van een collectief vakantieverblijf, bedraagt veertien dagen per kalenderjaar.

Als een gebruiker van een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf deelneemt aan een collectief vakantieverblijf, dan moeten de data, de duur en de plaats van het verblijf in het verzorgingsdossier van de gebruiker opgenomen worden.

HOOFDSTUK 3. — *Dagverzorgingscentra*

Art. 466. De tegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum wordt toegekend vanaf de datum van ontvangst door het dagverzorgingscentrum van de beslissing tot verlening van de erkenning op de wijze vermeld in artikel 6 van het besluit van de Vlaamse Regering van 23 juni 2000 tot vaststelling van de procedure voor de bijzondere erkenning van een centrum voor dagverzorging.

In uitzonderlijke gevallen kan de minister beslissen de tegemoetkoming toekennen vanaf de ingangsdatum van de erkenning.

Als de ingangsdatum van de erkenning volgt op die van de ontvangst door het dagverzorgingscentrum van de beslissing tot verlening van de erkenning, wordt de tegemoetkoming toegekend vanaf de ingangsdatum van de erkenning zoals vermeld in de beslissing.

Art. 467. Een gebruiker die een beroep doet op een dagverzorgingscentrum heeft recht op een tegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum voor elk verblijf dat minstens zes uur behelst. De opname moet uiterlijk om 12 uur plaatshebben.

Als de gebruiker evenwel tijdens een verblijfsdag overlijdt of moet worden opgenomen in een ziekenhuis of revalidatieziekenhuis, is de betaling van de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, verschuldigd.

Titel 2. — *Gedekte zorg*

HOOFDSTUK 1. — *Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf*

Art. 468. De basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra zonder een bijkomende erkenning is alleen bestemd voor de financiering van de volgende diensten, producten en premies:

1° de zorg en ondersteuning in de handelingen van het dagelijks leven;

2° de verzorging verleend door verpleegkundigen;

3° de logopedieverstrekkingen verleend door de zorgverleners die daarvoor bevoegd zijn;

4° elke handeling tot reactivatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;

5° een tegemoetkoming om de inzet van bijkomende zorginspanningen te stimuleren;

6° de producten en de materialen ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook de volgende producten:

a) de ontsmettingsmiddelen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering, met uitzondering van de ontsmettingsmiddelen voor gynaecologie, mond- en oogverzorging;

b) de niet-geïmpregneerde verbanden;

c) de steriele kompressen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering;

d) het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal, uitgezonderd insulinespuiten;

7° de opleiding en de sensibilisering van het personeel voor de palliatieve verzorging in:

a) de woonzorgcentra met een bijkomende erkenning;

b) de woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens 25 bewoners in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, vermeld in artikel 425 van dit besluit, huisvesten en ten opzichte van het totaal aantal erkende entiteiten minstens 40% bewoners telt in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, vermeld in artikel 425 van dit besluit;

8° een partiële tegemoetkoming in de beheerskosten en de kosten voor de gegevensoverdracht;

9° het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de coördinerend verpleegkundigen met minstens achttien jaar anciënniteit;

10° de financiering van een referentiepersoon voor dementie in de desbetreffende zorgvoorzieningen waarin gemiddeld 25 bewoners verblijven die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie Cd, vermeld in artikel 425 van dit besluit, wegens hun psychische afhankelijkheid;

11° de titels en de beroepskwalificaties, vermeld in artikel 1 tot en met 3 van het koninklijk besluit van 28 december 2011;

12° de aanvullende opleiding van het personeel op het vlak van dementie in de desbetreffende zorgvoorzieningen met een bijkomende erkenning en in de zorgvoorzieningen waarin gemiddeld vijftien bewoners verblijven die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie Cd, vermeld in artikel 425 van dit besluit, wegens hun psychische afhankelijkheid.

De minister stelt een lijst samen van producten die beschouwd worden als producten of materialen als vermeld in het eerste lid, 6°.

Art. 469. De basistegemoetkoming voor zorg verleend in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning is alleen bestemd voor de financiering van de producten, diensten en premies, vermeld in artikel 468, eerste lid, 1° tot en met 12°, van dit besluit, en voor de financiering van de volgende producten en diensten:

1° de kinesitherapieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers, die daartoe bevoegd zijn;

2° de taken van de coördinerend en raadgevend arts, gedefinieerd in artikel 48/10 van de bijlage XII van het besluit 24 juli 2009;

3° de taken van een hoofdverpleegkundige.

Art. 470. De basistegemoetkoming voor zorg in centra voor kortverblijf is alleen bestemd voor de financiering van de producten, diensten en premies, vermeld in artikel 468, eerste lid, 1° tot en met 12°, voor een bijkomende financiering voor het kortverblijf, voor de werkingsmiddelen van het centrum voor kortverblijf en voor in voorkomend geval de financiering voor het personeel in een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning.

HOOFDSTUK 2. — *Dagverzorgingscentra*

Art. 471. De basistegemoetkoming voor zorg in dagverzorgingscentra is alleen bestemd voor de financiering van de volgende diensten en producten:

1° de zorg en ondersteuning in de handelingen van het dagelijks leven;

2° de verzorging verleend door verpleegkundigen;

3° de kinesitherapieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn;

4° de logopedieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn;

5° elke handeling tot reactivatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;

6° de producten en de materialen ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook de volgende producten:

a) de ontsmettingsmiddelen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering, met uitzondering van de ontsmettingsmiddelen voor gynaecologie, mond- en oogverzorging;

b) de niet-geïmpregneerde verbanden;

c) de steriele kompressen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering;

d) het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal, uitgezonderd insulinespuiten.

De minister stelt een lijst samen van producten die beschouwd worden als producten of materialen als vermeld in het eerste lid, 6°.

Titel 3. — *Berekening van de tegemoetkomingen*

HOOFDSTUK 1. — *Tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf*

Afdeling 1. — Basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf

Onderafdeling 1. — Algemeen

Art. 472. Voor de toepassing van deze titel wordt verstaan onder:

1° bewoner O: een bewoner ingedeeld in afhankelijkheidscategorie O, conform artikel 425;

2° bewoner A: een bewoner ingedeeld in afhankelijkheidscategorie A, conform artikel 425;

3° bewoner B: een bewoner ingedeeld in afhankelijkheidscategorie B, conform artikel 425;

4° bewoner C: een bewoner ingedeeld in afhankelijkheidscategorie C, conform artikel 425;

5° bewoner Cd: een bewoner ingedeeld in afhankelijkheidscategorie Cd, conform artikel 425;

6° bewoner D: een bewoner ingedeeld in afhankelijkheidscategorie D, conform artikel 425.

Art. 473. § 1. De basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, bevat de volgende onderdelen:

1° Deel A1: de financiering van het genormeerde personeel conform artikel 429 tot en met 432;

2° Deel A2: een tegemoetkoming als aanmoediging voor bijkomende zorginspanningen;

3° Deel A3: een tegemoetkoming bedoeld om de harmonisering van de barema's te dekken voor alle leden van het zorgpersoneel die beschikken over de kwalificatie van zorgkundige;

4° Deel B1: de financiering van het verzorgingsmateriaal, vermeld in artikel 468;

5° Deel B2: de financiering van producten en materialen ter voorkoming van nosocomiale ziekten;

6° Deel C: de financiering van de palliatieve functie;

7° Deel D: een partiële tegemoetkoming in de beheerskosten en in de kosten voor de gegevensoverdracht;

8° Deel E1: het functiecomplement voor de hoofdverpleegkundige in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning;

9° Deel E2: het functiecomplement voor de hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de verpleegkundig coördinatoren;

10° Deel E3: de financiering van een referentiepersoon dementie;

11° Deel E4: de financiering van de titels en de beroepskwalificaties, vermeld in artikel 468;

12° Deel F: de tegemoetkoming voor de coördinerend en raadgevend arts in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning;

13° Deel G: de bijkomende financiering van het kortverblijf;

14° Deel H: de financiering van de bijkomende vorming van het personeel op het vlak van dementie;

15° Deel I: de werkingssubsidie centrum voor kortverblijf;

16° Deel J: de financiering voor het personeel in een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning.

§ 2. Bij de berekening van de onderdelen, vermeld in paragraaf 1, gelden de volgende afrondingsregels, waarbij geen rekening wordt gehouden met het cijfer dat volgt op de af te ronden decimaal als het lager is dan vijf en de af te ronden decimaal met een eenheid wordt verhoogd als dat cijfer gelijk is aan of hoger is dan vijf:

1° voor de berekening van het aantal voltijdse equivalent (VTE): alle (tussen)berekeningen worden per kwalificatie afgerond tot drie cijfers na de komma, zowel het VTE per trimester als het VTE tijdens de referentieperiode, als het totaal aantal VTE per kwalificatie;

2° voor de berekening van bedragen uitgedrukt in euro: alle berekeningen worden afgerond tot twee cijfers na de komma;

3° voor de berekening van de anciënniteit, vermeld in artikel 480: alle berekeningen worden afgerond tot drie cijfers na de komma;

4° voor de berekening van het gemiddelde aantal bewoners: alle berekeningen worden afgerond tot drie cijfers na de komma.

§ 3. De basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, wordt per verblijfsdag en per gebruiker berekend op basis van de volgende formule:

((A1+A2+A3+B1+B2+C+D+E1+E2+E3+F+G+H) * 0,998527 * 1,022318) + E4 + I + J, waarbij:

1° 1,022318 de verhoging inhoudt van de onderdelen van deze bewerking, vermeld in punt 2° tot en met 14°, met 2,2318% voor de subsidiëring van de animatiewerking;

2° A1 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 2;

3° A2 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 3;

4° A3 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 4;

5° B1 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 5;

6° B2 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 6;

7° C = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 7;

8° D = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 8;

9° E1 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 9;

10° E2 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 10;

11° E3 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 11;

12° F = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 13;

13° G = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 14;

14° H = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 15;

15° E4 = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 12;

16° I = de tegemoetkoming per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 16;

17° J = de financiering per verblijfsdag per gebruiker conform de bepalingen van onderafdeling 17.

Het resultaat van de bewerking, vermeld in het eerste lid, wordt afgerond tot twee cijfers na de komma.

De elementen van de berekening, vermeld in het eerste lid, 2° tot en met 17°, worden alleen opgenomen in de berekening als zij van toepassing zijn conform de bepalingen van de onderafdeling in kwestie, vermeld in het eerste lid.

§ 4. Voor een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat minder animatiepersoneel tewerkgesteld heeft in de referentieperiode dan vereist volgens de erkenningsvoorwaarde, vermeld in artikel 38, eerste lid, 4°, van de bijlage XII bij het besluit van de Vlaamse Regering 24 juli 2009, wordt de animatiecoëfficiënt, vermeld in paragraaf 3, eerste lid, 1°, als volgt aangepast: 1 + (0,022318 * VTE animatiepersoneel tewerkgesteld in de referentieperiode / VTE animatiepersoneel norm).

Onderafdeling 2. — Deel A1: financiering van de personeelsnormen

Art. 474. De financiering van het genormeerde personeel, vermeld in artikel 430 en 432, is bestemd voor de financiering van de loonkosten die voor elke personeelskwalificatie samengesteld zijn uit:

1° het bruto maandloon;

2° de onregelmatige prestaties en de ongemakkelijke prestaties van de verpleegkundigen en de zorgkundigen (13,74% op het brutomaandloon) en de onregelmatige prestaties en de ongemakkelijke prestaties van de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en de leden van het personeel voor reactivering (0,79% van het brutomaandloon);

3° het dubbel vakantiegeld (92% van het brutomaandloon, inclusief de onregelmatige prestaties en de haard- en standplaatstoelage);

4° de eindejaarspremie (vast bedrag + 2,5% op brutomaandloon, verhoogd met haard- en standplaatstoelage);

5° de patronale lasten volgens de bedragen die van toepassing zijn in de private sector (forfaitair 34,67 %);

6° de jaarlijkse premies van 184,92 en 15,75 euro;

7° de jaarlijkse attractiviteitspremie van 619,19 euro;

8° twee bijkomende dagen verlof;

9° een tussenkomst in de arbeidsongevallenverzekering (0,91% van het brutojaarsalaris);

10° een tussenkomst in de kosten voor het sociaal secretariaat (241,59 euro per jaar per voltijds equivalent);

11° een tussenkomst in de kosten voor de interbedrijfsgeneeskundige dienst (120,60 euro per jaar per voltijds equivalent);

12° een tussenkomst in de kosten voor de verplaatsing van en naar het werk (341,30 euro per jaar per voltijds equivalent);

13° een tussenkomst in de kosten voor beroepskledij (310,81 euro per jaar per voltijds equivalent);

14° de haard- en standplaatstoelage.

Art. 475. § 1. Het agentschap berekent het aantal voltijds equivalenten per kwalificatie dat in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf aanwezig is tijdens de referentieperiode. Daarbij worden de volgende regels toegepast:

1° een fysiek persoon die voltijds bij dezelfde initiatiefnemer is tewerkgesteld, wordt in aanmerking genomen voor een gemiddelde arbeidsduur van maximum 38 uur per week, met inbegrip van zijn prestaties als een uitzendverpleegkundige;

2° het maximum aantal gepresteerde uren per dag is beperkt tot 11 uur;

3° het maximum aantal uren per trimester tx wordt bepaald conform de volgende formule: het aantal dagen van maandag tot vrijdag in het trimester tx * 7,6 uur/dag;

4° voor het minimum aantal te presteren dagen per trimester, inclusief de gelijkgestelde dagen, voor een voltijdse equivalent geldt de volgende regel:

[(P * 11) + (NP * 7,6)] >= H * (d1/d2)

waarbij:

a) P = het aantal gepresteerde en het aantal gelijkgestelde dagen in trimester tx;

b) NP = het aantal niet-gelijkgestelde dagen in trimester tx;

c) H = het aantal dagen van maandag tot vrijdag, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag;

d) d1 = het aantal dagen van voltijdse tewerkstelling;

e) d2 = het aantal dagen in het trimester;

5° de dagen waarop de werknemer met disponibiliteit is, worden niet in aanmerking genomen;

6° bij ontslag wordt de compenserende opzeggingsvergoeding niet in aanmerking genomen;

7° als de prestaties van een personeelslid worden gespreid over verschillende activiteiten, worden de gepresteerde uren of dagen in de volgende volgorde toegewezen aan:

a) de prestaties van de personeelsleden, vermeld in paragraaf 2, 2°, f), g), l) en o);

b) de prestaties van de personeelsleden, vermeld in paragraaf 2, 2°, b);

c) de prestaties van de personeelsleden, vermeld in paragraaf 2, 2°, j) en k);

d) de prestaties die het voorwerp uitmaken van de forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 484.

Voor de berekening, vermeld in het eerste lid, 3° en 4°, wordt rekening gehouden met alle gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen of uren in de loop van het trimester, ook al zijn die dagen of uren gepresteerd in meerdere woonzorgcentra, centra voor kortverblijf of dagverzorgingscentra van dezelfde initiatiefnemer.

Als het agentschap vaststelt dat de maxima vermeld in het eerste lid, 2° of 3° overschreden zijn, zal het die dagen of uren beperken tot het aanvaarde maximum. Het toegelaten maximum aan prestaties wordt dan proportioneel verdeeld over de verschillende voorzieningen op basis van het aantal uren van het contract van de persoon in iedere voorziening.

§ 2. Bij de berekening, vermeld in paragraaf 1, gelden de volgende regels:

1° het voltijds equivalent van het loontrekkend of statutair personeelslid wordt als volgt bepaald:

a) voor de periode van voltijdse tewerkstelling:

het voltijds equivalent per trimester tx = ((P/(P+NP)) x (d1/d2))

waarbij:

1) P = het aantal gepresteerde en het aantal gelijkgestelde dagen in trimester tx;

2) NP = het aantal niet gelijkgestelde dagen in trimester tx;

3) d1 = het aantal dagen van voltijdse tewerkstelling;

4) d2 = het aantal dagen in het trimester;

b) het voltijds equivalent voor deeltijds werkende personeelsleden:

het voltijds equivalent per trimester tx = (P/H)

waarbij:

1) P = het aantal gepresteerde en/of geassimileerde uren tijdens het trimester, met uitsluiting van het aantal uren van voltijdse tewerkstelling zoals bedoeld onder a);

2) H = het aantal dagen van maandag tot vrijdag, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag;

c) het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de berekening, vermeld in punt a) en b), en is gelijk aan de som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode gedeeld door het aantal trimesters in de referentieperiode;

2° de VTE's van de volgende personeelsleden worden niet in aanmerking genomen voor de berekening van de tegemoetkoming, vermeld in artikel 484 van dit besluit:

a) de personeelsleden die onder de toepassing vallen van het koninklijk besluit van 18 juli 2002 houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profit sector;

b) de personeelsleden die onder de toepassing vallen van artikel 4, § 1, 3° van het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot uitvoering van artikel 59 van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen, wat de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan betreft;

c) de vervangers van de werknemers van minstens vijftig jaar, die de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan niet genieten, maar die een bijkomend verlof genieten in het kader van het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de sector van de geneeskundige verzorging en dat in 2005 door de Federale Regering is gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers;

d) de personeelsleden die onder de toepassing vallen van artikel 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 15 februari 2012 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 11 april 2011, gesloten in het Paritair Comité voor de gezondheidsinrichtingen en -diensten, betreffende het vormingsproject tot verpleegkundigen;

e) de personeelsleden die onder de toepassing vallen van artikel 17 van het protocol van raamakkoord van 26 juli 2000 betreffende het opleidingsproject tot verpleegkundige in de federale Gezondheidssector;

f) de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van het koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de Ziekteverzekeringswet, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen;

g) de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van de overeenkomsten die gesloten zijn met toepassing van artikel 22 van de Ziekteverzekeringswet;

h) de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende de algemene uitvoeringsbepalingen van de maatregelen ten gunste van de tewerkstelling van jongeren in de sociale profitsector voortspruitend uit de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact;

i) de personeelsleden om te voldoen aan de erkenningsvoorwaarde, vermeld in artikel 38, eerste lid, 4°, van bijlage XII bij het besluit van 24 juli 2009 in het kader van bijlage XIV bij hetzelfde besluit;

j) de referentiepersoon voor dementie die in deel E3, als vermeld in onderafdeling 11, wordt gefinancierd;

k) de personeelsleden die gefinancierd worden met toepassing van artikel 4*bis* van het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft;

l) de personeelsleden die gefinancierd worden met toepassing van artikel 506;

m) de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van artikel 60, § 7, van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

n) de personeelsleden die werken onder het statuut van een leercontract of een overeenkomst inzake inschakeling in het maatschappelijk en beroepsleven, vermeld in het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 28 juli 1998 betreffende de overeenkomst inzake inschakeling in het maatschappelijk en beroepsleven van de centra voor alternerende opleiding en onderwijs;

o) het aandeel VTE gedurende hetwelk de prestaties van de loontrekkende kinesitherapeut via de nomenclatuur worden gefactureerd;

p) de personeelsleden die gefinancierd worden in kader van een subsidieovereenkomst.

In afwijking van het eerste lid, 2°, moet het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat is toegekend met toepassing van het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot uitvoering van artikel 59 van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen, wat de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan betreft, begrepen zijn in het voltijds equivalent, vermeld in het eerste lid, 1°.

§ 3. De woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf die te kampen hebben met een tekort aan verpleegkundig personeel en die in de onmogelijkheid zijn om onmiddellijk loontrekkend of statutair verpleegkundig personeel aan te werven, kunnen een beroep doen op de diensten van een door de bevoegde overheid erkende interimonderneming. In dat geval dient dat aan het agentschap te worden gemotiveerd aan de hand van aanvragen voor het aanwerven van personeel bij de betreffende interimonderneming. Aan het agentschap dient eveneens een kopie van de facturen waarop het aantal in de zorgvoorziening gepresteerde uren van dit personeelslid staat vermeld, te worden overgemaakt. Het agentschap kan ook de nodige documenten vragen waaruit blijkt dat het gaat om een gekwalificeerde verpleegkundige. Een verpleegkundige kan voor een gemiddelde van maximum 38 uur per week in aanmerking worden genomen.

Het voltijds equivalent per trimester tx is in het geval, vermeld in het eerste lid, gelijk aan U/D, waarbij:

1° U = het aantal gepresteerde uren tijdens het trimester;

2° D = het aantal dagen van maandag tot vrijdag, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag.

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de formule, vermeld in het tweede lid, en is gelijk aan de som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode, gedeeld door het aantal trimesters in de referentieperiode.

§ 4. Om de vermindering, vermeld in artikel 479, of de verminderingen, vermeld in artikel 483, § 2 en § 3, gedeeltelijk of volledig te vermijden, kunnen de effectief in zijn kwalificatie gepresteerde uren van de zelfstandige directeur van een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, een tekort in die kwalificatie compenseren voor maximum 19 uur per week voor de toepassing van artikel 479, en voor maximum 38 uur per week voor de toepassing van artikel 483, § 2 of § 3. Het aantal gepresteerde uren per trimester en in de kwalificatie van die directeur wordt door de zelfstandige directeur zelf bepaald, met een verklaring op erewoord.

Een zelfstandig directeur kan de uren, vermeld in het eerste lid, alleen laten gelden in maximum één woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf. Als het agentschap vaststelt dat een zelfstandig directeur die uren meedeelt in meerdere woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, en waarbij het totaal van 19 uur of 38 uur wordt overschreden, zal in geen enkel geval met die uren rekening worden gehouden.

In een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, kan maximum en tegelijkertijd één fysiek persoon de functie van zelfstandig directeur uitoefenen. Het voltijds equivalent per trimester tx is in dat geval gelijk aan U/D, waarbij:

1° U = het aantal gepresteerde uren tijdens het trimester;

2° D = het aantal dagen van maandag tot vrijdag gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag.

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de formule, vermeld in het derde lid, en is gelijk aan de som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode, gedeeld door het aantal trimesters in de referentieperiode.

§ 5. Voor de gekwalificeerde loontrekkende of statutaire directeur van een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, wordt het voltijds equivalent bepaald conform paragraaf 2, eerste lid, 1°. De effectief in zijn kwalificatie gepresteerde uren van die loontrekkende of statutaire directeur worden in aanmerking genomen voor maximum 50% van zijn totaal voltijds equivalent voor het naleven van de normen, vermeld in de artikel 430 of 432, en voor gemiddeld maximum 38 uur per week, om de verminderingen, vermeld in artikel 483, § § 2 of 3, te vermijden. In een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, kan maximum en tegelijkertijd één fysieke persoon de functie van directeur uitoefenen.

Het aantal uren, vermeld in het eerste lid, wordt bepaald conform paragraaf 2, eerste lid, 1° en 2°. Een loontrekkende of statutaire directeur van een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, kan in die functie maar één keer in aanmerking worden genomen. Als het agentschap vaststelt dat een persoon als directeur wordt meegedeeld in meerdere woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, zal in geen enkel geval met die dagen of uren rekening worden gehouden.

§ 6. Het voltijds equivalent per trimester tx van een zelfstandig lid van het personeel voor reactivering, dat door een ondernemingscontract is gebonden aan het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, is gelijk aan P/D, waarbij:

1° P = het aantal gepresteerde uren tijdens het trimester;

2° D = het aantal dagen van maandag tot vrijdag, met uitsluiting van de wettelijke feestdagen, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag.

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de formule, vermeld in het eerste lid, en is gelijk aan de som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode, gedeeld door aantal trimesters in de referentieperiode.

Art. 476. § 1. Het agentschap berekent, in voltijds equivalenten, het personeelseffectief, per kwalificatie, waarover het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, moest beschikken tijdens de referentieperiode (theoretische norm) volgens de normen, vermeld in artikel 430.

§ 2. Bij de berekening, vermeld in paragraaf 1, gelden de volgende regels:

1° het gemiddeld aantal bewoners per afhankelijkheidscategorie is gelijk aan het aantal verblijfsdagen van de bewoners per afhankelijkheidscategorie in de referentieperiode, gedeeld door het aantal dagen in de referentieperiode;

2° de theoretische norm wordt verkregen door het aantal bewoners per afhankelijkheidscategorie te vermenigvuldigen met de financieringsnormen van het personeel die in artikel 430 zijn uitgedrukt per dertig bewoners.

Art. 477. Als het aanwezige personeel per kwalificatie, dat wordt bepaald conform artikel 475, groter of gelijk is aan de theoretische norm per kwalificatie, vermeld in artikel 476, is de financiering per voltijds equivalent in een bepaalde kwalificatie gelijk aan de loonkosten, vermeld in artikel 480.

Art. 478. § 1. Als het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, tijdens de referentieperiode in een of meer personeelskwalificaties niet voldoet aan de theoretische norm, vermeld in artikel 476, kan dat tekort per kwalificatie in een aantal gevallen worden gecompenseerd door een overschot aan loontrekkende personeelsleden in een andere kwalificatie. Er is geen compensatie mogelijk als het gaat om een tekort in de norm van één kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist per dertig bewoners in entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning.

§ 2. Voor de compensatie, vermeld in paragraaf 1, geldt de volgende hiërarchie:

1° als er een teveel is aan bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde, moet eerst het teveel aan bachelors in de verpleegkunde en vervolgens het teveel aan gegradueerden in de verpleegkunde worden toegewezen aan het tekort aan personeelsleden voor reactivering;

2° als er nog een teveel is aan verpleegkundigen, met inbegrip van het resterend aantal bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde, moet dat worden toegewezen aan het tekort aan zorgkundigen;

3° als er nog een tekort is aan personeelsleden voor reactivering kunnen een aantal bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde vooraleer ze worden toegewezen aan de norm voor verpleegkundigen, onder voorwaarden eerst toegewezen worden aan dat tekort aan personeelsleden voor reactivering;

4° als er een teveel is aan personeel voor reactivering, moet dat worden toegewezen aan het tekort aan verpleegkundigen;

5° als er nog een teveel is aan personeel voor reactivering, moet dat worden toegewezen aan het resterend tekort aan zorgkundigen;

6° als er een teveel is aan zorgkundigen, moet dat worden toegewezen aan het resterend tekort aan verpleegkundigen.

Voor de toepassing van het eerste lid, 3°, geldt als voorwaarde dat het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, beschikt over voldoende personeelsleden om de globale norm op te vullen. Alleen de bachelors in de verpleegkunde die aanwezig zijn bovenop 80 % van de norm van de verpleegkundigen, kunnen voor die maatregel in aanmerking komen. Het tekort dat op die manier ontstaat bij de verpleegkundigen kan dan gecompenseerd worden conform het eerste lid, 6°.

§ 3. De compensatie, vermeld in paragraaf 1, wordt toegepast conform de volgende regels:

1° het tekort aan personeelsleden voor reactivering kan alleen worden gecompenseerd door een teveel aan bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde, met voorrang voor de bachelors in de verpleegkunde;

2° het tekort aan verpleegkundigen kan voor maximum 20% worden gecompenseerd door een teveel aan personeelsleden voor reactivering en/of van zorgkundigen;

3° het tekort aan zorgkundigen kan onbeperkt worden gecompenseerd door een teveel aan verpleegkundigen en/of personeelsleden voor reactivering.

Het percentage van 20%, vermeld in het eerste lid, 2°, kan verhoogd worden tot 30% voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die minstens zeven VTE verpleegkundigen tewerkstellen.

§ 4. In de situatie, vermeld in paragraaf 1, wordt het te financieren bedrag als volgt bepaald:

1° voor het personeel dat de theoretische norm, vermeld in artikel 476, opvult in zijn eigen kwalificatie, is de financiering per voltijds equivalent in een bepaalde kwalificatie gelijk aan de loonkosten, vermeld in artikel 480;

2° voor het personeel dat met toepassing van dit artikel in aanmerking komt voor het compenseren van een tekort aan personeel in een andere kwalificatie, gelden de volgende regels:

a) de bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde die een tekort aan personeel voor reactivering compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een bachelor in de verpleegkunde of gegradueerde in de verpleegkunde;

b) het personeel voor reactivering dat een tekort aan verpleegkundigen compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een personeelslid voor reactivering;

c) de zorgkundige die een tekort aan verpleegkundigen of personeel voor reactivering compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een zorgkundige;

d) het personeelslid dat een tekort aan zorgkundigen compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een zorgkundige.

§ 5. De financiering per voltijds equivalent is gelijk aan de loonkosten, vermeld in artikel 480.

Art. 479. Als er na toepassing van artikel 475, § 4 en § 5, en artikel 478, nog altijd een tekort is aan personeel met een bepaalde kwalificatie wordt hiervoor de volgende vermindering bepaald: het overblijvend procentuele tekort in die kwalificatie x de loonkosten per VTE, vermeld in artikel 478, x het aantal VTE tekort.

De vermindering, vermeld in het eerste lid, wordt toegepast op het bedrag dat conform artikel 484 wordt berekend.

Art. 480. § 1. De loonkosten zijn afhankelijk van de gemiddelde anciënniteit per kwalificatie van het zorgpersoneel in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, met uitzondering van de personeelsleden, vermeld in artikel 475, § 2, 2°, met uitzondering van de referentiepersoon dementie, vermeld in artikel 475, § 2, 2°, j), die ook in aanmerking wordt genomen. Die gemiddelde anciënniteit wordt per kwalificatie bepaald door de anciënniteit van het personeelslid x VTE van dat personeelslid/ totale aantal VTE's in die kwalificatie.

In het eerste lid wordt verstaan onder anciënniteit: de baremieke anciënniteit bedoeld op de laatste dag van de referentieperiode, of voor de personeelsleden die het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, hebben verlaten of die een andere kwalificatie hebben gekregen, de baremieke anciënniteit zoals die van toepassing is op de einddatum van het contract. De baremieke anciënniteit van een personeelslid is maximum gelijk aan zijn leeftijd - 18.

De anciënniteit wordt per individu en per kwalificatie berekend. Als een persoon meerdere contracten heeft tijdens de referentieperiode, wordt rekening gehouden met zijn anciënniteit op de laatste dag van de referentieperiode of op het einde van zijn contract.

Bij deze berekening wordt geen rekening gehouden met de personeelsleden die in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, werkzaam zijn met een uitzendcontract, of die werkzaam zijn als directeur met een statuut van zelfstandige. De personen die er werkzaam zijn op zelfstandige basis, worden meegeteld met een anciënniteit van nul jaar.

Voor een correcte berekening van de gemiddelde anciënniteit per kwalificatie delen de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, aan het agentschap de baremieke anciënniteit, het aantal gepresteerde dagen of uren mee voor alle personen (loontrekkers, statutairen, zelfstandigen, uitzendpersoneel) die tijdens de referentieperiode werkzaam waren in de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, als verpleegkundige, personeelslid voor reactivering of als zorgkundige.

§ 2. De loonkosten voor een voltijds equivalent bachelor in de verpleegkunde bedragen, indien de gemiddelde anciënniteit van alle verpleegkundigen in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf:

1° kleiner is dan 4 jaar: 55.055,28 euro;

2° vanaf 4 jaar en kleiner dan 6 jaar: 59.387,85 euro;

3° vanaf 6 jaar en kleiner dan 8 jaar: 63.787,32 euro;

4° vanaf 8 jaar en kleiner dan 12 jaar: 65.539,70 euro;

5° vanaf 12 jaar en kleiner dan 14 jaar: 67.814,90 euro;

6° vanaf 14 jaar en kleiner dan 16 jaar: 69.330,24 euro;

7° vanaf 16 jaar: 75.364,55 euro.

§ 3. De loonkosten voor een voltijds equivalent gegradueerde in de verpleegkunde of ziekenhuisassistent bedragen, indien de gemiddelde anciënniteit van alle verpleegkundigen en ziekenhuisassistenten in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf:

1° kleiner is dan 4 jaar: 50.659,58 euro;

2° vanaf 4 jaar en kleiner dan 6 jaar: 54.188,32 euro;

3° vanaf 6 jaar en kleiner dan 8 jaar: 58.081,37 euro;

4° vanaf 8 jaar en kleiner dan 12 jaar: 59.801,15 euro;

5° vanaf 12 jaar en kleiner dan 14 jaar: 62.054,04 euro;

6° vanaf 14 jaar en kleiner dan 16 jaar: 63.553,34 euro;

7° vanaf 16 jaar: 65.060,83 euro.

§ 4. De loonkosten voor een voltijds equivalent zorgkundige bedragen, indien de gemiddelde anciënniteit van alle zorgkundigen in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf:

1° kleiner is dan 4 jaar: 48.260,29 euro;

2° vanaf 4 jaar en kleiner dan 6 jaar: 48.831,67 euro;

3° vanaf 6 jaar en kleiner dan 10 jaar: 49.583,31 euro;

4° vanaf 10 jaar en kleiner dan 12 jaar: 51.358,54 euro;

5° vanaf 12 jaar: 52.165,03 euro.

§ 5. De loonkosten voor een voltijds equivalent personeelslid voor reactivering en voor een kinesitherapeut, een ergotherapeut of een logopedist bedragen, indien de gemiddelde anciënniteit van alle leden van dat personeel in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf:

1° minder is dan 4 jaar: 49.304,85 euro;

2° vanaf 4 jaar en minder dan 6 jaar: 53.147,20 euro;

3° vanaf 6 jaar en minder dan 10 jaar: 57.054,80 euro;

4° vanaf 10 jaar en minder dan 12 jaar: 58.609,83 euro;

5° vanaf 12 jaar: 60.631,27 euro.

§ 6. Onverminderd de toepassing van artikel 482 worden de verpleegkundigen die beantwoorden aan de in de normen voor verpleegkundigen, vermeld in artikel 430 en 432, gefinancierd volgens de loonkosten van een gegradueerde in de verpleegkunde.

Art. 481. § 1. In de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die na de toepassing van de artikel 475, 476 en 478 nog een reserve aan personeelsleden voor reactivering hebben, wordt bij de bepaling van het te financieren bedrag voor de personeelsnorm, vermeld in artikel 484, bijkomend rekening gehouden met een aantal voltijds equivalenten dat maximum gelijk is aan: ((gemiddeld aantal bewoners O x 0,10 voltijds equivalent personeelslid voor reactivering) + (gemiddeld aantal bewoners A x 0,20 voltijds equivalent personeelslid voor reactivering))/30 bewoners. Het gemiddelde aantal bewoners O en A stemt overeen met het aantal dat berekend wordt ter uitvoering van artikel 476).

Als de reserve zoals, vermeld in het eerste lid, onvoldoende is om het voltijds equivalent van 0,10 of 0,20/30 bewoners, vermeld in het eerste lid, op te vullen, kan het verschil worden gecompenseerd door een teveel aan bachelors in de verpleegkunde.

§ 2. In de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die na de toepassing van paragraaf 1 nog een reserve aan personeelsleden voor reactivering hebben, of als dat niet het geval is, nog een reserve aan zorgkundigen hebben, wordt bij de bepaling van het te financieren bedrag voor de personeelsnorm, vermeld in artikel 484, bijkomend rekening gehouden met het aantal voltijds equivalenten dat maximum gelijk is aan: ((aantal bewoners behorend tot de afhankelijkheidscategorie A, die effectief aanwezig zijn in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, op 31 maart van de referentieperiode en die minstens een 2 scoren voor oriëntatie in tijd en voor oriëntatie in ruimte als vermeld in artikel 424, § 2, x 0.8 voltijds equivalent personeelslid voor reactivering of verzorgend personeel / 30 bewoners).

Art. 482. In de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die niet onder de toepassing vallen van artikel 479 of artikel 483, § 2, worden een aantal van bachelors in de verpleegkunde die de norm voor verpleegkundigen, vermeld in artikel 429 en 430, opvullen, gefinancierd volgens de loonkosten van een bachelor in de verpleegkunde. Het aantal bachelors in de verpleegkundedat aldus wordt gefinancierd, bedraagt maximum 30 % van de theoretische norm voor verpleegkundigen, vermeld in artikel 476.

Art. 483. § 1. In de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 432, vierde lid, en waar de norm, vermeld in artikel 430, kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen, wordt bij de bepaling van het te financieren bedrag voor het genormeerde personeel, vermeld in artikel 484, uitgegaan van twee voltijds equivalenten verpleegkundigen en drie voltijds equivalenten zorgkundigen, behalve als het niet toepassen van die regel voordeliger is voor die zorgvoorziening.

Het eerste lid is niet van toepassing op de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, vermeld in artikel 486, § 1 tot en met § 4.

§ 2. Voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens tien bewoners in de afhankelijkheidscategorie B, C, Cd of D huisvesten en die minstens ten opzichte van het gemiddelde aantal erkende entiteiten gemiddeld 40% bewoners huisvesten in de afhankelijkheidscategorie B, C, Cd of D en die tijdens de referentieperiode niet beschikken over minstens vijf voltijdse equivalenten van loontrekkend of statutair personeel, verpleegkundigen, zorgkundigen of personeel voor reactivering, waarvan minstens twee voltijds equivalenten verpleegkundigen, wordt de financiering van het genormeerde personeel, vermeld in artikel 484, verminderd met 50%.

§ 3. Voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die tijdens de referentieperiode gemiddeld geen tien bewoners in de afhankelijkheidscategorie B, C, Cd of D huisvesten of die minstens ten opzichte van het gemiddelde aantal erkende entiteiten gemiddeld geen 40% bewoners huisvesten in de afhankelijkheidscategorie B, C, Cd of D en die tijdens de referentieperiode niet beschikken over minstens vijf voltijdse equivalenten van loontrekkend of statutair personeel, verpleegkundigen, zorgkundigen of personeel voor reactivering, waarvan minstens twee voltijds equivalenten verpleegkundigen, wordt de financiering van het genormeerde personeel, vermeld in artikel 484, bepaald rekening houdend met de helft van de financiering van de norm, vermeld in artikel 430, voor de afhankelijkheidscategorieën B, C, Cd en D.

Art. 484. § 1. Het basisbedrag van de financiering van het genormeerde personeel is gelijk aan de som van het aantal voltijds equivalenten in een bepaalde kwalificatie, vermenigvuldigd met de loonkosteb van die kwalificatie, waarbij:

1° het aantal voltijds equivalenten wordt bepaald conform artikel 475, 476, 478, 481, 482 en 483;

2° de loonkosten worden bepaald met toepassing van artikel 480 en 483, § 2.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, wordt in voorkomend geval verminderd conform artikel 479, tenzij bij de toepassing van artikel 483, § 2 of § 3.

Het bedrag van de financiering van het genormeerde personeel per verblijfsdag en per gebruiker wordt bepaald door het basisbedrag van de financiering van het genormeerde personeel te delen door het aantal verblijfsdagen voor de bewoners in de referentieperiode.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1 bedraagt het bedrag per verblijfsdag en per gebruiker van de financiering van het genormeerde personeel voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, waarop artikel 486 van toepassing is: ((basisbedrag van de financiering van het genormeerde personeel/ het aantal verblijfsdagen voor de bewoners in de referentieperiode, vermeld in artikel 486) x (het aantal dagen in de referentieperiode, vermeld in artikel 486 / het aantal dagen in de referentieperiode)).

Art. 485. § 1. Het bedrag per verblijfsdag en per gebruiker, vermeld in artikel 484, wordt aangepast als in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, een wijziging van de erkende entiteiten plaatsvindt tijdens de referentieperiode of tijdens de periode die zich situeert tussen de referentie- en de factureringsperiode.

Het bedrag van de aanpassing is gelijk aan: ((aantal entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning na aanpassing/totaal aantal entiteiten na aanpassing) - (aantal entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning voor aanpassing / totaal aantal entiteiten voor aanpassing)) x 19,51 euro x ((aantal dagen tussen de begindatum van de referentieperiode en de datum van de aanpassing met een maximum van het aantal dagen in de factureringsperiode) / aantal dagen in de factureringsperiode) + ((aantal entiteiten kortverblijf na aanpassing/totaal aantal entiteiten na aanpassing) - (aantal entiteiten kortverblijf voor aanpassing / totaal aantal entiteiten voor aanpassing)) x 6,53 euro x ((aantal dagen tussen de begindatum van de referentieperiode en de datum van de aanpassing met een maximum van het aantal dagen in de factureringsperiode) / aantal dagen in de factureringsperiode)).

§ 2. Het bedrag per verblijfsdag en per gebruiker, vermeld in artikel 484 wordt, aangepast als tijdens de factureringsperiode een wijziging van de erkende entiteiten plaatsvindt. Die aanpassing gebeurt zodra die wijziging plaatsvindt.

Het bedrag van de aanpassing is gelijk aan : ((aantal
entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning na
aanpassing / totaal aantal entiteiten na aanpassing) - (aantal entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning voor aanpassing / totaal aantal entiteiten voor aanpassing)) x 19,51 euro + ((aantal entiteiten na aanpassing / totaal aantal entiteiten na aanpassing) - (aantal entiteiten kortverblijf voor aanpassing / totaal aantal entiteiten voor aanpassing)) x 6,53 euro).

§ 3. Bij een overname, een fusie, een splitsing of een exploitatietransfer op een andere locatie, levert het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf de nodige gegevens via de webapplicatie aan het agentschap aan, opdat het agentschap het bedrag per verblijfsdag en per gebruiker, vermeld in artikel 473, kan berekenen.

Art. 486. § 1. Het bedrag van de tegemoetkoming per gebruiker en per verblijfsdag voor een nieuw woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat erkend wordt tussen 1 juli en 30 september wordt als volgt bepaald:

1° voor de periode van de erkenningsdatum tot 31 maart van het jaar dat daarop volgt bedraagt dat bedrag 18,17 euro;

2° voor de rest van de factureringsperiode, van 1 april van het jaar dat daarop volgt tot 31 december, wordt dat bedrag berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester;

3° het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend conform artikel 475 tot 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester en het eerste en tweede trimester van het jaar dat daarop volgt.

§ 2. Het bedrag van de tegemoetkoming per gebruiker en per verblijfsdag voor een nieuw woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat erkend wordt tussen 1 oktober en 31 december wordt als volgt bepaald:

1° voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 juni van het jaar dat daarop volgt, bedraagt dat bedrag 18,17 euro;

2° voor de rest van de factureringsperiode, van 1 juli van het jaar dat daarop volgt, tot 31 december, wordt dat bedrag berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste trimester;

3° het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste en het tweede trimester van het jaar dat volgt op dat van de erkenning.

§ 3. Het bedrag van de tegemoetkoming per gebruiker en per verblijfsdag voor een nieuw woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat erkend wordt tussen 1 januari en 31 maart, wordt als volgt bepaald:

1° voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 september bedraagt dat bedrag 18,17 euro;

2° voor de rest van de factureringsperiode van 1 oktober tot 31 december wordt dat bedrag berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester (dat is het trimester dat volgt op dat van de erkenning);

3° het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester (dat is het trimester dat volgt op dat van de erkenning).

§ 4. Het bedrag van de tegemoetkoming per gebruiker en per verblijfsdag voor een nieuw woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat erkend wordt tussen 1 april en 30 juni, wordt als volgt bepaald:

1° voor de periode van de erkenningsdatum tot het einde van de lopende factureringsperiode (31 december) bedraagt dat bedrag 18,17 euro;

2° het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het derde trimester (dat is het trimester dat volgt op dat van de erkenning).

§ 5. Er wordt een financiële regularisatie bepaald voor de periode van de erkenningsdatum tot en met het tweede kwartaal volgend op het kwartaal van de erkenning.

De berekening van het bedrag voor de financiële regularisatie gebeurt als volgt:

1° het bedrag van de tegemoetkoming per gebruiker wordt berekend conform artikel 475 tot en met 483, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het kwartaal van de erkenning en de twee kwartalen volgend op het kwartaal van de erkenning;

2° het verschil tussen dat bedrag en het bedrag, vermeld in punt 1° van paragraaf 1 tot en met 4, is het bedrag van de financiële regularisatie.

Het bedrag van de financiële regularisatie wordt berekend tegen uiterlijk de laatste dag van het vierde kwartaal volgend op het kwartaal van de erkenning.

Onderafdeling 3. — Deel A2: tegemoetkoming als aanmoediging voor bijkomende zorginspanningen

Art. 487. § 1. Als een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, geen personeelstekort, als vermeld in artikel 479 of artikel 483, § 2, vertoont, en als de totale loonkosten van de verpleegkundigen, het personeel voor reactivering en de zorgkundigen, berekend volgens de kosten zoals bedoeld in artikel 480, hoger is dan het basisbedrag voor de financiering van het genormeerde personeel, vermeld in artikel 484 of artikel 486, wordt een bijkomende tegemoetkoming bepaald als aanmoediging voor bijkomende zorginspanningen, op voorwaarde dat aan de volgende cumulatieve voorwaarden voldaan is:

1° (kostprijs aanwezig personeel - kostprijs gefinancierd personeel) is groter dan of gelijk aan 51.742,35 euro;

2° ((kostprijs aanwezig personeel - kostprijs gefinancierd personeel)/kostprijs gefinancierd personeel) is groter dan of gelijk aan 4 % waarbij:

a) de kostprijs van het aanwezige personeel overeenstemt met de loonkosten per kwalificatie, vermeld in artikel 480, vermenigvuldigd met het aantal voltijds equivalenten per kwalificatie;

b) de kostprijs van het gefinancierd personeel overeenstemt met het basisbedrag voor de financiering van het genormeerde personeel, vermeld in artikel 484 of 486.

§ 2. De tegemoetkoming bedraagt in de situatie, vermeld in paragraaf 1, 78% van (de kostprijs van aanwezig personeel - kostprijs van gefinancierd personeel), met een maximum van 9,74% van de kostprijs van het gefinancierd personeel.

Het bedrag van de tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker bedraagt: (totaal bedrag van de tegemoetkoming/aantal verblijfsdagen voor de bewoners in de referentieperiode).

In afwijking van het tweede lid, bedraagt het bedrag per verblijfsdag en per gebruiker voor de zorgvoorzieningen waarop artikel 486 van toepassing is:

((totaal bedrag van de tegemoetkoming / het aantal verblijfsdagen voor de bewoners in de referentieperiode, vermeld in artikel 486) x (het aantal dagen in de referentieperiode, vermeld in artikel 486, / het aantal dagen in de referentieperiode)).

Onderafdeling 4. — Deel A3: tegemoetkoming bedoeld om de harmonisering van de barema's te dekken voor alle leden van het zorgpersoneel die beschikken over de kwalificatie van zorgkundige

Art. 488. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker wordt bepaald conform de volgende formule: [(141,81 euro x gemiddeld totaal aantal loontrekkend of statutair VTE zorgkundigen aanwezig in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, tijdens de referentieperiode)/aantal verblijfsdagen van de bewoners gedurende de referentieperiode].

Onderafdeling 5. — Deel B1: financiering voor het verzorgingsmateriaal

Art. 489. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor het verzorgingsmateriaal, vermeld in artikel 468, wordt bepaald conform de volgende formule: [(0,17 euro x aantal bewoners O) + (0,34 euro x aantal bewoners A) + (0,50 euro x aantal bewoners B) + (0,69 euro x aantal bewoners C en Cd) + (0,50 euro x aantal bewoners D)] / het totale aantal bewoners.

Onderafdeling 6. — Deel B2: financiering voor producten en materiaal ter voorkoming van nosocomiale ziekten

Art. 490. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor producten en materialen ter voorkoming van nosocomiale ziekten bedraagt 0,07 euro.

Het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, moet het bewijs kunnen geven dat het interne richtlijnen hanteert en dat er regelmatig gebruik is van producten en materialen die leiden tot een betere hygiëne, in het bijzonder van de handen, ter voorkoming van nosocomiale ziekten. Het correcte gebruik, overeenkomstig de richtlijnen, van die producten en die materialen is een voorwaarde voor de toekenning van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf.

Het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, heeft recht op de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, conform artikel 520, vanaf de eerste dag van het trimester waarin de voorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in het tweede lid.

Onderafdeling 7. — Deel C: financiering van de palliatieve functie

Art. 491. De tegemoetkoming die bestemd is voor de financiering van de opleiding en de sensibilisatie voor de palliatieve verzorging, wordt verleend per gebruiker die verblijft in een van de volgende woonzorgcentra:

1° een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning;

2° een woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens 25 bewoners in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, vermeld in artikel 425, huisvest, en ten opzichte van het totaal aantal erkende entiteiten minstens 40% bewoners in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd vermeld in artikel 425, telt.

De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker wordt bepaald conform de volgende formules: [(0,35 euro x aantal bewoners B, C, Cd) / totaal aantal bewoners].

Art. 492. Met de tegemoetkoming, vermeld in artikel 491, organiseren de woonzorgcentra, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, een continue opleiding voor hun personeel, waarvan het totale aantal uren over een kalenderjaar minstens gelijk is aan het aantal bewoners B, C of Cd die op 30 juni van het vorige kalenderjaar in de zorgvoorziening waren opgenomen.

Rekening houdend met de prioriteiten die ze zelf vaststellen, organiseren de voormelde zorgvoorzieningen die opleiding bij voorkeur voor al hun personeel, maar minstens voor het zorgpersoneel. Ze zien er in het bijzonder op toe dat die opleiding wordt gegeven door personen die een specifieke opleiding hebben gevolgd op het vlak van palliatieve verzorging en in het bezit zijn van een bachelordiploma.

Als verschillende personeelsleden van eenzelfde woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, tegelijkertijd dezelfde opleiding volgen, wordt bij de eindafrekening het aantal uren bepaald op basis van het aantal personeelsleden dat die vorming heeft gevolgd, met een maximum van twintig personeelsleden per uur vorming.

Art. 493. Om de tegemoetkoming, vermeld in artikel 491, eerste lid, te ontvangen, moeten de woonzorgcentra, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, de volgende voorwaarden vervullen:

1° een intentieverklaring opstellen waarin het beleid wordt beschreven dat de zorgvoorziening van plan is te volgen op het vlak van vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve verzorging en levenseindezorg;

2° binnen het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf een verantwoordelijke aanwijzen, die een specifieke opleiding heeft gevolgd op het vlak van vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve verzorging en levenseindezorg en in het bezit is van een bachelordiploma;

3° voor de woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning: een overeenkomst sluiten die minstens voorziet in een periodiek overleg, met een regionale vereniging die zich met vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve verzorging en levenseindezorg bezighoudt, binnen zes maanden na hun erkenning.

De verklaring, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt op grote schaal verspreid en wordt bezorgd aan elk personeelslid, als ook aan de bewoners van het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf. Op vraag van het agentschap wordt die verklaring aan het agentschap bezorgd. De nieuwe woonzorgcentra stellen die verklaring op en verspreiden ze binnen zes maanden na hun erkenning. De verklaring dient eveneens opgenomen te worden op de website of op de onthaalbrochure van het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf.

Het woonzorgcentrum heeft recht op de tegemoetkoming, vermeld in artikel 491, vanaf de eerste dag van het trimester waarin het voldoet aan de voorwaarden, vermeld in dit artikel.

Art. 494. Voor de nieuwe woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, past het agentschap de volgende regels toe:

1° voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning de voorwaarden vervullen als vermeld in artikel 491, eerste lid, wordt het aantal uren opleiding dat moet worden georganiseerd door de zorgvoorziening vastgesteld conform volgende formule: H = P x M/12, waarbij:

a) H = het aantal uren opleiding dat moet worden georganiseerd (afgerond tot de naast hogere eenheid als de eerste twee decimalen hoger zijn dan of gelijk zijn aan 50);

b) P = het aantal bewoners B, C of Cd dat de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning in de zorgvoorziening zijn opgenomen;

c) M = het aantal maanden tussen de eerste dag van de maand die volgt op die van de erkenning en het einde van het lopende kalenderjaar;

2° voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, zonder bijkomende erkenning die de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning niet voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 491, eerste lid, wordt de tegemoetkoming, vermeld in artikel 491, tweede lid, toegekend vanaf de eerste factureringsperiode die volgt op de eerste referentieperiode waarin die voorwaarden zijn vervuld.

Onderafdeling 8. — Deel D: partiële tegemoetkoming in de beheerskosten en in de kosten voor de gegevensoverdracht

Art. 495. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor de dekking van de beheerskosten en de kosten voor de gegevensoverdracht bedraagt 0,13 euro.

Onderafdeling 9. — Deel E1: financiering van het functiecomplement voor hoofdverpleegkundige in woonzorgcentra met bijkomende erkenning

Art. 496. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor de functie van hoofdverpleegkundige in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning wordt bepaald conform de volgende formule: ((0,71 euro x aantal bewoners in entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning) / totaal aantal bewoners in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf).

Onderafdeling 10. — Deel E2: financiering van het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, hoofdparamedici en verpleegkundig coördinatoren

Art. 497. § 1. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor het functiecomplement in woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, voor de hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de verpleegkundig coördinatoren, wordt bepaald conform de volgende formule:

(1.367,65 euro x het aantal te financieren voltijds equivalent verpleegkundig coördinatoren, hoofdparamedici en hoofdverpleegkundigen in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf / totaal aantal bewoners) / aantal dagen van de referentieperiode.

Voor de hoofdverpleegkundigen in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning, mag het bedrag dat wordt berekend conform het eerste lid, worden gecumuleerd met het bedrag dat wordt berekend conform artikel 496.

§ 2. Voor de financiering van het functiecomplement komen de verpleegkundig coördinatoren, hoofdparamedici en hoofdverpleegkundigen in aanmerking die aan de volgende voorwaarden beantwoorden:

1° een contract hebben waarin de rol van verpleegkundig coördinator of van hoofdparamedicus is voorzien, of een contract hebben als hoofdverpleegkundige;

2° op de laatste dag van de referentieperiode, voldoen aan een baremieke anciënniteit van minstens zeventien jaar;

3° op de laatste dag van de referentieperiode geslaagd zijn in een van volgende aanvullende basisopleidingen:

a) kaderopleiding;

b) universitaire opleiding: master in de verpleegkunde of verloskunde, of master in het beleid en management van de gezondheidszorg, of master in de gezondheidszorg (alle opties inbegrepen);

c) opleiding die toegang geeft tot de functie van directeur ;

d) of een aanvullende opleiding van minimum 24 uren, die erkend is door het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid, aangaande: het beheer van uurroosters, de arbeidsduur en de collectieve arbeidsovereenkomsten, welzijn op het werk en het managen van een team;

4° jaarlijks een permanente vorming van minimum acht uren volgen, die erkend is door het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid, over een of meer van de domeinen, vermeld in punt 3°, d).

Voor de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, 1°, geldt dat voor het statutair personeel de rol van verpleegkundig coördinator of van hoofdparamedicus moet blijken uit de benoemingsbeslissing of de beslissing tot aanstelling.

De minister bepaalt de procedure voor het bekomen van de erkenning van de opleiding en de permanente vorming en de regels voor de evaluatie van de opleiding en de permanente vorming, vermeld in het eerste lid, 3°, d), en 4°, en kan de onderdelen vermeld in het eerste lid, 3°, d), nader bepalen.

De aanvullende opleiding en permanente vorming, vermeld in het eerste lid, 3°, d), en 4°, behandelt de organisatie van een Vlaams woonzorgcentrum en de zorg binnen een Vlaams woonzorgcentrum, met verwijzing naar de regelgeving die van toepassing is op het woonzorgcentrum in kwestie. De minister kan bijkomende kwaliteitscriteria bepalen voor de opleiding en permanente vorming.

Het toezicht op de kwaliteit van de opleiding, vermeld in het eerste lid, 3°, d), en van de permanente vorming, vermeld in het eerste lid, 4°, wordt uitgeoefend met inachtneming van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid waarbij de opleidingsinstantie wordt behandeld als een actor in de zorg.

§ 3. Het functiecomplement kan, voor maximum een voltijds equivalent verpleegkundige of paramedicus, worden gefinancierd in elk woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat tijdens de referentieperiode over een zorgequipe beschikt van minstens twaalf loontrekkende of statutaire voltijds equivalenten (verpleegkundig, verzorgend en personeel voor reactivering). Telkens als het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf de helft van een nieuwe schijf van twaalf voltijds equivalenten bereikt, kan het functiecomplement voor maximum een bijkomend voltijds equivalent verpleegkundige of paramedicus worden gefinancierd.

De personeelsleden, vermeld in artikel 475, § 2, eerste lid, 2°, en § 3, die in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, aanwezig zijn, worden ook meegeteld in de samenstelling van de zorgequipe.

Onderafdeling 11. — Deel E3: financiering van een referentiepersoon dementie

Art. 498. § 1. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor de referentiepersoon dementie wordt bepaald aan de hand van de volgende criteria:

1° het voltijds equivalent van de referentiepersoon dementie tijdens de referentieperiode wordt berekend conform artikel 475;

2° gedurende eenzelfde periode wordt maximum één referentiepersoon dementie in aanmerking genomen en in die periode waarin een personeelslid de functie van referentiepersoon dementie uitoefent, wordt rekening gehouden met maximum negentien uur per week;

3° de tegemoetkoming wordt berekend conform de volgende formule:

((VTE van de referentiepersoon dementie tijdens de referentieperiode x jaarlijkse loonkosten volgens de gemiddelde anciënniteit van de kwalificatie van die persoon) / gemiddeld aantal bewoners tijdens de referentieperiode) / aantal dagen van de referentieperiode;

4° het is mogelijk dat tijdens de referentieperiode meerdere opeenvolgende referentiepersonen worden aangeduid.

§ 2. Om in aanmerking te kunnen komen voor die financiering moet het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, de volgende voorwaarden vervullen:

1° gedurende de referentieperiode gemiddeld minstens 25 bewoners in de afhankelijkheidscategorie Cd hebben gehuisvest;

2° aan het agentschap de volgende stukken overmaken die aantonen dat een personeelslid voor minstens 19 uur per week een contract heeft of benoemd is, als referentiepersoon dementie

a) het basisdiploma of brevet van de functiehouder;

b) het getuigschrift afgeleverd door de opleidingsverstrekker;

c) de arbeidsovereenkomst en functie-omschrijving waarbij het mandaat van de referentiepersoon dementie verduidelijkt wordt en de wijze waarop in navorming wordt voorzien;

3° geen financiering ontvangen voor een referentiepersoon dementie op basis van artikel 4*bis* van het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft;

4° die functie van referentiepersoon dementie kan tegelijkertijd worden uitgeoefend door maximum één personeelslid, behalve in geval van afwezigheid in welk geval die functie uitgeoefend kan worden door een ander personeelslid dat beantwoordt aan dezelfde voorwaarden als de voorwaarden, vermeld in paragraaf 4.

Zodra gedurende een referentieperiode, en dat ten vroegste vanaf de referentieperiode die begon op 1 juli 2010, is voldaan aan de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, 1°, is ze nadien niet meer van toepassing. Als vastgesteld wordt dat het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, gedurende een volledige referentieperiode niet beschikt over een referentiepersoon dementie, is die voorwaarde opnieuw van toepassing gedurende minstens een referentieperiode.

§ 3. De functie van referentiepersoon dementie kan als volgt omschreven worden:

1° zich kenbaar maken als referentiepersoon binnen de setting waarin men tewerkgesteld is;

2° als raadgever optreden over vragen van de persoon met dementie en zijn omgeving in verband met leven, wonen en zorg;

3° zijn kennis aanscherpen over de wetgeving en de wetenschappelijke evoluties en ontwikkelingen op het vlak van dementie;

4° de directie adviseren over vormingsnoden van het personeel in verband met dementie en op zoek gaan naar een gepast vormingsaanbod;

5° de medewerkers sensibiliseren over het niet pluis-gevoel en de tekenen van beginnende dementie en op basis daarvan in samenspraak met alle noodzakelijke betrokkenen de behandelend arts of de raadgevend en coördinerend arts daarover informeren;

6° het vakinhoudelijk mentorschap realiseren en stimuleren tegenover mantelzorgers, medewerkers en alle betrokkenen in functie van het behouden of verhogen van de levenskwaliteit van de persoon met dementie en zijn omgeving;

7° meewerken aan het ontwikkelen van een kwaliteitspolitiek, waaronder procedures en multidisciplinair overleg, in verband met de omkadering van en de zorg voor personen met dementie, die afgestemd is op het referentiekader dementie dat ontwikkeld is door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw;

8° de contactname met en deelname aan lokale en bovenlokale initiatieven faciliteren, zoals een regionaal expertisecentrum dementie Vlaanderen, praatcafé dementie, zorgpad, overlegplatform dementie, de projecten 'Dementievriendelijke Gemeente', Familiegroepen (Jong)dementie van de Alzheimer Liga Vlaanderen vzw en het aanbod psycho-educatie Dementie en (n)u;

9° inhoudelijk in gesprek gaan met de CRA over goede dementiezorg;

10° sensibiliseren over de supervisie en de opleiding van het personeel op het vlak van dementie.

Bij de sensibilisering, vermeld in het eerste lid, 10°, houdt de referentiepersoon dementie zich bij voorrang bezig met de psychosociale en zorgethische aspecten van dementie, alsook met communicatievaardigheden. Het is meer bepaald de bedoeling om een effect te hebben op het onbegrepen gedrag van de bewoners en het gebruik van zowel chemische als fysieke fixatie te vermijden.

§ 4. Personeelsleden komen in aanmerking om de functie van referentiepersoon dementie uit te voeren, als ze bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde zijn of houder zijn van een van de kwalificaties, vermeld in artikel 431, tweede lid, en als ze:

1° bij een erkende opleidingsinstantie een opleiding gevolgd hebben van minstens zestig uren die de volgende onderwerpen behandelt:

a) de medische aspecten van dementie inclusief preventie en medicatiebeleid;

b) de psychosociale aspecten van dementie;

c) de geestelijke gezondheidsaspecten van dementie;

d) de zorgethische aspecten bij dementie;

e) de juridische aspecten bij dementie;

f) de organisatorische aspecten en kwaliteitsbewaking van de begeleiding en zorg;

g) methodieken en communicatievaardigheden;

h) aspecten inzake mantelzorgondersteuning bij dementie;

i) aspecten inzake het invullen van de rol als referentiepersoon in de praktijk;

2° om de twee jaar een bijscholing volgen van minstens acht uur met betrekking tot de zorg voor personen met dementie;

3° loontrekkende of statutair zijn.

Als bijkomende voorwaarde bij de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, 1°, geldt dat door een evaluatie van de leerstof aangetoond wordt dat het personeelslid, vermeld in het eerste lid, voldoende inzicht in de desbetreffende leerstof heeft verworven. De minister kan de modaliteiten van die evaluatie bepalen.

Een loontrekkende of statutaire directeur, een hoofdverpleegkundige, een hoofdparamedicus of een verpleegkundig coördinator mag niet tegelijkertijd de functie van referentiepersoon dementie uitoefenen. De functie van referentiepersoon is evenwel ondeelbaar. Dat betekent dat die functie van referentiepersoon niet mag worden gecombineerd in de werktijd van een eventueel andere functie.

De lijst van de erkende opleidingsinstanties, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt op de website van het agentschap bekendgemaakt.

De minister bepaalt de minimumvereisten voor de opleidingsinstanties, vermeld in het eerste lid, 1°, en de modaliteiten voor de erkenning van de opleidingsinstanties, vermeld in het eerste lid, 1°.

Het toezicht op opleidingsinstanties, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt uitgeoefend met inachtneming van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid waarbij de opleidingsinstantie wordt behandeld als een actor in de zorg.

§ 5. De volgende personen worden vrijgesteld van de opleiding, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, 1°:

1° de verpleegkundigen (bachelor of gelijkgesteld) die beschikken over een titel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg of de geriatrie, of een licentiaat of een master in gerontologie of geriatrie, of een bachelor na bachelor opleiding psychosociale gerontologie;

2° de kandidaten voor de functie van referentiepersoon dementie die, na 1 januari 2005 en voor 31 december 2011, een opleiding gevolgd hebben van minstens 90 uren, betreffende de onderwerpen, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, 1°;

3° de kandidaten voor de functie van referentiepersoon dementie die, na 1 januari 2005 en voor 31 december 2011, een opleiding gevolgd hebben van minstens 60 uren, betreffende de onderwerpen, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, 1°, en die al minstens drie jaar werkzaam zijn in de sector van de ouderenzorg.

Onderafdeling 12. — Deel E4: financiering van titels en beroepskwalificaties zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 28 december 2011

Art. 499. § 1. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker wordt als volgt berekend:

1° voor de rechthebbende op de premie, vermeld in artikel 1, § 1, van het koninklijk besluit van 28 december 2011, conform de volgende formule: (1.656,02 euro x het aantal te financieren voltijdse equivalenten van verpleegkundigen in de voorziening die beschikken over een beroepsbekwaamheid van geriatrisch verpleegkundige of een beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg) / totaal aantal bewoners in de referentieperiode / aantal dagen in de referentieperiode;

2° voor de rechthebbende voor de premie, vermeld in artikel 1, § 2, van het koninklijk besluit van 28 december 2011, conform de volgende formule: (4.968,07 euro x het aantal te financieren voltijdse equivalenten van verpleegkundigen in de voorziening die beschikken over een beroepstitel van geriatrisch verpleegkundige) / totaal aantal bewoners in de referentieperiode / aantal dagen in de referentieperiode.

Onderafdeling 13. — Deel F: financiering van de coördinerend arts in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning

Art. 500. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor de functie van coördinerend arts in woonzorgcentra met een bijkomende erkenning wordt berekend conform de volgende formule: (0,61 euro x aantal bewoners in entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning) / totaal aantal bewoners.

Die financiering is bestemd voor de bezoldiging van de coördinerend en raadgevend arts. De prestaties van die arts, die op zijn minst door een ondernemingscontract aan de zorgvoorziening is verbonden, bedragen gemiddeld 2 uur en 20 minuten per week en per dertig bewoners in entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning. Een exemplaar van het contract waardoor de coördinerend en raadgevend arts verbonden is aan het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, wordt door het woonzorgcentrum aan het agentschap bezorgd.

Onderafdeling 14. — Deel G: bijkomende financiering van het kortverblijf

Art. 501. De tegemoetkoming van de bijkomende financiering voor het kortverblijf per verblijfsdag en per gebruiker in een woonzorgcentrum met tevens een erkenning als centrum voor kortverblijf wordt berekend conform de volgende formule: (1,82 euro x gemiddeld aantal erkende entiteiten als centrum voor kortverblijf tijdens de referentieperiode) / gemiddeld totaal aantal erkende entiteiten woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf tijdens de referentieperiode.

Onderafdeling 15. — Deel H: financiering van de bijkomende vorming van het personeel op het vlak van dementie

Art. 502. § 1. De tegemoetkoming die bestemd is voor de financiering van de opleiding en de sensibilisering van het personeel op het vlak van dementie, wordt verleend per gebruiker die verblijft in:

1° een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning;

2° een woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens vijftien bewoners in de afhankelijkheidscategorie Cd huisvest.

De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker wordt berekend conform de volgende formule: (0,35 euro x aantal bewoners Cd) / totaal aantal bewoners.

§ 2. Met de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1, organiseren de woonzorgcentra, vermeld in paragraaf 1, een continue opleiding voor hun personeel, waarvan het totale aantal uren over een kalenderjaar minstens gelijk is aan het aantal bewoners Cd die op 30 juni van het vorige kalenderjaar in de zorgvoorziening waren opgenomen.

Rekening houdend met de prioriteiten die ze zelf vaststellen, organiseren de woonzorgcentra die opleiding bij voorkeur voor al hun personeel, maar minstens voor het zorgpersoneel. Ze zien er in het bijzonder op toe dat die opleiding wordt gegeven door personen die hooggeschoold zijn op het vlak van de aanpak rond dementie.

Als verscheidene personeelsleden van hetzelfde woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, tegelijkertijd dezelfde opleiding volgen, wordt bij de eindafrekening het aantal uren opleiding, te organiseren door de zorgvoorziening, bepaald, rekening houdend met het aantal personeelsleden dat die opleiding heeft gevolgd, met een maximum van twintig personeelsleden per uur opleiding.

Het agentschap kan op elk ogenblik aan de zorgvoorziening vragen om een overzicht te krijgen van de opleidingen die hebben plaatsgevonden, om op die wijze te kunnen nagaan of voldaan werd aan het minimum aantal uren opleiding.

§ 3. Om de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1, te genieten, moeten de woonzorgcentra, vermeld in paragraaf 1, de volgende voorwaarden vervullen:

1° een intentieverklaring opstellen die aan al de volgende voorwaarden voldoet:

a) in de verklaring wordt het beleid beschreven dat het woonzorgcentrum van plan is te volgen op het vlak van personen met dementie;

b) de verklaring wordt op grote schaal verspreid en wordt bezorgd aan elk personeelslid, alsook aan de opgenomen bewoners;

c) de verklaring wordt ter beschikking gehouden in de voorziening;

2° een verantwoordelijke aanstellen voor de tenlasteneming binnen het woonzorgcentrum van de problematiek inzake dementie en van de opleiding van het personeel.

De verklaring, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt op grote schaal verspreid en aan elk personeelslid, als ook aan de bewoners van het woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf bezorgd. Op vraag van het agentschap wordt deze verklaring aan het agentschap bezorgd. De nieuwe woonzorgcentra stellen die verklaring op en verspreiden ze binnen zes maanden na hun erkenning. De verklaring dient eveneens opgenomen te worden op de website of op de onthaalbrochure van het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf.

De verantwoordelijke, vermeld in het eerste lid, 2°, is in principe de referentiepersoon dementie, vermeld in artikel 498. Als het woonzorgcentrum niet over een dergelijke referentiepersoon beschikt, dan is die verantwoordelijke een personeelslid dat een zekere ervaring op dat vlak bezit of een specifieke scholing gevolgd heeft.

§ 4. Voor de nieuwe woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, past het agentschap de volgende regels toe:

1° voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die de laatste dag van de maand volgend op de erkenning de voorwaarden vervullen, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, wordt het aantal uren opleiding dat moet worden georganiseerd door de zorgvoorziening vastgesteld conform de volgende formule: H = P x M / 12, waarbij:

a) H = het aantal uren opleiding dat moet worden georganiseerd (afgerond tot de naaste hogere eenheid als de eerste twee decimalen hoger zijn dan of gelijk zijn aan 50);

b) P = het aantal bewoners Cd dat de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, zijn opgenomen;

c) M = het aantal maanden tussen de eerste dag van de maand die volgt op die van de erkenning en het einde van het lopende kalenderjaar;

2° voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, zonder bijkomende erkenning die de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning niet voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, wordt de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1, tweede lid, toegekend vanaf de eerste factureringsperiode die volgt op de eerste referentieperiode waarin die voorwaarden zijn vervuld.

§ 5. Het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, heeft recht op de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 1, vanaf de eerste dag van het trimester waarin de voorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 3.

Onderafdeling 16. — Deel I: werkingssubsidie centrum voor kortverblijf

Art. 503. De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker voor de werkingsmiddelen van het centrum voor kortverblijf, die ingaat op 1 januari van het jaar volgend op de erkenning, wordt berekend conform de volgende formule: (2.543,78 euro x het aantal erkende entiteiten centrum voor kortverblijf op 31 december voorafgaand aan de factureringsperiode / totaal aantal erkende entiteiten woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf op 31 december voorafgaand aan de factureringsperiode / aantal dagen in de factureringsperiode).

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, wordt in het vierde jaar volgend op de erkenning tot nul herleid als de gemiddelde bezetting tijdens de referentieperiode in het centrum voor kortverblijf minder bedraagt dan een vierde van het gemiddeld aantal erkende entiteiten centrum voor kortverblijf tijdens de referentieperiode.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, wordt vanaf het vijfde jaar volgend op de erkenning tot nul herleid als de gemiddelde bezetting tijdens de referentieperiode in het centrum voor kortverblijf minder bedraagt dan de helft van het gemiddeld aantal erkende entiteiten centrum voor kortverblijf tijdens de referentieperiode.

Dit artikel is alleen van toepassing op de centra voor kortverblijf die worden beheerd door lokale en provinciale besturen, verenigingen zonder winstoogmerk en instellingen van openbaar nut als vermeld in de wet van 27 juni 1971 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de stichtingen en de Europese politieke partijen en stichtingen.

Onderafdeling 17. — Deel J: Financiering voor het personeel in een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning

Art. 504. § 1. Een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning moet beschikken over eigen loontrekkende of statutaire verpleegkundigen, psychologen, ergotherapeuten en sociaal werkers of sociaal verpleegkundigen.

Het personeelsbestand, uitgedrukt in voltijds equivalent en voor vijftien personen die gebruik maken van het oriënterend centrum voor kortverblijf bedraagt bovenop de voltijds equivalenten van het centrum voor kortverblijf 3,5 VTE en is multidisciplinair en flexibel inzetbaar, maar bestaat minstens uit de volgende disciplines:

1° verpleegkundige;

2° psycholoog;

3° ergotherapeut;

4° sociaal werker of sociaal verpleegkundige.

De tegemoetkoming per verblijfsdag en per gebruiker van de financiering voor het personeel in een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning bedraagt 49,59 euro.

§ 2. Dit artikel is alleen van toepassing op de centra voor kortverblijf met een bijkomende erkenning.

Afdeling 2. — De tegemoetkoming in de gesolidariseerde kosten van het incontinentiemateriaal

Art. 505. De tegemoetkoming in de gesolidariseerde kosten van het incontinentiemateriaal bedraagt per verblijfsdag en per gebruiker 0,33 euro.

HOOFDSTUK 2. — *Tegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum*

Afdeling 1. — Basistegemoetkoming voor zorg in een dagverzorgingscentrum

Art. 506. De basistegemoetkoming voor zorg in de dagverzorgingscentra wordt als volgt vastgesteld:

1° voor de erkende dagverzorgingscentra voor zorgafhankelijke personen, per verblijfsdag en per gebruiker: 49,59 euro (F-forfait);

2° voor de erkende dagverzorgingscentra voor personen met een ernstige ziekte, per verblijfsdag en per gebruiker: 93,47 euro (Fp-forfait).

Afdeling 2. — De tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorgingscentrum

Art. 507. De tegemoetkoming in de reiskosten bedraagt per verblijfsdag en per gebruiker 0,34 euro per kilometer op grond van de werkelijke afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker en het dagverzorgingscentrum waar hij verblijft. De afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker en het dagverzorgingscentrum waar hij verblijft, wordt voor de toepassing van dit artikel beperkt tot maximum 15 kilometer.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, wordt toegekend zowel voor de verplaatsing van de verblijfplaats naar het dagverzorgingscentrum als voor de verplaatsing van het dagverzorgingscentrum naar de verblijfplaats.

Deel 3. — Dagprijs en extra vergoedingen en voorschotten ten gunste van derden

Art. 508. De minister bepaalt welke kostprijselementen minimaal deel moeten uitmaken van de dagprijs en dus niet afzonderlijk mogen worden gefactureerd.

De minister bepaalt eveneens:

1° voor welke extra diensten en leveringen er een extra vergoeding aangerekend kan worden en, in voorkomend geval, onder welke voorwaarden die aangerekend mag worden;

2° welke uitgaven als voorschotten ten gunste van derden beschouwd moeten worden.

Voorschotten ten gunste van derden moeten gerechtvaardigd kunnen worden door een bewijsstuk.

Art. 509. Extra vergoedingen moeten in de schriftelijke overeenkomst met de bewoner uitdrukkelijk vermeld worden en behoren niet tot de minimale kostprijselementen van de dagprijs. De initiatiefnemer van het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum moet op eenvoudig verzoek de bewijsstukken kunnen voorleggen die die uitgaven rechtvaardigen. De extra vergoeding mag alleen tegen marktconforme prijzen aangerekend worden.

Art. 510. De diensten, producten en premies die vergoed worden door de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum kunnen geen onderdeel zijn in de dagprijs van de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra en kunnen geen aanleiding geven tot een extra vergoeding of voorschot ten gunste van derden.

Medische, verpleegkundige, verzorgende, paramedische en kinesitherapeutische activiteiten die voorzien zijn in de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum kunnen voor het bedrag dat niet gedekt wordt door die tegemoetkoming, onderdeel zijn van de dagprijs.

Deel 4. — Indexering

Art. 511. De bedragen vermeld in dit boek worden geïndexeerd overeenkomstig de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld, waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarvan het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

Die koppeling aan het indexcijfer wordt berekend en toegepast conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van ’s lands concurrentievermogen.

De bedragen vermeld in dit boek zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (1 juni 2017; basis 2013=100).

Deel 5. — Zorgkassencommissie

Titel 1. — *Woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf*

Art. 512. Het agentschap kan elke maand een willekeurige selectie maken van 10 % van de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die binnen het toepassingsgebied van dit besluit vallen. In de loop van die maand worden die zorgvoorzieningen daarvan in kennis gesteld. Een aantal ervan worden door het agentschap willekeurig gekozen. Daarbij wordt rekening gehouden met de geografische spreiding en het aantal entiteiten waarvoor die zorgvoorzieningen zijn erkend. In die woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, stelt de Zorgkassencommissie in de maand die daarop volgt, de afhankelijkheidscategorie van de bewoners vast. De datum van het bezoek wordt vooraf via een aangetekende brief meegedeeld.

Het eerste lid doet geen afbreuk aan de bevoegdheid van de Zorgkassencommissie om in de door haar geselecteerde woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, zonder voorafgaande aankondiging gerichte controles te verrichten. Voor zover de procedure, vermeld in de artikel 513 tot en met 516, nageleefd wordt, kunnen die controles uitmonden in dezelfde maatregelen als de maatregelen, vermeld in artikel 517 en 518.

De leden van de Zorgkassencommissie kunnen op elk moment de afhankelijkheidscategorie van een bewoner wijzigen, na een lichamelijk onderzoek.

Art. 513. § 1. In de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, met in totaal vijftig of minder bewoners, worden alle bewoners onderzocht. In de woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, met meer dan vijftig bewoners wordt minstens 20% van alle bewoners onderzocht, met een minimum van vijftig bewoners. Die bewoners worden willekeurig gekozen door de Zorgkassencommissie. Dat gebeurt aan de hand van een lijst die ter beschikking wordt gesteld door de desbetreffende zorgvoorziening en waarop alle bewoners vermeld staan in alfabetische volgorde, zonder vermelding van de afhankelijkheidscategorie en van de zorgkas van de bewoner. De afhankelijkheidscategorie van de bewoner wordt bij uitzondering wel vermeld, als hij tot de afhankelijkheidscategorie D behoort. De woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, stellen ook de volgende lijsten ter beschikking van de Zorgkassencommissie:

1° een lijst met de samenstelling van het contractueel of statutair personeel op de dag van het bezoek;

2° onder gesloten omslag, een lijst van alle bewoners die aanwezig zijn op de dag van het bezoek, met vermelding van hun afhankelijkheidscategorie op de datum van de aangetekende brief, vermeld in artikel 512, eerste lid, ofwel op de dag van het bezoek, in geval artikel 512, tweede lid, van toepassing is.

§ 2. Voor de bewoners die tot afhankelijkheidscategorie D behoren, worden alleen de fysieke afhankelijkheidscriteria onderzocht om te bepalen of ze niet in afhankelijkheidscategorie Cd moeten worden ondergebracht.

Voor de bewoners die zijn ingedeeld in de afhankelijkheidscategorie D of Cd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan dementie, zal de Zorgkassencommissie nagaan of de datum van het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is opgesteld door een geneesheer-specialist in de neurologie, geriatrie of psychiatrie, wel degelijk is vermeld in het verzorgingsdossier vermeld in artikel 450. Als dat niet het geval is, worden die patiënten opnieuw ondergebracht in de afhankelijkheidscategorie die overeenstemt met hun fysieke en psychische afhankelijkheid tijdens het bezoek.

Als wordt vastgesteld dat patiënten die vóór de controle tot afhankelijkheidscategorie Cd behoorden, en bij wie de diagnose van dementie is gesteld, niet beantwoorden aan de fysieke afhankelijkheidscriteria die overeenstemmen met die afhankelijkheidscategorie, worden die patiënten opnieuw in afhankelijkheidscategorie D ondergebracht.

Art. 514. De leden van de Zorgkassencommissie kunnen voor de uitvoering van hun opdracht het individueel verzorgingsdossier van de bewoner raadplegen. De leden van de Zorgkassencommissie kunnen eveneens de behandelend arts vragen hem alle medische informatie te verstrekken die hij nodig acht.

Art. 515. De beslissingen van de Zorgkassencommissie worden meegedeeld aan de desbetreffende zorgvoorziening, de zorgkas, de verzekeringsinstelling en aan het agentschap. De minister bepaalt de nadere modaliteiten met betrekking tot de inwerkingtreding van de beslissing van de Zorgkassencommissie.

Tegelijkertijd wordt aan het agentschap de afhankelijkheidscategorie meegedeeld waarin de bewoner was gerangschikt vóór het onderzoek, op basis van de indicatiestelling die ingediend is ter uitvoering van artikel 435, 440, 441 of 442. Het gaat om de afhankelijkheidscategorie op de datum van de aangetekende brief waarin de datum van het bezoek wordt aangekondigd, ofwel op de dag van het bezoek in geval van een bezoek zonder voorafgaande aankondiging.

Als het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, niet akkoord kan gaan met de beslissing, vermeld in het eerste lid, beschikt het over een termijn van vijftien werkdagen vanaf de datum van de ontvangst van de beslissing om via een aangetekende brief aan het secretariaat van de Zorgkassencommissie zijn argumenten mee te delen ter attentie van het team van de Zorgkassencommissie dat die beslissing heeft genomen. Dat team kan zijn beslissing herzien met terugwerkende kracht tot de datum van de inwerkingtreding van de herziene beslissing, eventueel na een nieuw bezoek in het woonzorgcentrum of het centrum voor kortverblijf. Het resultaat daarvan wordt meegedeeld binnen twee maanden die volgen op de datum van de eerste controle. Bij gebrek daaraan worden de aanvragen tot herziening als aanvaard beschouwd, met terugwerkende kracht tot de datum van de inwerkingtreding van de herziene beslissing.

Als gebruik wordt gemaakt van de procedure, vermeld in het derde lid, begint de termijn van drie maanden waarbinnen het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf een gerechtelijke handeling kan ondernemen op basis van 146, § 4 van het decreet van 18 mei 2018, te lopen vanaf de datum waarop de definitieve beslissing van de Zorgkassencommissie aan de zorgvoorziening meegedeeld werd. Die procedure werkt niet schorsend voor de inwerkingtreding van de beslissing van de Zorgkassencommissie als vermeld in het eerste lid.

Art. 516. Het agentschap vergelijkt de afhankelijkheidscategorieën van de onderzochte bewoner voor en na het onderzoek aan de hand van het volgende schema:

Categorie vóór Onderzoek Li	0	A	B	C	Cd	D	Totaal
0	L_iC_i (00)	OA	OB	OC	OCd	OD	L_i
A	AO	L_iC_i (AA)	AB	AC	ACd	AD	L_i
B	BO	BA	L_iC_i (BB)	BC	BCd	BD	L_i
C	CO	CA	CB	L_iC_i (CC)	CCd	CD	L_i
Cd	Cd0	CdA	CdB	CdC	L_iC_i (CdCd)	CdD	L_i
D	DO	DA	DB	DC	DCd	L° iC_i (DD)	L_i
Totaal	C_i	C_i	C_i	C_i	C_i	C_i	N

Li = totaal lijn Li

Ci = totaal kolom Ci

LiCi = akkoord in de categorie

N = totaal observaties

Het concordantiepercentage (Kappa) tussen de twee evaluaties wordt gemeten aan de hand van de volgende formule : Kappa = (Po - Pe)/(1 - Pe); concordantiecoëfficiënt, waarbij: Po = (sigmaLiCi)/N; geobserveerde populatie en Pe = (sigmaLi x Ci)/N2; verwachte populatie.

Het resultaat wordt afgerond op twee cijfers na de komma.

Als Kappa kleiner is dan 0,55, wordt in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, de indicatiestelling op problematische wijze toegepast. Als Kappa kleiner is dan 0,40, wordt in het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, de indicatiestelling op significante wijze verkeerd toegepast.

Art. 517. In geval het gaat om een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, dat, na een eventuele aanpassing als vermeld in artikel 515, derde lid, in toepassing van artikel 516 de indicatiestelling op problematische wijze of op significante wijze verkeerd toegepast, berekent het agentschap de financiële weerslag van de discordantie.

De discordantie, vermeld in het eerste lid, komt overeen met het verschil tussen de financiering F1 en de financiering F2, waarbij:

1° F1 = de financiering van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf, berekend conform artikel 474 tot en met 486, op basis van het aantal bewoners per afhankelijkheidscategorie op de datum van het bezoek, vóór de beslissingen van de Zorgkassencommissie, en van het personeelseffectief op de datum van het bezoek;

2° F2 = de financiering van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf berekend conform artikel 474 tot en met 486, op basis van het aantal bewoners per afhankelijkheidscategorie na de beslissingen van de Zorgkassencommissie, en op basis van het personeelseffectief op de datum van het bezoek.

Bij de berekening van de financiering, vermeld in het tweede lid, 1° en 2°, wordt uitgegaan van de loonkosten, vermeld in artikel 480;

Bij de vergelijking van F1 met F2 bestaan de volgende situaties :

1° als Kappa kleiner is dan 0,55 maar gelijk is aan of groter dan 0,4 :

a) is het verschil tussen F1 en F2 kleiner dan of gelijk aan 5%, dan wordt dat resultaat aan het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf meegedeeld en geldt dat als een waarschuwing, die een nieuwe onaangekondigde controle van de bewoners tot gevolg kan hebben binnen een termijn van een jaar na de eerste controle;

b) is F1 groter dan F2 met een percentage groter dan 5 %, dan wordt het bedrag van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in eencentrum voor kortverblijf, verminderd met dat percentage gedurende een periode van zes maanden;

c) is F1 kleiner dan F2 met een percentage groter dan 5%, dan wordt het bedrag van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf verminderd met 5% gedurende een periode van zes maanden, als blijkt dat het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, op de dag van de beslissingen van de Zorgkassencommissie, niet beschikte over voldoende personeel om te beantwoorden aan de normen, vermeld in artikel 429 tot en met 432, en titel 3, ingevolge de beslissingen van de Zorgkassencommissie;

2° als Kappa kleiner is dan 0,4 :

a) als F1 kleiner is dan F2, wordt het bedrag van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf gedurende een periode van zes maanden met 5% verminderd, als gebleken is dat het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, op de dag waarop de Zorgkassencommissie de beslissingen heeft genomen, niet beschikte over voldoende personeel om te beantwoorden aan de normen, vermeld in artikel 429 tot en met 432, en titel 3, ten gevolge van de beslissing van de Zorgkassencommissie;

b) als F1 groter is dan F2 met een percentage van 5% of minder, wordt het bedrag van deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf gedurende een periode van zes maanden verminderd met dat percentage, dat vermenigvuldigd wordt met 1,01;

c) als F1 groter is dan F2 met een percentage van meer dan 5%, wordt het bedrag van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf gedurende een periode van zes maanden verminderd met dat percentage dat vermenigvuldigd wordt met 1,5.

Art. 518. Het schema, vermeld in artikel 516, en het Kappa worden door het agentschap overgemaakt aan het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf. Als artikel 517 wordt toegepast, deelt het agentschap het percentage van de vermindering van het deel A1 van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en in voorkomend geval in een centrum voor kortverblijf mee aan de zorgkassen en het woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, alsook het aangepaste bedrag van het deel A1. Die vermindering gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de datum van kennisgeving en geldt voor een periode van zes maanden.

Titel 2. — *Dagverzorgingscentrum*

Art. 519. Artikel 512 tot en met 515 zijn van overeenkomstige toepassing op de controle op de indicatiestellingen van personen die gebruik maken van een dagverzorgingscentrum die aanwezig zijn in het desbetreffende dagverzorgingscentrum.

Deel 6. — Facturatie

Art. 520. De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum, die toegekend is aan de gebruiker conform de bepalingen van dit besluit, wordt via een trekkingsrecht van de gebruiker uitbetaald door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, aan het woonzorgcentrum, het centrum voor kortverblijf of het dagverzorgingscentrum waarop de gebruiker beroep doet, overeenkomstig de bepalingen van dit deel.

De facturatie aan de zorgkas van de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, dient steeds te worden voorafgegaan door de goedkeuring van de aanmelding van de gebruiker door de zorgkas conform artikel 438.

Art. 521. § 1. De woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra factureren de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum aan de zorgkas waarbij de gebruiker, die recht heeft op een tegemoetkoming, is aangesloten. De facturatie door die zorgvoorzieningen gebeurt op maandelijkse basis en per zorgkas, via een digitale applicatie.

Woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra die geen gebruik maken van een digitale applicatie als vermeld in het eerste lid, kunnen niet factureren aan de zorgkassen. Artikel 531 tot en met 534 zijn van toepassing in het kader van de facturatie door de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra.

§ 2. De zorgvoorziening maakt, voor de facturatie, vermeld in paragraaf 1, maandelijks een digitale individuele kostennota op per gebruiker en per zorgkas.

De digitale individuele kostennota bevat volgende rubrieken:

1° gegevens van de gebruiker;

2° gegevens van de zorgvoorziening;

3° gegevens van de zorgkas;

4° een overzicht van de verblijfsduur;

5° een overzicht van de aangerekende dagprijs en toepasselijke kortingen;

6° een overzicht van de aangerekende supplementen;

7° in voorkomend geval een overzicht van de voorschotten ten gunste van derden;

8° in voorkomend geval een overzicht van de terugbetaalde diensten en leveringen;

9° in voorkomend geval een overzicht van de voorafgaandelijk betaalde bedragen voor de verblijfsperiode;

10° het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum.

De minister kan nadere regels bepalen over de structuur en de prestatiecodes van de digitale kostennota.

§ 3. Het bedrag van de kostennota's die aan de zorgkassen worden voorgelegd, is verschuldigd zodra ze zijn ontvangen, onder voorbehoud van latere rechtzettingen.

§ 4. De maandelijkse individuele kostennota's moeten correct en volledig worden ingevuld, bij gebreke waarvan ze worden geweigerd en teruggestuurd naar de betreffende zorgvoorziening.

De individuele kostennota's moeten in overeenstemming zijn met de voorwaarden inzake de toekenning van de gefactureerde tegemoetkomingen, vermeld in het decreet van 18 mei 2018 en in dit besluit.

De onderdelen van de individuele kostennota die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, vermeld in het tweede lid, worden verworpen. Bundels van individuele kostennota's waarvan het aantal verworpen onderdelen een door de minister bepaald aandeel bereikt, worden in hun geheel geweigerd.

§ 5. Individuele kostennota's die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, worden ten laatste uitbetaald door de zorgkas binnen een termijn van zes weken vanaf de datum van de ontvangst van de correct en volledig ingevulde individuele kostennota, met uitzondering van de onderdelen die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4.

§ 6. Conform artikel 486, § 5, ontvangt een nieuwe zorgvoorziening tijdens het kwartaal van de erkenning en de twee daarop volgende kwartalen een financiële regularisatie van de tegemoetkoming.

De individuele kostennota's voor de financiële regularisatie, vermeld in het eerste lid, die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, worden ten laatste uitbetaald door de zorgkas binnen een termijn van zes weken vanaf de datum van de ontvangst van de correct en volledig ingevulde individuele kostennota, met uitzondering van de onderdelen die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4.

§ 7. Ingeval de maandelijkse kostennota's niet zijn betaald binnen een termijn van zes weken na de ontvangst ervan, is zonder ingebrekestelling een verwijlinterest verschuldigd vanaf de eerste dag na die termijn. De hoegrootheid van die interest stemt overeen met het rentetarief van de depositofaciliteit van de Europese Centrale Bank die is vastgesteld op de datum dat de betalingstermijn verstrijkt, verhoogd met 1,75%.

De verwijlinteresten, vermeld in het eerste lid, zijn evenwel niet verschuldigd als de zorgkas de betaling door overmacht niet heeft kunnen uitvoeren binnen de voorgeschreven termijnen, op voorwaarde dat de zorgkas voldoende bewijzen aanvoert om het geval van overmacht te staven ten aanzien van de zorgvoorziening. Bij betwisting beslist het agentschap over het al dan niet bestaan van overmacht. De personeelsproblemen of de organisatorische problemen van de zorgkas kunnen niet als gevallen van overmacht worden aanvaard, als die problemen niet voortvloeien uit uitzonderlijke en onvoorziene omstandigheden.

Als het agentschap verantwoordelijk is voor de laattijdige betaling, dan wordt dit niet aanvaard als een geval van overmacht, vermeld in het tweede lid. In dat geval is een verwijlinterest verschuldigd ten laste van het agentschap.

Opdat de verwijlinterest, vermeld in het eerste lid, verschuldigd is in geval van laattijdige betaling door de zorgkas, zijn de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra ertoe gehouden de kostennota's in te dienen voor het einde van de maand na de maand waarop de individuele kostennota betrekking heeft.

Art. 522. Als de zorgkas aan de zijde van het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of het dagverzorgingscentrum herhaalde tekortkomingen vaststelt in het opmaken en verzenden van de kostennota's, conform artikel 521, § § 1-4, of van de aanmeldingen van de opname of de indicatiestellingen, vermeld in deel 1, titel 4, geeft de zorgkas daarvan melding aan de desbetreffende zorgvoorziening.

Als de zorgvoorziening, vermeld in het eerste lid, binnen dertig dagen geen maatregelen heeft genomen om de vastgestelde tekortkomingen te verhelpen, deelt de zorgkas dat mee aan het agentschap. Het agentschap beraadslaagt vervolgens over de maatregelen die ten aanzien van die zorgvoorziening moeten worden genomen.

Art. 523. De woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra mogen aan de zorgkassen voor de diensten, de producten en de premies, vermeld in deel 2, titel 2, geen ander bedrag factureren dan het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum, zoals meegedeeld door het agentschap conform artikel 454, derde lid, en artikel 456, § 2, derde lid.

De woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra mogen op de gebruikersfactuur voor de diensten, de producten en de premies, vermeld in deel 2, titel 2, geen ander bedrag weergeven dan het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum, zoals meegedeeld door het agentschap conform artikel 454, derde lid, en artikel 456, § 2, derde lid.

Art. 524. De eventuele terbeschikkingstelling van rolstoelen (manuele standaardrolstoelen), krukken of loophulpmiddelen (looprekken voor volwassenen met vier vaste steunen en met twee vaste steunen en twee wielen zonder zit) voor personen die zich moeilijk autonoom kunnen verplaatsen, kan niet afzonderlijk worden aangerekend aan de gebruiker.

Art. 525. De woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra maken op het einde van elke maand per gebruiker een gebruikersfactuur op. Een exemplaar van de gebruikersfactuur wordt bezorgd aan de gebruiker of elke natuurlijke of rechtspersoon die geheel of gedeeltelijk belast is met de betaling van de maandelijkse gebruikersfactuur.

Art. 526. De gebruikersfactuur bevat dezelfde rubrieken als de digitale kostennota en de aangerekende eenheden, bedragen en overige informatie op de gebruikersfactuur stemmen volledig overeen met de informatie vervat in de digitale kostennota, vermeld in artikel 521.

De minister kan bepalen welke elementen de gebruikersfactuur moet bevatten en kan een model van gebruikersfactuur opleggen.

Art. 527. De woonzorgcentra en centra voor kortverblijf verminderen op de gebruikersfactuur de dagprijs met de tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal. In voorkomend geval wordt ook het maximaal te verkrijgen subsidiebedrag, verkregen in toepassing van de infrastructuursubsidie, vermeld in artikel 11 van het besluit van 24 juli 2009, in mindering gebracht op de dagprijs. Op de gebruikersfactuur worden deze bedragen uitdrukkelijk vermeld als een onderdeel van de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

De dagverzorgingscentra verminderen op de gebruikersfactuur de dagprijs met de tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorgingscentrum.

Op de gebruikersfactuur wordt dat bedrag uitdrukkelijk vermeld als een onderdeel van de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming.

Art. 528. De woonzorgcentra en dagverzorgingscentra die een digitale applicatie gebruiken die is geattesteerd conform de procedure, vermeld in artikel 531 tot en met 534, ontvangen van het agentschap een eenmalige informaticapremie van 800 euro als ze hun facturatiegegevens digitaal bezorgen aan de zorgkassen.

Art. 529. § 1. Woonzorgcentra mogen per trimester niet meer dagen factureren dan het maximaal aantal dagen rekening houdend met hun erkende capaciteit.

Centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra mogen per jaar niet meer dagen factureren dan het maximale aantal dagen rekening houdend met hun erkende capaciteit.

In afwijking van het eerste en tweede lid geldt dat voor de tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorgingscentrum, vermeld in artikel 459, 2°:

1° dagverzorgingscentra voor zorgafhankelijke personen voor elke dag waarop een gebruiker, die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 422, aanwezig is in het dagverzorgingscentrum een tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorging mogen factureren;

2° de dagverzorgingscentra voor personen met een ernstige ziekte voor elke dag waarop een gebruiker, die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 422, aanwezig is in het dagverzorgingscentrum een tegemoetkoming in de reiskosten dagverzorging mogen factureren.

§ 2. Bij overschrijding van het maximale aantal te factureren dagen, conform paragraaf 1, houdt de zorgkas geen rekening met de gefactureerde dagen, in volgorde van ontvangst, die het maximale aantal te factureren dagen overschrijden.

Als een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum te veel dagen gefactureerd heeft, dan moet die zorgvoorziening het aantal gefactureerde dagen reduceren tot de maximaal toegestane hoeveelheid.

Art. 530. De toepassing van artikel 62 van het decreet van 18 mei 2018 op de facturatie door een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum aan de zorgkas conform de bepalingen onder deze titel, heeft tot gevolg dat de zorgvoorziening de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum moet factureren binnen een termijn van uiterlijk twee jaar vanaf de verblijfsdag waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, met uitzondering van de gevallen waarin de verjaring wordt geschorst of gestuit. Het recht op stuiten van de verjaring wordt aangetoond door middel van een aangetekende brief gericht aan de zorgkas.

Deel 7. — Software

Art. 531. § 1. De digitale applicatie, vermeld in de artikelen 435, § 1 en 521, § 1, moet voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid die de minister bepaalt, na advies van een groep van onafhankelijke experten.

Het agentschap staat in voor de attestering van de digitale applicaties die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid.

§ 2. Woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra die geen gebruik maken van een digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, kunnen de opname niet aanmelden conform deel 1, titel 4 met oog op het verkrijgen van tegemoetkomingen voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum en kunnen niet factureren aan de zorgkassen.

§ 3. De experten, vermeld in paragraaf 1, worden voorgedragen door de betrokken beroepsorganisaties. De minister kan nadere regels bepalen met betrekking tot de samenstelling en de werking van de groep van onafhankelijke experten.

Art. 532. § 1. Aanvragen tot attestering conform artikel 531, § 1, tweede lid, kunnen door de betreffende softwareleveranciers worden ingediend bij het agentschap.

Het agentschap organiseert binnen de maand na de indiening van een aanvraag conform het eerste lid een test waarin wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden vermeld in artikel 531, § 1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

De minister kan nadere regels bepalen met betrekking tot de aanvragen, vermeld in het eerste lid, en de organisatie van de testen, vermeld het tweede lid.

§ 2. Het agentschap bezorgt het testrapport, opgesteld conform paragraaf 1, tweede lid, aan de groep van onafhankelijke experten, vermeld in artikel 531, § 1, eerste lid, die binnen een maand na ontvangst van het testrapport een advies bezorgt aan het agentschap.

Na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experten neemt het agentschap een beslissing tot attestering of tot weigering van de attestering van de digitale applicatie en brengt de aanvrager op de hoogte van die beslissing.

§ 3. De softwareleveranciers die een digitale applicatie ontwikkelen, kunnen te allen tijde een nieuwe aanvraag indienen bij het agentschap.

Art. 533. Een attestering van een digitale applicatie, toegekend conform artikel 532, is geldig tot en met 31 december van het derde jaar volgend op het jaar van attestering.

Gedurende de attesteringstermijn wordt de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 531, § 1, eerste lid.

Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer zou voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 344, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na advies van de groep van onafhankelijke experten, beslissen tot de organisatie van een nieuwe test binnen de lopende attesteringstermijn. Afhankelijk van het resultaat van de test kan het agentschap, na bindend advies van de groep van onafhankelijke experten, beslissen tot de bevestiging of de intrekking van de attestering of tot de inkorting van de attesteringstermijn.

Bij wijziging van de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 531, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na advies van de groep van onafhankelijke experten, beslissen tot de inkorting van de attesteringstermijn of tot de oplegging van bijkomende of nieuwe testen.

Art. 534. De attesten, verleend conform de bepalingen van dit deel, worden gepubliceerd op de website van het agentschap met vermelding van hun geldigheidstermijn.

Boek 4. — Wijzigingsbepalingen

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

Art. 535. In de bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017, wordt de bepaling "- de bezwaarcommissie, vermeld in artikel 130 van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de bepaling "- de administratieve beroepscommissie, vermeld in artikel 144 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 2. — Wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Art. 536. In artikel 28 van de bijlage bij het koninklijk besluit van van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 27 mei 2014, wordt paragraaf 8 opgeheven.

Deel 3. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken

Art. 537. In artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 2° wordt vervangen door wat volgt:

"2° erkende woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning;";

2° punt 3° wordt vervangen door wat volgt:

"3° erkende woonzorgcentra met een bijkomende erkenning;".

Art. 538. In artikel 27 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009, wordt de zinsnede "woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de zinsnede "woonzorgcentrum, met of zonder bijkomende erkenning".

Deel 4. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren

Art. 539. In artikel 1, tweede lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 19 januari 2007 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "vermeld in het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "vermeld in het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 5. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 juni 1995 houdende algemene en sectorale bepalingen inzake milieuhygiëne

Art. 540. In rubriek 49.1 van bijlage 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 juni 1995 houdende algemene en sectorale bepalingen inzake milieuhygiëne, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015, wordt de zinsnede "rust- en verzorgingstehuizen, erkend door de Vlaamse Gemeenschap met toepassing van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet-aangeboren hersenletsels" vervangen door de zinsnede "woonzorgcentra met een bijkomende erkenning, erkend door de Vlaamse Gemeenschap conform artikel 10/4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers".

Deel 6. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 23 juni 2000 tot vaststelling van de procedure voor de bijzondere erkenning van een centrum voor dagverzorging

Art. 541. In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 23 juni 2000 tot vaststelling van de procedure voor de bijzondere erkenning van een centrum voor dagverzorging worden de woorden "de bijzondere erkenning van een centrum voor dagverzorging" vervangen door de woorden "de bijkomende erkenning van een dagverzorgingscentrum".

Art. 542. In artikel 1 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006, 12 januari 2007 en 7 december 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 3° wordt vervangen door wat volgt:

"3° het besluit van 24 juli 2009: het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;";

2° punt 4° wordt vervangen door wat volgt:

"4° erkenning: de bijkomende erkenning, vermeld in artikel 10/5 van het besluit van 24 juli 2009;";

3° punt 5° wordt vervangen door wat volgt:

"5° centrum: een dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning, zijnde een dagverzorgingscentrum dat een verzorgingsstructuur aanbiedt die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen overdag opvangt en die de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving of dat een verzorgingsstructuur aanbiedt die overdag personen opvangt die lijden aan een ernstige ziekte die aangepaste zorg vereist en die de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving;";

4° punt 6° wordt vervangen door wat volgt:

"6° verblijfseenheden: opnamemogelijkheden in een dagverzorgingscentrum;".

Art. 543. In hetzelfde besluit wordt het opschrift van hoofdstuk II vervangen door wat volgt:

"De bijkomende erkenning.".

Art. 544. In artikel 2 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2012, wordt punt 3° vervangen door wat volgt:

"3° het centrum voldoet aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in hoofdstuk III/1 van bijlage IX of hoofdstuk III/1 van bijlage XV van het besluit van 24 juli 2009.".

Art. 545. In artikel 4 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij besluiten van de Vlaamse Regering van 24 juni 2009 en 7 december 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 3° worden de woorden "centrum voor dagverzorging" vervangen door het woord "dagverzorgingscentrum";

2° punt 4° wordt opgeheven.

Art. 546. In artikel 10, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2012, wordt de zinsnede "de naleving van de erkenningsnormen zoals bepaald in bijlage 2 bij het besluit van 21 september 2004" vervangen door de zinsnede "de naleving van de erkenningsvoorwaarden, vermeld in hoofdstuk III/1 van bijlage IX of van bijlage XV van het besluit van 24 juli 2009".

Art. 547. In artikel 11 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2007, wordt het woord "erkenningsnormen" vervangen door het woord "erkenningsvoorwaarden".

Deel 7. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 houdende vaststelling van de voorwaarden van toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan personen met een handicap

Art. 548. In artikel 8, § 7, van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 houdende vaststelling van de voorwaarden van toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan personen met een handicap, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2006 en vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 6 februari 2015, worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" telkens vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Art. 549. In artikel 10, § 4, van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het zevende lid worden de woorden "een woonzorgcentrum of een rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de zinsnede "een woonzorgcentrum, met of zonder bijkomende erkenning";

2° in het achtste lid worden de woorden "woonzorgcentrum of een rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning of een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Deel 8. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap

Art. 550. In artikel 6 van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2011 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 1 februari 2013, wordt het tweede lid opgeheven.

Art. 551. In artikel 7 van het hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 29 november 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, 2°, b), wordt de zinsnede "en in bijlage II, die bij dit besluit is gevoegd" opgeheven;

2° in het eerste lid, 2°, c), wordt de zinsnede "of in bijlage II, die bij dit besluit is gevoegd" opgeheven;

3° in het tweede lid wordt de zinsnede "met inbegrip van de mobiliteitshulpmiddelen die vermeld worden in bijlage II, gevoegd bij dit besluit," opgeheven.

Art. 552. In artikel 16 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 19 juli 2002, 14 mei 2004, 12 december 2008, 17 december 2010 en 9 december 2011, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid wordt de zinsnede "II en" opgeheven;

2° in het zesde lid wordt de zinsnede ", en de bedragen opgenomen in bijlage II Rolstoelen, gevoegd bij dit besluit," opgeheven.

Art. 553. Bijlage II bij hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 1 februari 2013 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 29 november 2013, wordt opgeheven.

Deel 9. — Wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques

Art. 554. In artikel 1, eerste lid, 7°, b) van het koninklijk besluit van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques, hersteld bij het koninklijk besluit van 28 september 2008 en vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "of die een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden krijgt, op basis van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "of die een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood krijgt, op basis van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 10. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid"

Art. 555. In artikel 3, eerste lid, 5°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid", vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "artikel 18, § 1, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "artikel 21, § 1, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 11. — Wijzigingen van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels

Art. 556. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 2009 en 15 december 2013, worden punt 1°, punt 3°, punt 4°, punt 5° en punt 7° opgeheven.

Art. 557. In hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende artikelen opgeheven:

1° artikel 2;

2° artikel 2*bis*, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 15 december 2013;

3° artikel 3, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 december 2013.

Art. 558. In hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende artikelen opgeheven:

1° artikel 4;

2° artikel 5 en 6, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 december 2013.

Art. 559. Bijlage 1 bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 2009, 9 maart 2014, 18 december 2014, 9 juli 2015 en 27 november 2015, wordt opgeheven.

Art. 560. Bijlage 2 bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 2009, 15 december 2013 en 9 maart 2014, wordt opgeheven.

Deel 12. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringswaarborg verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden

Art. 561. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringswaarborg verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 19 juni 2009, 24 juli 2009, 4 juni 2010 en 10 november 2011, worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 5° wordt vervangen door wat volgt:

"5° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: een woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;";

2° in punt 8° wordt de zinsnede "een ziekenhuis, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een functie daghospitalisatie binnen een ziekenhuis" vervangen door de zinsnede "een ziekenhuis, een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een functie daghospitalisatie binnen een ziekenhuis".

Deel 13. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juli 2007 houdende samenstelling en werking van de raadgevende comités bij de intern verzelfstandigde agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Art. 562. In artikel 1, 4°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juli 2007 houdende samenstelling en werking van de raadgevende comités bij de intern verzelfstandigde agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt wordt de zinsnede "opgericht bij het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "vermeld in artikel 9 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Art. 563. In artikel 2, § 4, van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "artikel 14 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "artikel 17 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Art. 564. In artikel 5 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "overeenkomstig artikel 14 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "overeenkomstig artikel 17 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 14. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode

Art. 565. In artikel 27, vierde lid van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 6 februari 2009, wordt punt 1° vervangen door wat volgt:

"1° een attest, afgeleverd door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgkas, dat aantoont dat de persoon met een verminderd zelfzorgvermogen erkend is als zorgbehoevende in het kader van het Vlaamse zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;".

Deel 15. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers

Art. 566. In het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 2 maart 2018, wordt een hoofdstuk III/1, dat bestaat uit artikel 10/4 en 10/5, ingevoegd, dat luidt als volgt

"Hoofdstuk III/1 Bijkomende erkenningsvoorwaarden

Art. 10/4. Een bijkomende erkenning kan verleend worden aan woonzorgcentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen opneemt.

De bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum kan betrekking hebben:

1° hetzij op de totaliteit van de woongelegenheden;

2° hetzij op een gedeelte ervan.

Om een bijkomende erkenning als vermeld in het eerste lid te verkrijgen en te behouden, moet een woonzorgcentrum voldoen aan de voorwaarden, vermeld in hoofdstuk III/1 van bijlage XII.

Art. 10/5. § 1. Aan een dagverzorgingscentrum kan een bijkomende erkenning worden verleend:

1° hetzij voor de opvang van zorgafhankelijke personen die beantwoorden aan de afhankelijkheidscategorieën F, Fd of D, vermeld in artikel 426 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

2° hetzij voor de opvang van personen die lijden aan een ernstige ziekte, die beantwoorden aan de afhankelijkheidscategorie Fp, vermeld in artikel 427 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

§ 2. Een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentrum voor zorgafhankelijke personen kan verleend worden aan dagverzorgingscentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen overdag opvangt, en die de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving als vermeld in bijlage IX.

§ 3. Een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentrum voor personen die lijden aan een ernstige ziekte kan verleend worden aan dagverzorgingscentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die overdag personen opvangt die lijden aan een ernstige ziekte die aangepaste zorg vereist en die de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving als vermeld in bijlage XV.

§ 4. Om een bijkomende erkenning voor de opvang van zorgafhankelijke personen als vermeld in paragraaf 1, 1°, te verkrijgen en te behouden, moet een dagverzorgingscentrum voldoen aan de voorwaarden, vermeld in hoofdstuk III/1 van bijlage IX.

Om een bijkomende erkenning voor de opvang van personen die lijden aan een ernstige ziekte als vermeld in paragraaf 1, 2°, te verkrijgen en te behouden, moet een dagverzorgingscentrum voldoen aan de voorwaarden, vermeld in hoofdstuk 3/1 van bijlage XV.

§ 5. Het aantal erkende entiteiten van een dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning wordt vermeld in de erkenningsbeslissing die ook preciseert of een bijkomende erkenning als een dagverzorgingscentrum voor zorgafhankelijke personen of een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentrum voor personen die lijden aan een ernstige ziekte, wordt toegekend.".

Art. 567. In artikel 2, eerste lid, 3°, van bijlage V van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 5 oktober 2012, worden de woorden "hulp aan bejaarden" vervangen door de woorden "het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood".

Art. 568. In artikel 51 van bijlage IX bij hetzelfde besluit, vervangen bij besluit van de Vlaamse Regering van 14 september 2012, wordt punt 10° vervangen door wat volgt:

"10° het dagverzorgingscentrum kan geen bijkomende erkenning verkrijgen als vermeld in artikel 10/5, § 1 van dit besluit;".

Art. 569. In Bijlage IX bij hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering 14 september 2012 en gewijzigd bij besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 2014, wordt een hoofdstuk III/1, dat bestaat uit artikel 51/3 tot en met 51/6, ingevoegd, dat luidt als volgt:

"Hoofdstuk III/1. Bijkomende erkenning

Afdeling I. — Algemene erkenningsvoorwaarden

Art. 51/3. De dagverzorgingscentra met een bijkomende erkenning voor de opvang van zorgafhankelijke personen zijn bestemd voor personen die beantwoorden aan de afhankelijkheidscategorieën F, Fd of D, vermeld in artikel 426 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Afdeling II. — Functionele erkenningsvoorwaarden

Art. 51/4. Voor dagverzorgingscentra, vermeld in dit hoofdstuk, die zich in een woonzorgcentrum bevinden, moet een aparte eenheid gecreëerd worden.

Afdeling III. — Organisatorische erkenningsvoorwaarden

Art. 51/5. § 1. Voor het personeel gelden de volgende erkenningsvoorwaarden per vijftien personen die verblijven in een dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning voor de opvang van zorgafhankelijke personen:

1° 0,75 voltijds equivalent verpleegkundige;

2° 2,03 voltijds equivalenten eenheid personeel die de verpleegkundigen daadwerkelijk bijstaan in de zorgverstrekking, de afhankelijke personen helpen bij de handelingen van het dagelijks leven, het behoud van de zelfredzaamheid en het in stand houden van de woon- en leefkwaliteit;

3° 0,35 voltijds equivalent kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, of een combinatie van twee of drie van deze kwalificaties met een totaal van 0,35 vte;

4° 0,63 voltijds equivalent die een functie met betrekking tot de reactivering van ouderen uitoefent en die over één van de volgende kwalificaties beschikt: graduaat, bachelor, licentiaat of master kinesitherapie; graduaat, bachelor; licentiaat of master logopedie; graduaat of bachelor ergotherapie, graduaat of bachelor arbeidstherapie; graduaat of bachelor readaptatiewetenschappen; graduaat of bachelor dieetleer; graduaat, bachelor, licentiaat of master in de ortho-pedagogie; graduaat, bachelor, post-graduaat of master psychomotoriek; licentiaat of master psychologie; graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkgestelden; graduaat of bachelor sociaal werker, sociale gezondheidszorg, maatschappelijk verpleegkundige of "infirmière spécialisée en santé communautaire" graduaat of bachelor gezinswetenschappen; licentiaat of master gerontologie, graduaat of bachelor opvoeder.

Het personeel, vermeld in het eerste lid, 2°, dient tenminste de kwalificatievereisten te bewijzen van: het brevet of het diploma secundair onderwijs, het studiegetuigschrift secundair onderwijs of het kwalificatiegetuigschrift of het getuigschrift van secundair onderwijs van: gezins- en sanitaire hulp, kinderverzorging, verpleegaspiranten, leefgroepwerking, gezins- en bejaardenhelpster, « aide familiale », bijzondere jeugdzorg, personenzorg, « assistant(e) en gériatrie », « éducateur », « moniteur de collectivité, auxiliaires polyvalentes des services à domicile et en collectivités » of « aide polyvalente de collectivités » of « zorgkundige ». Met verzorgingspersoneel worden gelijkgesteld de personen die geslaagd zijn voor een opleiding die is erkend door de bevoegde overheid van de Vlaamse Gemeenschap.

§ 2. Minstens één persoon die voldoet aan de voorwaarden van een van de punten, vermeld in paragraaf 1, dient permanent aanwezig te zijn om de opvang en verzorging van de personen te verzekeren.

§ 3. Als het dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning voor de opvang van zorgafhankelijke personen niet voldoet aan de erkenningsvoorwaarden voor het personeel, vermeld in paragraaf 1, voor een of meer personeelskwalificaties, kan een tekort aan een bepaalde kwalificatie gecompenseerd worden door een teveel aan personeel met een andere kwalificatie conform de regels, vermeld in het tweede lid. In ieder geval is die compensatie niet mogelijk als het gaat om een tekort op de erkenningsvoorwaarde met betrekking tot het personeel, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 3°.

De compensatie, vermeld in het eerste lid, wordt toegepast conform de volgende regels:

1° een tekort aan personeel voor reactivering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 4°, kan voor maximum 20% gecompenseerd worden door een teveel aan gegradueerde verpleegkundigen of bachelors in de verpleegkunde;

2° een tekort aan verpleegkundigen, vermeld in in paragraaf 1, eerste lid, 1°, kan voor maximum 20% gecompenseerd worden door een teveel aan personeel voor reactivering als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 4°;

3° een tekort aan zorgkundigen als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, kan onbeperkt gecompenseerd worden door een teveel aan verpleegkundigen als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 1°, of personeel voor reactivering als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 4°.

Afdeling IV. — Statistische gegevens

Art. 51/6. Het dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning voor de opvang van zorgafhankelijke personen moet aan het agentschap Zorg en Gezondheid de statistische gegevens meedelen die met het dagverzorgingscentrum verband houden, volgens de door de minister vastgestelde regels en binnen de door de minister bepaalde termijn.".

Art. 570. In hoofdstuk IV, afdeling I van bijlage XI bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2017, wordt een nieuw artikel 15/0 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"Art. 15/0. Deze afdeling is alleen van toepassing op erkende centra voor kortverblijf die worden uitgebaat in bestemde lokalen van erkende centra voor herstelverblijf die daarvoor bestemd zijn.".

Art. 571. In bijlage XII bij hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van van de Vlaamse Regering van 17 maart 2017, wordt een hoofdstuk III/1, dat bestaat uit artikel 48/1 tot en met artikel 48/28, ingevoegd, dat luidt als volgt:

"Hoofdstuk III/1. Bijkomende erkenning

Afdeling I. — Algemene bijkomende erkenningsvoorwaarden

Art. 48/1. De woongelegenheden met een bijkomende erkenning in een woonzorgcentrum zijn bestemd voor personen die beantwoorden aan de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, vermeld in artikel 425 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Art. 48/2. De bijkomende erkenning moet minstens 25 woongelegenheden bedragen.

Afdeling II. — Specifieke bijkomende erkenningsvoorwaarden

Onderafdeling I. — Architectonische erkenningsvoorwaarden

Art. 48/3. Het gebouw of de gebouwen van de woonzorgcentra voldoen aan de volgende voorwaarden:

1° het woonzorgcentrum moet zodanig zijn ingeplant dat alle voorwaarden aanwezig zijn voor het psychisch en lichamelijk welzijn van de bewoners;

2° alle voorzorgsmaatregelen moeten getroffen worden om brandgevaar te weren, meer bepaald moeten de woonzorgcentra de reglementering inzake brandveiligheid voor woonzorgcentra toepassen;

3° in elk woonzorgcentrum moeten de volgende gemeenschappelijke ruimten voorzien zijn :

a) ten minste een eetzaal en een zitkamer, bij voorkeur van elkaar gescheiden, en zo gezellig en huiselijk mogelijk ingericht, die naargelang de grootte van het woonzorgcentrum, in voldoende aantal aanwezig zijn zodat het leefomgevingskarakter gewaarborgd is en naargelang het woonzorgcentrum in onderscheiden leefgroepen is georganiseerd, in voldoende mate aanwezig zijn, zodat de integratie in de normale leefomgeving gewaarborgd blijft;

b) ten minste een uitgeruste zaal voor de kinesitherapie- en ergotherapie- oefeningen en animatie in groep;

4° de bewoners moeten voor hun verplaatsingen in het gebouw geholpen worden door leuningen en handgrepen die eveneens moeten worden aangebracht in de sanitaire ruimte en in de gangen moeten er rustmogelijkheden zijn;

5° in alle voor de bewoner toegankelijke ruimten en gangen van het woonzorgcentrum moeten alle niveauverschillen zoals treden, trappen en andere hindernissen worden geweerd of, als dat niet mogelijk is, duidelijk gesignaliseerd en moet het gevaar om te vallen worden voorkomen;

6° alle voor de bewoners toegankelijke ruimten in het woonzorgcentrum moeten ruim genoeg zijn zodat rolstoelgebruikers er zich gemakkelijk kunnen verplaatsen;

7° er mogen niet meer dan twee woongelegenheden per kamer zijn en ten minste de helft van de opnamecapaciteit moet bestaan uit eenpersoonskamers;

8° alle kamers moeten een aparte toiletruimte hebben met ten minste een lavabo en een toilet;

9° de netto-oppervlakte van een persoonskamer moet ten minste 12 m^2 bedragen, het sanitair niet meegerekend. Die oppervlakte wordt opgetrokken tot 18 m2 voor twee personen;

10° iedere kamer moet over warm en koud stromend water beschikken;

11° iedere kamer moet over voldoende kunstverlichting beschikken, die de bewoner vanuit zijn bed kan bedienen en die aangepast is aan de plaatselijke omstandigheden;

12° 's nachts moeten de kamers en de gangen zo verlicht zijn dat de bewoners zich veilig kunnen verplaatsen;

13° de kamers die toegankelijk zijn voor de bewoners moeten permanent zodanig verlicht zijn dat het comfort van de bewoners wordt verzekerd;

14° in alle normale meteorologische omstandigheden moet een minimale temperatuur van 22 °C in de kamers kunnen bereikt worden:

a) in de woonzorgcentra waarvoor werkzaamheden van wederopbouw of van aanpassingswerken worden uitgevoerd en in de nieuwe gebouwen die erkend zijn vanaf 2015, moeten alle nuttige maatregelen genomen worden om de temperatuur, in normale meteorologische omstandigheden, onder 27 °C te handhaven;

b) bij een hittegolf moet één van de leefruimten geklimatiseerd zijn en moet ze voldoende groot zijn om de bewoners te kunnen opvangen;

c) alle voor de bewoners toegankelijke lokalen moeten voorzien zijn van een intern of extern systeem dat de bewoners tegen de zonnestralen beschermt;

15° alle bewoners moeten zittend een ongehinderd zicht hebben op de buitenwereld;

16° er moeten voldoende sanitaire voorzieningen voor de bewoners zijn, die zich zo dicht mogelijk bij de kamers en in de onmiddellijke omgeving van de gemeenschappelijke leefruimten bevinden en waarvan er minstens één per in gebruik genomen verdieping ruim genoeg zijn om met een rolstoel binnen te rijden en de bewoner eventueel door een begeleider te laten bijstaan;

17° de toiletten dienen voorzien te worden van een lavabo;

18° het woonzorgcentrum waar de lokalen op een verdieping of verspreid over meerdere verdiepingen gelegen zijn, moet over ten minste één aangepaste lift beschikken die een bewoner samen met zijn begeleider kan vervoeren;

19° in alle ruimten die voor de bewoners toegankelijk zijn moet er een efficiënt en bereikbaar oproepsysteem zijn;

20° alle lokalen moeten adequaat worden verlucht;

21° het woonzorgcentrum moet ten minste beschikken over een verpleeg-, een verzorgings- en onderzoekslokaal, alsook over een lokaal voor de ontvangst van de familie van de bewoners;

22° in iedere kamer moet aansluiting op radio, televisie en telefoon mogelijk zijn.

Onderafdeling II. — Functionele erkenningsvoorwaarden

Art. 48/4. De woonzorgcentra moeten voldoen aan de volgende functionele voorwaarden:

1° het woonzorgcentrum moet over de noodzakelijke middelen beschikken om een familiale sfeer, de verzorging, de bewaking, de activiteiten en de vrijetijdsbezigheden van de bewoners te waarborgen;

2° de kamers moeten per bewoner tenminste beschikken over een bed, een kast om persoonlijke zaken op te bergen, een aan de zorgbehoefte aangepaste zetel, een tafel en een stoel;

3° de bewoner moet in de kamer over persoonlijke bezittingen en meubilair kunnen beschikken;

4° alle bedden in de woongelegenheden met een bijkomende erkenning in het woonzorgcentrum moeten in de hoogte verstelbaar zijn en aangepast aan de noden van de bewoner.

Art. 48/5. Het woonzorgcentrum moet beschikken over :

1° rolstoelen voor de bewoners die problemen hebben om zich autonoom te verplaatsen;

2° het vereiste materiaal om doorligwonden te voorkomen;

3° de mogelijkheid om ieder bed in een meerpersoonskamer tijdens de verzorging af te schermen;

4° minstens één aangepast bad: boven de dertig bewoners in een erkende woongelegenheid woonzorgcentrum met bijkomende erkenning is een bijkomend aangepast bad verplicht bij de overschrijding van de helft van elke nieuwe schijf van dertig bewoners in een erkende woongelegenheid woonzorgcentrum met bijkomende erkenning.

Onderafdeling III. — Organisatorische erkenningsvoorwaarden

Art. 48/6. Voor iedere bewoner wordt bij de opname een individueel dossier aangelegd dat in het woonzorgcentrum bewaard wordt en dat zijn administratief dossier en zijn verzorgingsdossier omvat.

Het administratief dossier van de bewoner, vermeld in het eerste lid, bevat minstens de volgende gegevens:

1° de identiteit van de bewoner;

2° de inlichtingen over zijn sociale zekerheidssituatie;

3° de naam, het adres en het telefoonnummer van de contactpersoon en, in voorkomend geval, van de vertegenwoordiger van de bewoner;

4° de naam, het adres en het telefoonnummer van de behandelend arts, alsook de regeling die getroffen moet worden bij zijn afwezigheid;

5° de naam, het adres en het telefoonnummer van de apotheker, als de bewoner een beroep doet op een apotheker waarmee de instelling geen samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten.

Het verzorgingsdossier van de bewoner, vermeld in het eerste lid, omvat minstens de volgende documenten :

1° het medisch dossier, opgemaakt door de behandelende arts;

2° de liaisonfiche met de noodzakelijke medische gegevens in geval van nood of van hospitalisatie;

3° het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier, dat onder meer de volgende gegevens bevat:

a) de anamnese en levensgeschiedenis van de bewoner;

b) het klinisch onderzoek bij de opname en tijdens het verblijf;

c) de diagnose;

d) het verzorgingsplan met inbegrip van de voorgeschreven medicatie, de vereiste zorgen, de bijstand bij de dagelijkse levenshandelingen en de eventuele fixatie- of afzonderingsmaatregelen;

e) de klinische en de diagnostische evolutie;

f) in voorkomend geval de kenbaar gemaakte wensen over de toekomstige zorgen, vermeld in artikel 48/24.

Art. 48/7. Om het transport van een bewoner van een ziekenhuisdienst naar een woonzorgcentrum, en omgekeerd, zo goed mogelijk te organiseren, wordt er een schriftelijke procedure opgezet tussen de betrokken ziekenhuizen en het woonzorgcentrum, opdat ze onmiddellijk kunnen beschikken over alle inlichtingen die nodig zijn om de zorgcontinuïteit te verzekeren, in het bijzonder de liaisonfiche , vermeld in artikel 48/6, derde lid, 2°.

Art. 48/8. De erkenningsvoorwaarde met betrekking tot het personeel wordt per dertig bewoners in een woongelegenheid woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, als volgt vastgesteld:

1° ten minste vijf voltijds equivalenten van de verpleegkundigen, waaronder een hoofdverpleegkundige. Boven de eerste dertig bewoners is een bijkomende hoofdverpleegkundige verplicht bij overschrijding van de helft van elke nieuwe schijf van dertig bewoners in een woongelegenheid woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning;

2° ten minste vijf voltijds equivalenten zorgkundigen;

3° één voltijds equivalent kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, met dien verstande dat de eerste twee disciplines in ieder geval voldoende vertegenwoordigd zijn in het woonzorgcentrum en dat ze hetzij in loondienst hetzij vastbenoemd zijn. Logopedie wordt aangeboden in functie van de behoeften van de bewoners;

4° 0,10 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten en dat over een van de volgende kwalificaties beschikt : graduaat, licentiaat of master kinesitherapie; graduaat, bachelor, licentiaat of master logopedie; graduaat of bachelor ergotherapie; graduaat of bachelor arbeidstherapie; graduaat of bachelor readaptatiewetenschappen; graduaat of bachelor dieetleer; graduaat, bachelor, licentiaat of master orthopedagogie, graduaat, bachelor, postgraduaat of master psychomotoriek; licentiaat of master psychologie; graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkgestelden; graduaat of bachelor sociaal werker,sociale gezondheidszorg, maatschappelijk verpleegkundige of ”infirmière spécialisée en santé communautaire”; graduaat of bachelor gezinswetenschappen; licentiaat of master gerontologie; graduaat of bachelor opvoeder;

5° een voltijds equivalent verpleegkundige, naar rata van maximum één voltijds equivalent per dertig bewoners, mag, voor zover de permanentie, vermeld in artikel 48/9, 2°, wordt gerespecteerd, worden vervangen door een persoon die bij voorkeur één van de volgende kwalificaties heeft: graduaat, bachelor, licentiaat of master kinesitherapie; graduaat, bachelor, licentiaat of master logopedie; graduaat of bachelor ergotherapie; graduaat of bachelor arbeidstherapie; graduaat of bachelor readaptatiewetenschappen; graduaat of bachelor dieetleer; graduaat, bachelor, licentiaat of master orthopedagogie; graduaat, bachelor, postgraduaat of master psychomotoriek; licentiaat of master psychologie; graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkstelden, graduaat of bachelor sociaal werker,sociale gezondheidszorg;maatschappelijke verpleegkundige of ”infirmière spécialisée en santé communautaire”; graduaat of bachelor gezinswetenschappen; licentiaat of master gerontologie; graduaat of bachelor opvoeder of, bij gebrek eraan, door zorgkundigen waarvoor de minister de minimale vereiste opleiding bepaalt.

Art. 48/9. Voor het personeel van de woonzorgcentra geldt het volgende:

1° een hoofdverpleegkundige moet de volgende taken vervullen :

a) de dagelijkse leiding over het verpleegkundig en zorgkundig personeel verzekeren;

b) de pluridisciplinaire werking van het verpleegkundig en paramedisch personeel, personeel voor reactivering, de kinesitherapeuten en de zorgkundigen coördineren;

c) waken over de actualisering van het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier van de bewoner;

d) de coördinerend en raadgevend arts bijstaan bij de uitoefening van zijn functie;

2° een verpleegkundige is zowel overdag als ’s nachts aanwezig in het woonzorgcentrum;

3° de noden aan kinesitherapie, ergotherapie en logopedie, opgenomen in het zorgplan, worden ingevuld.

Art. 48/10. § 1. In elk woonzorgcentrum met bijkomende erkenning wijst de initiatiefnemer een coördinerend en raadgevend arts aan, die huisarts is, en die uiterlijk vier jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest dat toegang verleent tot de functie van coördinerend en raadgevend arts. Dat attest kan worden verkregen nadat een opleidingscyclus van minstens 24 uur, die erkend is door het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid, met vrucht afgerond is.

In het eerste lid wordt verstaan onder het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid: het agentschap, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap ”Zorg en Gezondheid”.

De opleidingscyclus, vermeld in het eerste lid, behandelt de organisatie van een Vlaams woonzorgcentrum en de zorg binnen een Vlaams woonzorgcentrum, met verwijzing naar de regelgeving die van toepassing is op het woonzorgcentrum in kwestie. De organisatie die de opleidingscyclus aanbiedt, heeft minstens een samenwerkingsverband met een van de academische huisartsencentra van de Vlaamse universiteiten afgesloten. De minister kan bijkomende kwaliteitscriteria voor de opleidingscyclus bepalen, alsook de voorwaarden voor de Continue Professionele Educatie (CPE) die jaarlijks onderhouden moet worden.

Die opleidingscyclus omvat minstens de volgende onderdelen :

1° de organisatie van en de regelgeving over woonzorgcentra, inclusief de kwaliteit van zorg;

2° de specificiteit van de geriatrische geneeskunde, inclusief palliatieve zorg, levenseindezorg en farmaceutische zorg;

3° het voorkomen van infecties en het beheer van de antibiotherapie;

4° de communicatietechnieken, inclusief de communicatie met bewoners met mentale of cognitieve beperkingen en de communicatie over de wensen en voorkeuren van de bewoner.

De minister bepaalt de procedure voor het bekomen van de erkenning van de opleidingscyclus en de regels voor de evaluatie van de opleidingscyclus, vermeld in het derde lid, en kan de onderdelen in het vierde lid nader bepalen.

Het toezicht op de opleidingscyclus, vermeld in het eerste lid, wordt uitgeoefend met inachtneming van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid waarbij de opleidingsinstantie wordt behandeld als een actor in de zorg.

§ 2. In samenspraak met de hoofdverpleegkundige(n) staat de coördinerend en raadgevend arts in voor de volgende taken:

1° in relatie met het medische korps:

a) het organiseren, op geregelde tijdstippen, van zowel individuele als collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen;

b) de coördinatie en organisatie van de continuïteit van de medische zorg;

c) de coördinatie van de samenstelling en het bijwerken van de dossiers van de bewoners die door de behandelende artsen worden bijgehouden;

d) de coördinatie van medische activiteiten bij ziektetoestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel;

e) in overleg met de behandelende artsen, de coördinatie van het zorgbeleid, wat voor de geneesmiddelen ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformularium omvat;

2° bijscholing en vorming: meewerken aan de organisatie van activiteiten voor bijscholing en vorming in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het woonzorgcentrum, en voor de betrokken behandelende artsen.

De minister kan de taken, vermeld in het eerste lid, 1°, nader bepalen en kan bepalen welke vormingsactiviteiten voor de bijscholing en vorming, vermeld in het eerste lid, 2°, in aanmerking komen.

Art. 48/11. De vrije keuze van de bewoner van de behandelend arts en van het ziekenhuis als dat nodig is, moet worden nageleefd en mag op geen enkele manier worden beïnvloed.

Art. 48/12. Het woonzorgcentrum met bijkomende erkenning beschikt over een algemeen reglement van de medische activiteit waarin de rechten en plichten worden beschreven van de behandelende artsen die er actief zijn. Dat reglement wordt overhandigd aan elke behandelend arts, die zich door het te tekenen ertoe verbindt om zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de medische zorg van het woonzorgcentrum.

Het algemeen reglement van de medische activiteit beschrijft minstens de volgende punten :

1° de verbintenis van de behandelende artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het woonzorgcentrum, onder andere met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het multidisciplinair overleg en het overleg met de coördinerend en raadgevend arts;

2° de normale openings- en bezoektijden behalve in noodgeval;

3° de contacten met familie;

4° overlegvergaderingen in het woonzorgcentrum;

5° het bijhouden van het medisch dossier van de bewoner;

6° het gebruik van het medisch-farmaceutisch formularium en onder andere het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen alsook het gebruik van elektronische voorschriften;

7° de facturatiemodaliteiten van de honoraria;

8° de informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten.

Art. 48/13. De bedienaren van de eredienst en afgevaardigden van de Centrale Vrijzinnige Raad die door de bewoners gevraagd worden hebben ongehinderd toegang tot de inrichting. Ze vinden er voor het vervullen van hun taak de geschikte sfeer en faciliteiten. Volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging wordt aan iedereen gewaarborgd.

Onderafdeling IV. — Voorwaarden in verband met het huishoudelijk reglement

Art. 48/14. Ieder woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet een huishoudelijk reglement opstellen. De personen die belast zijn met het toezicht op de woonzorgcentra, kunnen steeds inzage nemen van dat huishoudelijk reglement.

Met betrekking tot het huishoudelijk reglement geldt het volgende:

1° bij zijn opname in het woonzorgcentrum ontvangt de bewoner of zijn vertegenwoordiger een door de directeur ondertekend en gedateerd exemplaar van het huishoudelijk reglement tegen een voor akkoord ondertekend ontvangstbewijs;

2° het huishoudelijk reglement bevat de naam van de directeur en het erkenningsnummer van het woonzorgcentrum;

3° het huishoudelijk reglement regelt de rechten en plichten van de bewoners en de initiatiefnemer met inachtname van de volgende regels :

a) respect voor het privé-leven van de bewoners;

b) de bewoners zo veel mogelijk vrijheid laten, op voorwaarde dat die verenigbaar is met het gemeenschapsleven;

c) de vrije keuze van de arts en diens toegang tot de instelling overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement met betrekking tot de medische activiteiten;

d) de vrije toegang van familie en vrienden, die in het bijzonder moet worden gewaarborgd in geval van stervensbegeleiding;

4° het huishoudelijk reglement waarborgt aan iedere bewoner de inachtname van zijn individuele rechten, met inbegrip van ideologische, filosofische en religieuze overtuigingen;

5° het huishoudelijk reglement bevat de naam van de persoon aan wie de bewoners, hun familie, hun vertegenwoordiger of de bezoekers hun opmerkingen, bezwaren en klachten kunnen meedelen;

6° het huishoudelijk reglement legt uit hoe de bewoner kan deelnemen aan het leven in het woonzorgcentrum, onder meer via de gebruikersraad, vermeld in artikel 48/15.

Onderafdeling V. — Inspraak en onderzoek van de suggesties en de klachten van de bewoners

Art. 48/15. In ieder woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning wordt een gebruikersraad opgericht die minstens eens per trimester vergadert. Om de goede werking van die raad te verzekeren, krijgt die de ondersteuning van het personeel dat werkzaam is in het woonzorgcentrum.

Met betrekking tot de gebruikersraad geldt het volgende:

1° de raad is samengesteld uit bewoners van het woonzorgcentrum en/of hun familieleden, maar de directeur of zijn vertegenwoordiger kan deelnemen aan de vergaderingen van de gebruikersraad;

2° de geactualiseerde nominatieve lijst van de leden van de gebruikersraad moet op een goed zichtbare plaats worden uitgehangen;

3° de raad kan advies uitbrengen, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de directeur, over alle aangelegenheden die de algemene werking van het woonzorgcentrum betreffen;

4° van de vergaderingen wordt een verslag opgemaakt dat ter inzage ligt van de bewoners, hun familieleden en vertegenwoordigers en dat waarvan de ambtenaren die belast zijn met het toezicht op de woonzorgcentra, altijd kunnen inkijken;

5° suggesties, bemerkingen of klachten kunnen door de bewoner, zijn vertegenwoordiger of zijn familie worden geacteerd in een register dat daarvoor bestemd is, waarna aan de indiener moet worden meegedeeld welk gevolg er aan zijn klacht is gegeven.

Het register, vermeld in het tweede lid, 5°, moet een keer per drie maanden op eenvoudige aanvraag aan de bewonersraad worden voorgelegd.

Onderafdeling VI. — Overeenkomst tussen de initiatiefnemer en de bewoner

Art. 48/16. De initiatiefnemer, vertegenwoordigd door de directeur, en de bewoner of zijn vertegenwoordiger tekenen een verstaanbare en leesbare overeenkomst in tweevoud. Die overeenkomst moet minstens de volgende punten regelen :

1° de algemene en bijzondere verblijfsvoorwaarden in het woonzorgcentrum;

2° de verblijfsprijs per dag, de daarin begrepen dienstverlening, een uitvoerige opsomming en beschrijving van alle eventuele supplementen en de prijs ervan, alsook de vermelding dat supplementen die niet in de overeenkomst staan, niet mogen worden aangerekend;

3° het bedrag van de eventueel te betalen waarborg, dat niet hoger mag zijn dan de maandelijkse verblijfsprijs, en de bestemming ervan;

4° de modaliteiten voor de opslag van de goederen en waarden die de bewoner aan de instelling toevertrouwt, de modaliteiten voor het beheer ervan, alsook het bewijs van de aanstelling van de persoon of personen die met dat beheer worden belast;

5° het nummer van de aan de bewoner toegewezen kamer, met vermelding van het maximum aantal bewoners dat in die kamer is toegestaan;

6° de regeling voor de opzegging van de overeenkomst;

7° de financiële lasten voor de bewoners in geval van afwezigheid of opname in het ziekenhuis.

Het beheer van gelden of goederen van de bewoner, of het bewaren ervan, kan in geen enkel geval aan het woonzorgcentrum worden toevertrouwd, met uitzondering van het beheer van het zakgeld en de verrekening van kosten die rechtstreeks te maken hebben met het verblijf in het woonzorgcentrum.

Onderafdeling VII. — Boekhouding

Art. 48/17. Het woonzorgcentrum houdt voor elke bewoner een individuele uitgavenfiche bij. De bewoner of zijn vertegenwoordiger moet die fiche op elk ogenblik kunnen inkijken. In een uitvoerige maandelijkse factuur wordt het overzicht van de inkomsten en uitgaven opgesteld. Die factuur wordt samen met alle bewijsstukken overhandigd aan de bewoner of zijn vertegenwoordiger.

De totale boekhouding van het woonzorgcentrum en van de individuele uitgavenfiche van de bewoners, alsook de bewijsstukken, moeten ter beschikking staan van de bevoegde inspectiediensten.

Het woonzorgcentrum moet een aparte boekhouding hebben die gebaseerd op het algemeen rekeningenstelsel. Die boekhouding moet door een bedrijfsrevisor (of een externe onafhankelijke controle, zoals door de minister nader kan omschreven worden) worden nagezien.

De minister kan nadere regels bepalen over de wijze waarop de woonzorgcentra de verplichtingen, vermeld in dit artikel, nakomen.

Onderafdeling VIII. — Statistische gegevens

Art. 48/18. De woonzorgcentra met een bijkomende erkenning moeten het agentschap Zorg en Gezondheid op de hoogte brengen van de statistische gegevens die met het woonzorgcentrum verband houden, volgens de door de minister vastgestelde regels en binnen de door de minister bepaalde termijn.

Onderafdeling IX. — Kwaliteitsvoorwaarden

Art. 48/19. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning biedt bij het vervullen van zijn opdracht een geëigende zorg- en dienstverlening aan elke bewoner. In dat kader moet het een kwaliteitsbeleid ontwikkelen dat erop gericht is systematisch de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening, alsook van haar werking te bepalen, te plannen, te evalueren en te verbeteren. Dat beleid heeft minstens betrekking op :

1° de zorg- en dienstverstrekking waarin respect voor menselijke waardigheid, de persoonlijke levenssfeer, de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, het klachtenrecht, de informatie aan en de inspraak van de bewoner gewaarborgd zijn en waarbij rekening wordt gehouden met de sociale context van de bewoner;

2° de specifieke begeleiding van personen met dementie;

3° de doeltreffendheid en doelmatigheid van de aangeboden zorg- en dienstverlening en werking;

4° de continuïteit van de aangeboden zorg- en dienstverlening.

Art. 48/20. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning houdt een registratie bij van minstensde volgende gegevens :

1° het aantal gevallen van doorligwonden;

2° het aantal nosocomiale infecties;

3° het aantal valincidenten;

4° het aantal incontinente personen;

5° de toepassing van fixatie- en isolatiemaatregelen.

Art. 48/21. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet beschikken over schriftelijke procedures voor de handhygiëne en de afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar.

Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet ook beschikken over de producten ter ondersteuning van een goede handhygiëne en het nodige materiaal om de procedures, vermeld in het eerste lid, te kunnen toepassen.

Art. 48/22. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning beschikt over schriftelijke procedures die moeten worden nageleefd bij de toepassing van een fixatie- of afzonderingsmaatregel. Die maatregelen kunnen slechts uitzonderlijk worden toegepast, enkel ter bescherming van de bewoner of andere bewoners en enkel bij een duidelijke medische indicatie.

De maatregelen, vermeld in het eerste lid, worden alleen overwogen als er geen andere minder ingrijpende maatregelen voorhanden zijn om hetzelfde doel te bereiken en als de belangen van alle betrokken partijen zijn afgewogen.

Elke beslissing over fixatie of afzondering wordt vermeld in het verzorgingsdossier van de bewoner. In het verzorgingsdossier wordt ook de aard en de duur van de maatregel opgetekend, alsook de motivatie van de beslissing.

Als wordt afgeweken van de schriftelijke procedures, vermeld in het eerst lid, is een afzonderlijke motivatie nodig.

Art. 48/23. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet een functionele binding hebben met een erkende geriatriedienst (kenletter G) of een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen (kenletter Sp-psychogeriatrie). Die functionele binding wordt in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd, die onder meer bepaalt dat de G- of Sp-dienst-psychogeriatrie en het woonzorgcentrum minstens twee vergaderingen per jaar houden. De geplande vergaderingen beogen zowel het overleg als de permanente opleiding voor het personeel van beide partners.

De bewijzen van de concretisering van de schriftelijke overeenkomsten, vermeld in het eerste lid, moeten geleverd worden.

Art. 48/24. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning nodigt de bewoners uit om in een open en ongedwongen sfeer hun eventuele wensen aanovergaande toekomstige zorgen en behandelingen kenbaar te maken. Op verzoek van de bewoner worden zijn wensen ook vermeld in het verzorgingsdossier, met dien verstande dat die op ieder moment herroepbaar zijn en dat dat de zorgverstrekker niet ontslaat van zijn plicht om altijd de actuele wil van de patiënt te achterhalen.

Art. 48/25. Ter ondersteuning van de zorg met betrekking tot het levenseinde in het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning zijn de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige(n) belast met :

1° de ontwikkeling van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak daarvan;

2° het formuleren van adviezen over palliatieve zorg voor het verpleegkundig, zorgkundig, en paramedisch personeel, het personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten;

3° het bijwerken van de kennis van de personeelsleden, vermeld in punt 2°, over palliatieve zorg;

4° de naleving van de wetgeving over euthanasie en palliatieve zorg, alsook de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner over zijn levenseinde of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.

Art. 48/26. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet een functionele binding hebben met een Sp-dienst palliatieve verzorging als vermeld in rubriek IIIbis "Specifieke normen per specialisme", onderdeel B "Specifieke normen voor de Sp-dienst palliatieve verzorging", van de bijzondere normen die toepasselijk zijn op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, kenletter Sp, gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Art. 48/27. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet meewerken aan het samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg dat het geografisch gebied in kwestie bestrijkt en samenwerken met het regionale platform voor ziekenhuishygiëne van het gebied waarvan het deel uitmaakt.

Art. 48/28. Elk woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning moet een vormingspolitiek instellen, op maat van iedere discipline.".

Art. 572. In artikel 1 van Bijlage XIV van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 januari 2016 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 16 september 2016, wordt punt 2° vervangen door wat volgt:

"2° werkingsjaar:

a) in hoofdstuk I/1: referentieperiode, vermeld in artikel 1, 45°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

b) in hoofdstuk II en II/1: het kalenderjaar.".

Art. 573. Artikel 3 van bijlage XIV bij hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 16 september 2016, wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 3. Een erkend woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, ontvangt een animatiesubsidie conform artikel 473, § 3, 1°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.".

Art. 574. In artikel 6, § 1, vierde lid van Bijlage XIV van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 15 juli 2016 en 16 september 2016, wordt de zinsnede "het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden" vervangen door de zinsnede "het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Art. 575. In artikel 7/2, § 1, vierde lid, van bijlage XIV bij hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 januari 2016, wordt de zinsnede "het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden" vervangen door de zinsnede "het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Art. 576. In artikel 9 van bijlage XIV bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 16 september 2016, 8 januari 2016 en 5 oktober 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 2 wordt de zinsnede "kan de tegemoetkoming voor de animatiewerking, vermeld in artikel 3, proportioneel worden herrekend en kan het teveel aan tegemoetkoming, uitbetaald met toepassing van artikel 3, worden teruggevorderd" vervangen door de zinsnede "wordt de animatiecoëfficiënt aangepast conform artikel 473, § 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming";

2° in paragraaf 6 wordt de zinsnede "het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden" vervangen door de zinsnede "het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Art. 577. In bijlage XV bij hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 september 2012, wordt een hoofdstuk 3/1, dat bestaat uit artikel 21/1 tot en met 21/5, ingevoegd, dat luidt als volgt:

"Hoofdstuk 3/1. Bijkomende erkenning

Afdeling 1. — Algemene erkenningsvoorwaarden

Art. 21/1. De dagverzorgingscentra met een bijkomende erkenning voor personen die lijden aan een ernstige ziekte zijn bestemd voor personen die beantwoorden aan de afhankelijkheidscategorie Fp, vermeld in artikel 427 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Art. 21/2. Het centrum voor dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte biedt een ondersteuning voor:

1° de pijn- en symptoomcontrole bij psychisch of fysiek lijden ten gevolge van ziekteprogressie of gerelateerde behandelingen;

2° de aangepaste, complementaire zorg;

3° de revalidatie en in het bijzonder het aanleren van specifieke vaardigheden voor het dagelijkse leven.

Afdeling 2. — Functionele erkenningsvoorwaarden

Art. 21/3. § 1. Een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentrum voor personen die lijden aan een ernstige ziekte wordt toegekend voor minstens vijf verblijfseenheden en maximum vijftien verblijfseenheden die gegroepeerd zijn in een afzonderlijke architecturale eenheid.

§ 2. Het dagverzorgingscentrum voldoet aan de volgende functionele voorwaarden:

1° het centrum is minstens vijf dagen per week open voor een tenlasteneming van minstens zes uur per dag;

2° voor iedere persoon die verblijft in het dagverzorgingscentrum wordt een overlegd zorgplan opgemaakt;

3° het dagverzorgingscentrum organiseert een functionele samenwerking met:

a) een ziekenhuis dat beschikt over een Sp-dienst voor palliatieve zorg;

b) een ziekenhuis dat beschikt over een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' en een functie voor intensieve zorg;

c) het bevoegde samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg en de begeleidingsequipe voor palliatieve thuiszorg;

d) een woonzorgcentrum;

4° het dagverzorgingscentrum werkt samen met de huisartsenkring(en) uit zijn werkingsgebied;

5° het dagverzorgingscentrum biedt een brugfunctie tussen de intra- en extramurale zorg met het oog op de continuïteit van de zorg.

Afdeling 3. — Organisatorische erkenningsvoorwaarden

Art. 21/4. De medische omkadering bestaat uit een huisarts of een geneesheer-specialist met een bijzondere ervaring in de palliatieve zorg. Die arts is belast met de coördinatie van de medische activiteit van het dagverzorgingscentrum, de bilans bij opname, de zorgplannen en de voorschriften die noodzakelijk zijn voor de zorg in het kader van het dagverzorgingscentrum. Voor het uitoefenen van die medische coördinatiefunctie is die arts gedurende minstens vijf uren per week aanwezig in het dagverzorgingscentrum per vijftien gebruikers.

Op verzoek van de verantwoordelijke verpleegkundige van het dagverzorgingscentrum kan er een beroep worden gedaan op de behandelend arts van de patiënt om de medische zorg te verstrekken.

Art. 21/5. § 1. De erkenningsvoorwaarde inzake personeel per vijftien personen die verblijven in het dagverzorgingscentrum met een bijkomende erkenning voor personen die lijden aan een ernstige ziekte, is de volgende :

1° 2,5 voltijds equivalent verpleegkundigen;

2° 2 voltijds equivalent zorgkundigen;

3° 1,5 voltijds equivalent personeel voor reactivering, vermeld in artikel 51/5, § 1, eerste lid, 4°, van bijlage IX, waarvan minstens 0,5 voltijds equivalent klinisch psycholoog.

§ 2. Minstens één persoon die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1, dient permanent aanwezig te zijn om de opvang en verzorging van de personen te verzekeren.

§ 3. Als het dagverzorgingscentrum niet voldoet aan de erkenningsvoorwaarden voor het personeel, vermeld in paragraaf 1 en 2, voor een of meer personeelskwalificaties, kan een tekort aan een bepaalde kwalificatie gecompenseerd worden door een teveel aan personeel met een andere kwalificatie conform de regels, vermeld in het tweede lid. In ieder geval is die compensatie niet mogelijk als het gaat om een tekort met betrekking tot de erkenningsvoorwaarde van 0,5 voltijds equivalent klinisch psycholoog, vermeld in paragraaf 1, 3°.

De compensatie, vermeld in het eerste lid, wordt toegepast conform de volgende regels:

1° een tekort aan personeel voor reactivering, vermeld in paragraaf 1, 3°, kan voor maximum 20% gecompenseerd worden door een teveel aan gegradueerde verpleegkundigen of bachelors in de verpleegkunde;

2° een tekort aan verpleegkundigen als vermeld in paragraaf 1, 1°, kan voor maximum 20% gecompenseerd worden door een teveel aan personeel voor reactivering;

3° een tekort aan zorgkundigen als vermeld in paragraaf 1, 2°, kan onbeperkt gecompenseerd worden door een teveel aan verpleegkundigen, personeel voor reactivering of een combinatie van beiden.".

Art. 578. In artikel 4, § 4, tweede lid, van bijlage XVII bij hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2017, wordt punt 2° vervangen door wat volgt:

"2° gefactureerde referentiedagen: het totale aantal gefactureerde dagen in de referentieperiode, zoals meegedeeld in het kader van de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf, vermeld in artikel 145, 148 en 152 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;".

Deel 16. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden

Art. 579. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 februari 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 16° wordt vervangen door wat volgt:

"16° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: een woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;";

2° in punt 17° wordt de zinsnede "een ziekenhuis, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een functie dagopname binnen een ziekenhuis" vervangen door de zinsnede "een ziekenhuis, een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een functie dagopname binnen een ziekenhuis".

Art. 580. In artikel 7 van hetzelfde besluit worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Deel 17. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement

Art. 581. Aan artikel 1, eerste lid, 23°, d), van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 6 december 2013 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "of van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, vermeld in artikel 4, eerste lid, 2°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "of van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, vermeld in artikel 4, eerste lid, 2°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 18. — Wijziging van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties

Art. 582. In het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 juli 2016, wordt hoofdstuk II, dat bestaat uit artikel 4 tot en met 15, opgeheven.

Deel 19. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2013 houdende nadere regels inzake duurzaam gebruik van pesticiden in het Vlaamse Gewest voor niet-land- en tuinbouwactiviteiten en de opmaak van het Vlaams Actieplan Duurzaam Pesticidengebruik

Art. 583. In artikel 3, tweede lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2013 houdende nadere regels inzake duurzaam gebruik van pesticiden in het Vlaamse Gewest voor niet-land- en tuinbouwactiviteiten en de opmaak van het Vlaams Actieplan Duurzaam Pesticidengebruik wordt punt 5° vervangen door wat volgt:

"5° zorgverstrekkende instelling: een instelling zoals een ziekenhuis, een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning of een psychiatrisch verzorgingstehuis.".

Deel 20. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers

Art. 584. Aan artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 28 april 2017, wordt een paragraaf 4 toegevoegd, die luidt als volgt:

"§ 4. Voor de behandeling van bezwaren over het voornemen tot weigering van de erkenning van zorgkassen en bezwaren over het voornemen tot intrekking van de erkenning van zorgkassen zijn de kamer voor gezondheidsvoorzieningen en de kamer voor welzijnsvoorzieningen gezamenlijk bevoegd. In dat geval zijn artikel 9 tot en met 12, artikel 15, eerste lid, en artikel 16 tot en met 21 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat:

1° de vergadering van de gezamenlijk bevoegde kamers wordt voorgezeten door een voorzitter of een ondervoorzitter van een van de gezamenlijk bevoegde kamers of hun plaatsvervanger;

2° de gezamenlijk bevoegde kamers alleen geldig kunnen beraadslagen en stemmen als minstens de voorzitter of de ondervoorzitter, of hun plaatsvervangers, en twee leden van elk van de kamers, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn.".

Deel 21. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 november 2013 tot facilitering van de infrastructuurfinanciering via de alternatieve investeringswaarborg, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden

Art. 585. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 november 2013 tot facilitering van de infrastructuurfinanciering via de alternatieve investeringswaarborg, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 20° wordt vervangen door wat volgt:

"20° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: een woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;";

2° in punt 21° wordt de zinsnede "een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een functie daghospitalisatie binnen een ziekenhuis" vervangen door de zinsnede "een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een functie daghospitalisatie binnen een ziekenhuis".

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

Art. 586. In artikel 1, 10°, d), 2), van het Subsidiebesluit van 22 november 2013, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016, wordt de zinsnede "de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "een of meer van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4, eerste lid, 1° en 3°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 23. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen

Art. 587. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen, wordt punt 11° vervangen door wat volgt:

"11° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: een woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;".

Art. 588. In artikel 2 van hetzelfde besluit worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Art. 589. In hetzelfde besluit wordt het opschrift van hoofdstuk 3 vervangen door wat volgt:

"Hoofdstuk 3. Procedure voor woonzorgcentra met een bijkomende erkenning, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen en samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten".

Art. 590. In hoofdstuk 3 van hetzelfde besluit wordt het opschrift van afdeling 1 vervangen door wat volgt:

"Afdeling 1. Voorlopige bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum en voorlopige erkenning van een psychiatrisch verzorgingstehuis en van een initiatief van beschut wonen".

Art. 591. In artikel 32 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

"Wie een eerste aanvraag tot bijkomende erkenning voor een woonzorgcentrum , erkenning als psychiatrisch verzorgingstehuis of erkenning als initiatief van beschut wonen indient, kan voorlopig worden erkend, behalve als de betrokken voorziening al het voorwerp van een beslissing tot sluiting is geweest.";

2° het tweede lid, punt 1° wordt vervangen door wat volgt:

"1° in geval van een aanvraag tot bijkomende erkenning voor een woonzorgcentrum:

a) een nota met vermelding van het statuut van de aanvrager, de naam van de verantwoordelijke beheerder, de naam van de persoon die voor het dagelijks beleid zorgt, en de naam van de coördinerend en raadgevend arts die door de beheersinstantie aangewezen is. De betrokkenen moeten dit document ondertekenen;

b) de lijst van het medisch, verplegend, verzorgend en paramedisch personeel, met vermelding van hun naam, hun kwalificatie, het nummer van het visum van hun diploma en hun arbeidsduur per week, waaruit blijkt dat aan de erkenningsvoorwaarden met betrekking tot het personeel voldaan is;

c) een plan dat de interne verbindingswegen van de voorziening vermeldt, de bestemming van de lokalen, het totale aantal entiteiten in de voorziening en het aantal entiteiten waarvoor de bijkomende erkenning aangevraagd wordt;

d) een beschrijvende nota die vermeldt op welke wijze de architectonische en functionele erkenningsvoorwaarden worden nageleefd;

e) een afschrift van de overeenkomst met het algemeen ziekenhuis waarmee een functionele binding verzekerd moet worden overeenkomstig de geldende erkenningsvoorwaarden;

f) het bewijs dat de voorziening aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering voldoet;".

Art. 592. Artikel 34 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 34. De beslissing waarbij de voorlopige erkenning of voorlopige bijkomende erkenning wordt toegekend, vermeldt de ingangsdatum van de voorlopige erkenning of de voorlopige bijkomende erkenning.

De voorlopige erkenning of de voorlopige bijkomende erkenning kan niet vroeger ingaan dan de ingangsdatum van de planningsvergunning, vermeld in artikel 2, tweede lid.

Een psychiatrisch verzorgingstehuis of een initiatief van beschut wonen mag in geen geval in exploitatie genomen worden voor de ingangsdatum van de voorlopige erkenning.

De entiteiten met een bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum mogen in geen geval onder deze hoedanigheid in exploitatie genomen worden voor de ingangsdatum van de voorlopige bijkomende erkenning.".

Art. 593. In artikel 35 van hetzelfde besluit worden de woorden "de voorlopige erkenning" telkens vervangen door de woorden "de voorlopige erkenning of de voorlopige bijkomende erkenning".

Art. 594. In artikel 36 van hetzelfde besluit worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

"Gedurende de periode waarvoor de voorlopige erkenning of de voorlopige bijkomende erkenning werd verleend, onderzoekt het agentschap of bij de exploitatie van de entiteiten met een bijkomende erkenning binnen het woonzorgcentrum, het psychiatrisch verzorgingstehuis of het initiatief van beschut wonen de erkenningsnormen of erkenningsvoorwaarden worden nageleefd.";

2° in het tweede lid worden de woorden "aan de gestelde vereisten en normen" vervangen door de zinsnede "aan de gestelde vereisten, normen en voorwaarden".

Art. 595. In hoofdstuk 3 van hetzelfde besluit wordt het opschrift van afdeling 2 vervangen door wat volgt:

"Afdeling 2. Bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum en erkenning van een psychiatrisch verzorgingstehuis of een initiatief van beschut wonen".

Art. 596. Artikel 37 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 37. § 1. Als een voorlopige erkenning of een voorlopige bijkomende erkenning is verleend conform afdeling 1, wordt, uiterlijk een maand voor het einde van de voorlopige erkenningstermijn de beslissing van de administrateur-generaal tot toekenning van de erkenning of de bijkomende erkenning aan de aanvrager bezorgd, of wordt zijn voornemen tot weigering van de erkenning of de bijkomende erkenning met een aangetekende zending betekend aan de aanvrager.

Artikel 5 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op het voornemen.

§ 2. De beslissing tot erkenning of bijkomende erkenning vermeldt het aantal bedden, plaatsen of entiteiten waarvoor de erkenning of de bijkomende erkenning verleend wordt.

De erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen en van initiatieven van beschut wonen wordt verleend voor een termijn van maximaal zes jaar en kan worden verlengd.

De bijkomende erkenning voor woonzorgcentra wordt voor onbepaalde duur verleend.

§ 3. Een erkenning of een bijkomende erkenning kan verleend worden zonder voorafgaandelijke voorlopige erkenning of voorlopige bijkomende erkenning indien het gaat om een bijkomende capaciteitsuitbreiding in een bestaand woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning. Hiervoor dient een aanvraag ingediend te worden conform artikel 32, 1°. De aanvraag wordt behandeld conform artikel 32, laatste lid, en artikel 33.".

Art. 597. In hoofdstuk 3 van hetzelfde besluit wordt het opschrift van afdeling 5 vervangen door wat volgt:

"Afdeling 5. Schorsing van de bijkomende erkenning en intrekking van de bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum en schorsing en intrekking van de erkenning van een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief van beschut wonen of een samenwerkingsverband".

Art. 598. Artikel 40 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 40. Als een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief van beschut wonen, een samenwerkingsverband of de entiteiten met een bijkomende erkenning binnen een woonzorgcentrum niet langer voldoen aan de erkenningsvoorwaarden, kan het agentschap de beheersinstantie van de voorziening in kwestie met een aangetekende zending aanmanen om alle verplichtingen na te komen binnen een termijn die door het agentschap wordt bepaald.

Als ondanks die aanmaning de voorwaarden niet worden nageleefd, kan de erkenning of de bijkomende erkenning worden geschorst of ingetrokken.".

Art. 599. In artikel 41 van hetzelfde besluit worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, worden tussen het woord "erkenning" en het woord "te" de woorden "of de bijkomende erkenning" ingevoegd;

2° in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning";

3° in paragraaf 2, tweede lid, worden tussen het woord "erkenning" en de zinsnede ". Die termijn" de woorden "of de bijkomende erkenning" ingevoegd;

4° paragraaf 3 wordt vervangen door wat volgt:

"§ 3. De beslissing tot intrekking van de erkenning of de bijkomende erkenning heeft uitwerking op de datum, vermeld in de beslissing. De beslissing tot de intrekking van de erkenning of de bijkomende erkenning heeft het verlies van de erkenning of de bijkomende erkenning tot gevolg vanaf de datum, vermeld in die beslissing.";

5° paragraaf 4 wordt vervangen door wat volgt:

"§ 4. De beslissing tot intrekken of schorsen van de erkenning van een woonzorgcentrum, geeft van rechtswege de intrekking of de schorsing van de bijkomende erkenning van het woonzorgcentrum tot gevolg. De regelgeving betreffende intrekken en schorsen van woonzorgcentra zijn van toepassing.

Als de erkenning of de bijkomende erkenning wordt geweigerd, gewijzigd, geschorst of ingetrokken, kan een instelling geen aanspraak maken op vergoeding.".

Art. 600. In artikel 43 van hetzelfde besluit worden tussen het woord "erkenning" en het woord "in" de woorden "of de bijkomende erkenning" ingevoegd.

Art. 601. In hoofdstuk 3 van hetzelfde besluit wordt het opschrift van afdeling 6 vervangen door wat volgt:

"Afdeling 6. Sluiting van een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een initiatief van beschut wonen".

Art. 602. In artikel 45 van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen door wat volgt:

"De beslissing tot weigering, verlenging, of intrekking van de bijkomende erkenning heeft voor een woonzorgcentrum het verlies van de bijkomende erkenning tot gevolg en de voorziening mag niet langer als woonzorgcentrum met bijkomende erkenning uitgebaat worden.".

Art. 603. Artikel 46 tot en met 48 van hetzelfde besluit worden vervangen door wat volgt:

"Art. 46. Als een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een initiatief van beschut wonen, waarvan de erkenning of ingeval van een woonzorgcentrum de bijkomende erkenning ingetrokken is, binnen twee jaar na de datum van de intrekking of, in voorkomend geval, van het arrest van de Raad van State dat uitgesproken is met toepassing van artikel 14 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, geen nieuwe erkenning of bijkomende erkenning heeft gekregen, vervalt ook de planningsvergunning waarop de oorspronkelijke erkenning of bijkomende erkenning gebaseerd was.

Art. 47. De beslissing tot intrekken van de bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum en de beslissing tot sluiting als psychiatrisch verzorgingstehuis of als initiatief van beschut wonen wordt, met vermelding van de datum van de kennisgeving, bij uittreksel bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 48. De administrateur-generaal kan bij de betekening van het voornemen tot weigering van de erkenning of de bijkomende erkenning, tot weigering van de verlenging van de erkenning of de bijkomende erkenning of tot intrekking van de erkenning of de bijkomende erkenning vanwege dringende redenen ter bescherming van de volksgezondheid en de veiligheid van de gebruikers bepalen dat alle activiteiten in het woonzorgcentrum, het psychiatrisch verzorgingstehuis of het initiatief van beschut wonen, dat door het voornemen getroffen wordt, onmiddellijk beëindigd moeten worden, in afwachting van een beslissing over de erkenning of de bijkomende erkenning, de verlenging of de intrekking van de erkenning of de bijkomende erkenning.

De schriftelijke aanmaning, vermeld in artikel 40, is in dit geval niet van toepassing.

De beheersinstantie van de voorziening zorgt voor de onmiddellijke evacuatie van de opgenomen patiënten of bewoners.".

Art. 604. In artikel 52, eerste lid, van hetzelfde besluit worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Deel 24. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 houdende de regels voor de erkenning van meerdere vestigingen van een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een rust- en verzorgingstehuis als één woonzorgcentrum, één centrum voor kortverblijf of één rust- en verzorgingstehuis

Art. 605. In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 houdende de regels voor de erkenning van meerdere vestigingen van een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een rust- en verzorgingstehuis als één woonzorgcentrum, één centrum voor kortverblijf of één rust- en verzorgingstehuis worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" telkens vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Art. 606. In hetzelfde besluit wordt het opschrift van hoofdstuk 4 vervangen door wat volgt:

"Hoofdstuk 4. Erkenning van meerdere vestigingen als woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Art. 607. Artikel 7 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 7. Op de bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum dat voor meerdere vestigingen is erkend, zijn de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen van toepassing, met dien verstande dat:

1° de eerste aanvraag tot erkenning voor elke vestiging van het woonzorgcentrum de documenten, vermeld in artikel 32, 1°, van het voormelde besluit, bevat;

2° het onderzoek naar de naleving van de gestelde erkenningsnormen en -voorwaarden, vermeld in artikel 36 van het voormelde besluit, voor elk van de vestigingen van het woonzorgcentrum afzonderlijk plaatsvindt;

3° de bepalingen van hoofdstuk III, afdeling 5, 6 en 7, van het voormelde besluit op elk van de vestigingen van het woonzorgcentrum afzonderlijk kunnen worden toegepast.".

Art. 608. Artikel 8 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 8. Elke vestiging van een woonzorgcentrum dat erkend is als een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, voldoet aan de bijkomende erkenningsvoorwaarden, vermeld in hoofdstuk III/1 van bijlage XII van het besluit van 24 juli 2009.".

Art. 609. Artikel 9 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 9. Als voor een vestiging van een erkend woonzorgcentrum, dat ook de bijkomende erkenning heeft gekregen, vermeld in artikel 10/4 van het besluit van 24 juli 2009, de erkenning als woonzorgcentrum wordt ingetrokken met toepassing van artikel 4, § 2, van dit besluit, wordt voor die vestiging ook de bijkomende erkenning ingetrokken. Het aantal woongelegenheden dat in die vestiging erkend was als een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, kan niet met behoud van die erkenning worden uitgebaat in de andere vestigingen van het woonzorgcentrum.".

Deel 25. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 november 2015 betreffende de omzetting van voorafgaande vergunningen of erkenningen voor centra voor kortverblijf of woonzorgcentra en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra

Art. 610. In artikel 2, eerste lid, en artikel 3, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 november 2015 betreffende de omzetting van voorafgaande vergunningen of erkenningen voor centra voor kortverblijf of woonzorgcentra en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "psychiatrisch verzorgingstehuis of een bijkomende erkenning voor een woonzorgcentrum".

Deel 26. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 tot uitvoering van het decreet van 25 april 2014 betreffende de omgevingsvergunning

Art. 611. In artikel 35, § 15, 1°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 tot uitvoering van het decreet van 25 april 2014 betreffende de omgevingsvergunning worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning".

Deel 27. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap

Art. 612. In artikel 15 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap wordt het eerste lid vervangen door wat volgt:

"Een MFC bezorgt aan het agentschap de wettelijk vereiste gegevens, vermeld in artikel 185 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.".

Deel 28. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de planning van bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis

Art. 613. Artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de planning van bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1° rust- en verzorgingstehuis: een instelling die conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels zoals van toepassing op 31 december 2018, beschikt over een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis;

2° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.".

Art. 614. In artikel 2 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 17 februari 2017 en 25 mei 2018, wordt een vierde lid toegevoegd dat luidt volgt:

"Het maximaal te erkennen woongelegenheden erkend als woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning wordt met ingang van 1 januari 2019 vastgelegd op 47.773 woongelegenheden.".

Art. 615. In artikel 4 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 februari 2017 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het derde lid wordt vervangen door wat volgt:

"Artikel 2, derde lid, heeft uitwerking met ingang van 1 april 2018 en treedt buiten werking op 1 januari 2019.";

2° er wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

" Artikel 2, vierde lid, treedt in werking op 1 januari 2019.".

Deel 29. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de toekenning en de erkenning van bijkomende bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis

Art. 616. In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de toekenning en de erkenning van bijkomende bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis worden de woorden "bijkomende bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "bijkomende en vrijgekomen woongelegenheden met een bijkomende erkenning".

Art. 617. In artikel 1 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 28 april 2017 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 4° worden de woorden "rust- en verzorgingstehuizen" vervangen door de woorden "woonzorgcentra met een bijkomende erkenning";

2° punt 5° tot en met 7° worden vervangen door wat volgt:

"5° woonzorgcentrum: een voorziening als vermeld in artikel 37 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, die al dan niet uit verschillende vestigingen bestaat;

6° woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning: woonzorgcentrum als vermeld in artikel 52/1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

7° bijkomende woongelegenheden met een bijkomende erkenning: de woongelegenheden met een bijkomende erkenning die opgenomen zijn in de planning waarvoor nog geen bijkomende erkenning voor een woonzorgcentrum of geen planningsvergunning werd verleend;";

3° in punt 8° wordt het woord "bedden" telkens vervangen door de woorden "woongelegenheden met een bijkomende erkenning";

4° er wordt een punt 9° toegevoegd dat luidt als volgt:

"9° woongelegenheid met een bijkomende erkenning: een woongelegenheid waarop, conform artikel 10/4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, de bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum betrekking heeft.".

Art. 618. In artikel 2, tweede lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 1° wordt vervangen door wat volgt:

"1° voor de berekening van de verdeling van het aantal bijkomende en vrijgekomen woongelegenheden met een bijkomende erkenning tussen woonzorgcentra die nog geen bijkomende erkenning hebben of nog niet over een planningsvergunning beschikken en de woonzorgcentra die wel al een bijkomende erkenning hebben of over een planningsvergunning beschikken: de berekening wordt afgerond naar het bovenliggende veelvoud van 25;";

2° in punt 3° wordt het woord "RVT-dekkingsgraad" vervangen door de woorden "dekkingsgraad voor zware zorgprofielen";

3° in punt 4° worden de woorden "bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woongelegenheden met een bijkomende erkenning".

Art. 619. In artikel 3 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, worden de woorden "bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woongelegenheden met een bijkomende erkenning".

Art. 620. In artikel 4 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1 wordt vervangen door wat volgt:

"§ 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° bewoners met een zorgprofiel B, C, Cd of D: de bewoners met een afhankelijkheidscategorie als vermeld in artikel 425, 3° tot en met 6° van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

2° referentieperiode: de referentieperiode, vermeld in artikel 1, 45°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, die afhankelijk van de aard van de woongelegenheid in kwestie het volgende inhoudt:

a) voor de bijkomende woongelegenheden met een bijkomende erkenning: de meest recente afgesloten referentieperiode vanaf de inwerkingtreding van de geldende planning en rekening houdende met de termijn, vermeld in artikel 454, tweede lid, van het voormelde besluit;

b) voor de vrijgekomen woongelegenheden met een bijkomende erkenning: de meest recente afgesloten referentieperiode op 1 januari volgend op het jaar waarin de planningsvergunning vervallen is.";

2° in paragraaf 2 wordt de woorden "bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" vervangen door de woorden "woongelegenheden met een bijkomende erkenning";

3° paragraaf 4 en 5 worden vervangen door wat volgt:

"§ 4. Een derde van de bijkomende of vrijgekomen woongelegenheden met een bijkomende erkenning die opgenomen zijn in de planning wordt toegewezen aan woonzorgcentra die op het einde van de referentieperiode nog geen bijkomende erkenning hebben en niet beschikken over een planningsvergunning en tijdens de referentieperiode minstens gemiddeld 25 bewoners huisvestten met een zorgprofiel B, C, Cd en D.

Er worden 25 woongelegenheden met een bijkomende erkenning toegekend aan de woonzorgcentra die in aanmerking komen conform de criteria, vermeld in het eerste lid.

Als de beschikbare middelen onvoldoende zijn om aan elk woonzorgcentrum dat in aanmerking komt 25 woongelegenheden met een bijkomende erkenning toe te kennen, wordt voorrang gegeven aan die woonzorgcentra waar het aantal bewoners met een zorgprofiel B, C, Cd en D het hoogste is ten opzichte van het totale aantal bewoners van het woonzorgcentrum tijdens de referentieperiode zonder rekening te houden met de bewoners die verblijven in woongelegenheden met een bijzondere erkenning als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, vermeld in artikel 3*bis* van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels.

§ 5. Het saldo wordt toegekend aan woonzorgcentra die een bijkomende erkenning hebben of over een planningsvergunning beschikken op het einde van de referentieperiode.

Woonzorgcentra met een lagere dekkingsgraad voor zware zorgprofielen genieten een hogere prioriteit dan woonzorgcentra met een hogere dekkingsgraad voor zware zorgprofielen.

De dekkingsgraad voor zware zorgprofielen wordt als volgt berekend: het aantal woongelegenheden met een bijkomende erkenning, met uitzondering van de woongelegenheden met een bijzondere erkenning als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, vermeld in artikel 3*bis* van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, plus het aantal woongelegenheden met een planningsvergunning op het einde van de referentieperiode, gedeeld door het gemiddelde aantal bewoners met een zorgprofiel B, C, Cd, of D in ROB en RVT tijdens de referentieperiode.

Als meerdere woonzorgcentra in aanmerking komen, wordt voorrang gegeven aan die woonzorgcentra waar het aantal bewoners met een zorgprofiel B, C, Cd en D het hoogste is ten opzichte van het totale aantal bewoners van het woonzorgcentrum tijdens de referentieperiode.";

4° in paragraaf 6 en 7 worden de woorden "erkenning als rust- en verzorgingstehuis" telkens vervangen door de woorden "bijkomende erkenning".

Art. 621. In artikel 5 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, wordt het woord "bedden" telkens vervangen door de woorden "woongelegenheden met een bijkomende erkenning".

Art. 622. In artikel 7 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 25 mei 2018, worden de volgende wijzingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) de zinsnede "Woonzorgcentra die nog niet erkend zijn als rust- en verzorgingstehuis en die met toepassing van artikel 5 van dit besluit een voornemen tot planningsvergunning ontvangen, kunnen voor de bijkomende of vrijgekomen bedden erkend worden als rust- en verzorgingstehuis, als ze voldoen aan al de volgende voorwaarden:" vervangen door de zinsnede "Woonzorgcentra die nog geen bijkomende erkenning hebben en die met toepassing van artikel 5 van dit besluit een voornemen tot planningsvergunning ontvangen, kunnen voor de bijkomende of vrijgekomen woongelegenheden een bijkomende erkenning krijgen, als ze voldoen aan al de volgende voorwaarden:";

b) in punt 2° worden het woord "RVT-middelen" vervangen door de woorden "middelen voor de woongelegenheden met een bijkomende erkenning";

2° in paragraaf 2 worden volgende wijzigingen aangebracht:

a) het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

"Woonzorgcentra die een bijkomende erkenning hebben en die met toepassing van artikel 5 een voornemen tot planningsvergunning ontvangen, kunnen voor de bijkomende of vrijgekomen woongelegenheden een bijkomende erkenning krijgen, op voorwaarde dat ze een aanvraag tot erkenning aangetekend indienen bij het agentschap.";

b) punt 3° van het tweede lid wordt vervangen door wat volgt:

"3° voor woonzorgcentra die met toepassing van artikel 5 van dit besluit een voornemen tot planningsvergunning ontvangen voor vijf of meer woongelegenheden met een bijkomende erkenning:

a) het verslag van de gebruikersraad waaruit blijkt dat de gebruikers geïnformeerd zijn over de bestemming van de bijkomende middelen voor de woongelegenheden met een bijkomende erkenning;

b) een attest waarin bevestigd wordt dat er een overleg heeft plaatsgehad met de representatieve vertegenwoordigers van de werknemers, of bij ontstentenis hiervan met de werknemers zelf, over hoe de bijkomende middelen voor de woongelegenheden met een bijkomende erkenning besteed zullen worden, en waarbij voor die besteding gekozen werd tussen bijkomende tewerkstelling met vermelding van het aantal VTE op jaarbasis, een vermindering van het verlies en/of een verlaging van de dagprijs met vermelding van het aantal euro waarvoor een dagprijsaanpassing wordt aangevraagd.";

3° in paragraaf 3 worden de woorden "rust- en verzorgingstehuis" telkens vervangen door de woorden "woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning" en wordt het woord "bedden" vervangen door de woorden "woongelegenheden met een bijkomende erkenning";

4° paragraaf 4 en 5 worden vervangen door wat volgt:

"§ 4. Voor woonzorgcentra waarvoor een procedure tot weigering, schorsing of intrekking van de erkenning loopt, wordt de bijkomende erkenning van de woongelegenheden waarvoor het woonzorgcentrum met toepassing van artikel 5 een voornemen tot planningsvergunning heeft ontvangen, opgeschort in afwachting van de beslissing in dat dossier. De beslissing over de weigering, schorsing en intrekking van de erkenning vermeldt of en, als dat van toepassing is, vanaf welke ingangsdatum de bijkomende erkenning voor de woongelegenheden waarvoor de initiatiefnemer met toepassing van artikel 5 een voornemen tot planningsvergunning heeft ontvangen kan worden aangevraagd.

§ 5. Voor bijkomende woongelegenheden met een bijkomende erkenning hebben de woonzorgcentra de keuze om de erkenning te laten ingaan op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober van het jaar waarin de bijkomende woongelegenheden met een bijkomende erkenning zijn opgenomen in de planning.

In afwijking van het eerste lid hebben de woonzorgcentra voor de bijkomende woongelegenhedenmet een bijkomende erkenning in 2018 de keuze om de erkenning te laten ingaan op 1 april 2018, 1 juli 2018 of 1 oktober 2018.

Voor vrijgekomen woongelegenheden met een bijkomende erkenninghebben de woonzorgcentra de keuze om de bijkomende erkenning te laten ingaan op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober volgend op het jaar waarin de planningsvergunning vervalt.".

Art. 623. In artikel 8 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 28 april 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1 wordt vervangen door wat volgt:

"§ 1. In afwijking van artikel 12 van het besluit van de Vlaamse Regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor het verkrijgen van een planningsvergunning en een exploitatievergunning voor intramurale en transmurale voorzieningen in de gezondheidszorg vervalt de planningsvergunning als de initiatiefnemer niet binnen vier maanden na ontvangst van het voornemen tot planningsvergunning een aanvraag tot voorlopige erkenning of een aanvraag tot erkenning als vermeld in artikel 7, aan het agentschap bezorgt.

Voor woonzorgcentra waarvoor een weigering, een procedure tot weigering, schorsing of intrekking van de erkenning loopt en waarvoor met toepassing van artikel 7, § 4, de bijkomende erkenning van de woongelegenheden waarvoor het woonzorgcentrum met toepassing van artikel 5 een voornemen tot planningsvergunning ontvangt, is opgeschort, vervalt de planningsvergunning als de initiatiefnemer niet binnen vier maanden na de ontvangst van de beslissing over de weigering, schorsing of intrekking van de, een aanvraag tot (voorlopige) erkenning, vermeld in artikel 7, aan het agentschap bezorgt.

Voor woonzorgcentra waarvoor een weigering, een procedure tot weigering, schorsing of intrekking van de erkenning loopt en waarvoor met toepassing van artikel 7, § 4, de bijkomende erkenning van de woongelegenheden waarvoor het woonzorgcentrum met toepassing van artikel 5 een voornemen tot planningsvergunning ontvangt, vervalt de planningsvergunning als de beslissing over de weigering, schorsing of intrekking van de erkenning vermeldt dat de woongelegenheden waarvoor de initiatiefnemer met toepassing van artikel 5 een voornemen tot planningsvergunning heeft ontvangen, niet erkend kunnen worden.";

2° in paragraaf 2, eerste lid, wordt het woord "Bedden" vervangen door de woorden "Bijkomende of vrijgekomen woongelegenheden met een bijkomende erkenning".

Deel 30. — Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2018 houdende de toepassing van het cumulverbod en de verschilregel voor het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Art. 624. In artikel 1, 5°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2018 houdende de toepassing van het cumulverbod en de verschilregel voor het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, wordt de zinsnede "het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Art. 625. In artikel 2, eerste lid, 1°, van hetzelfde besluit, wordt de zinsnede "het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming" vervangen door de zinsnede "het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming".

Deel 31. — Wijziging 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

Art. 626. In 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, het laatst gewijzigd bij de verordening van 17 september 2018, wordt hoofdstuk VI, dat bestaat uit artikel 15 tot en met 18, opgeheven.

Boek 5. — Slotbepalingen

Deel 1. — Opheffingsbepaling

Art. 627. De volgende regelingen worden opgeheven:

1° het koninklijk besluit van 13 mei 1996 houdende procedure tot vaststelling van de inbreuk en het uitspreken van de administratieve geldboete van toepassing op de rustoorden voor bejaarden en de erkende rust- en verzorgingstehuizen;

2° het koninklijk besluit van 9 juli 2003 tot uitvoering van artikel 69, § 4, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 september 2006;

3° het koninklijk besluit van 21 augustus 2008 tot uitvoering van artikel 37*quater*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de zorgverleners bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12°, van dezelfde wet, gewijzigd bij koninklijk besluit van 11 februari 2013;

4° het koninklijk besluit van 12 oktober 2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de reiskosten van rechthebbenden die opgenomen zijn in een centrum voor dagverzorging;

5° het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 7 juli 2017, 22 september 2017, 10 november 2017, 17 november 2017, 1 december 2017 en 22 juni 2018;

6° het ministerieel besluit van 22 juni 2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de centra voor dagverzorging, het laatst gewijzigd bij het ministrieel besluit van 16 april 2013;

7° het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, het laatst gewijzigd bij het besluit van Vlaamse Regering van 16 september 2016.

Deel 2. — Overgangsbepalingen

Art. 628. Voor de toepassing van dit besluit wordt de zorgverzekeringstegemoetkoming, die toegekend wordt vóór 1 januari 2019 ter uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gelijkgesteld met het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, vermeld in dit besluit.

Art. 629. Voor de toepassing van dit besluit wordt de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, die toegekend wordt vóór 1 januari 2019 ter uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gelijkgesteld met het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, vermeld in dit besluit.

Art. 630. Voor de uitvoering van de taken, vermeld in artikel 512 tot en met 519 van dit besluit, wordt de functie van de Zorgkassencommissie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 juni 2019 uitgeoefend door de leden van het Nationaal college van adviserend geneesheren of door de leden van de lokale colleges. Artikel 121 en 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 zijn van overeenkomstige toepassing bij de uitvoering van die taken.

Art. 631. Voor de uitvoering van de taken, vermeld in artikel 260, 391 en 397 van dit besluit, wordt de functie van de Zorgkassencommissie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 juni 2019 uitgeoefend door de adviserend-arts van het ziekenfonds dat verwant is met de zorgkas van de gebruiker. Dossiers van de Vlaamse Zorgkas worden op willekeurige wijze verdeeld onder de ziekenfondsen die verwant zijn met de andere zorgkassen.

In afwijking van het eerste lid kan de functie van de Zorgkassencommissie ook worden uitgeoefend door een expert die verbonden is aan de zorgkas zelf, voor controles die conform de bepalingen van dit besluit monodisciplinair gebeuren.

Art. 632. De verzekeringsinstellingen behandelen dossiers inzake subrogatie verder conform artikel 136, § 2, van de Ziekteverzekeringswet, wat prestaties betreft die dateren van voor 1 januari 2019.

Art. 633. Voor de personen die voor de maand december 2016 een zorgverzekeringstegemoetkoming uitbetaald kregen en die voor of op 1 januari 2017 gestart zijn met een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, worden de zorgverzekeringstegemoetkomingen verder uitgevoerd als ze voldoen aan de bepalingen, vermeld in of bepaald krachtens artikel 41 van het decreet van 18 mei 2018, en aan de toepassingsvoorwaarden, vermeld in of bepaald krachtens artikel 78 en 79 van het voormelde decreet. Die verdere uitvoering stopt als ze na 1 januari 2017 en na een herzieningsprocedure een hoger budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning ontvangen.

Het aantal maanden zorgverzekeringstegemoetkomingen voor 2016 conform artikel 73 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, wordt ook verder uitgevoerd als de personen aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° ze krijgen in 2016 een zorgverzekeringstegemoetkoming uitbetaald conform het voormelde artikel 73;

2° ze starten vóór of op 1 januari 2017 met een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;

3° ze voldoen aan de bepalingen, vermeld in of bepaald krachtens artikel 41 van het decreet van 18 mei 2018 en aan de toepassingsvoorwaarden, vermeld in of bepaald krachtens artikel 78 en 79 van het voormelde decreet

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

Art. 634. Voor de personen die op 31 december 2016 recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, en die op 1 januari 2017 niet bij de Vlaamse sociale bescherming kunnen aansluiten omdat ze niet onder het toepassingsgebied van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming vallen, of die op 1 januari 2017 niet aan de voorwaarde voldoen, vermeld in artikel 41, § 1, eerste lid, 4°, van het decreet van 18 mei 2018, worden de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden krachtens het decreet van 18 mei 2018 ook na 31 december 2016 verder uitgevoerd, als ze een verminderde zelfredzaamheid blijven hebben.

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

Art. 635. De termijn van ononderbroken aansluiting voorafgaand aan de opening van het recht op een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of op een basisondersteuningsbudget, vermeld in artikel 41, § 1, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, is niet van toepassing op de personen, vermeld in artikel 3, § 1, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, als ze vóór de datum van 1 januari 2020 aansluiten bij een zorgkas van hun keuze.

De termijn van ononderbroken aansluiting voorafgaand aan de opening van het recht op een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen of een tegemoetkoming voor residentiële ouderenzorg, vermeld in artikel 41, § 1, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, is niet van toepassing op personen, vermeld in artikel 3, § 1, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, als ze voor 1 januari 2022 aansluiten bij een zorgkas van hun keuze.

De termijn van ononderbroken aansluiting voorafgaand aan de opening van het recht op een zorgbudget, vermeld in artikel 41, § 1, derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, is niet van toepassing op de personen, vermeld in artikel 3, § 1, derde en vierde lid van het decreet van 18 mei 2018, als ze voor 1 januari 2022 aansluiten bij een zorgkas van hun keuze.

Art. 636. De volgende beslissingen worden gelijkgesteld met een attest als vermeld in artikel 233, 1°, van dit besluit :

1° de beslissing waaruit blijkt dat de deskundigencommissie de inschaling van het persoonlijke-assistentiebudget heeft vastgesteld met toepassing van artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 houdende vaststelling van de voorwaarden van toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan personen met een handicap, zoals van toepassing op 31 maart 2016;

2° de beslissing waaruit blijkt dat aan een gebruiker een persoonsgebonden budget is toegekend, met toepassing van artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 november 2008 betreffende het opzetten van een experiment voor de toekenning van een persoonsgebonden budget aan bepaalde personen met een handicap;

3° de beslissing waaruit blijkt dat aan een gebruiker een ondersteuningsveld is toegekend hoger dan Z7 als vermeld in de bijlage bij het ministerieel besluit van 1 maart 2012 houdende vaststelling van de ondersteuningsvelden;

4° het indicatiestellingsverslag, vermeld in artikel 1, 17°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 21 februari 2014 betreffende de integrale jeugdhulp, waaruit blijkt dat een gebruiker in aanmerking komt voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpverlening die wordt aangeboden met toepassing van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Art. 637. Het basisondersteuningsbudget wordt geleidelijk ingevoerd. Om die geleidelijke invoering mogelijk te maken, moet een gebruiker voor de periode tot en met het begrotingsjaar 2020 voldoen aan de aanvullende cumulatieve voorwaarden, vermeld in artikel 638 tot en met 641 van dit besluit, aanvullend op de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap.

Art. 638. Vanaf 1 augustus 2016 wordt het recht op een basisondersteuningsbudget geopend voor meerderjarige personen die voldoen aan de volgende aanvullende cumulatieve voorwaarden:

1° voldoen aan de voorwaarde, vermeld in artikel 233 van dit besluit;

2° op 31 december 2014 en op 1 januari 2016 geregistreerd staan in de centrale gegevensbank, vermeld in artikel 1, 11°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2006 betreffende de regie van de zorg en bijstand tot sociale integratie van personen met een handicap en betreffende de erkenning en subsidiëring van een Vlaams Platform van verenigingen van personen met een handicap, met een van de volgende actieve zorgvragen :

a) een ambulante begeleiding vanuit een dagcentrum;

b) een persoonlijke-assistentiebudget;

c) een observatie-unit voor volwassenen;

d) begeleid wonen;

e) beschermd wonen, DIO of geïntegreerd wonen;

f) tehuis werkenden;

g) dagcentrum;

h) zelfstandig wonen;

i) tehuis niet-werkenden bezigheid;

j) tehuis niet-werkenden nursing;

3° op het moment van de toekenning van het basisondersteuningsbudget:

a) niet gebruikmaken van een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in artikel 16, 2°, van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, zoals van toepassing op 31 maart 2016, of als vermeld in hoofdstuk IV/1 van het voormelde decreet;

b) niet gebruikmaken van een persoonsgebonden budget met toepassing van artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 november 2008 betreffende het opzetten van een experiment voor de toekenning van een persoonsgebonden budget aan bepaalde personen met een handicap, zoals van toepassing op 31 december 2016;

c) niet ondersteund worden door een flexibel aanbodcentrum meerderjarigen met toepassing van artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van flexibele aanbodcentra voor meerderjarige personen met een handicap, zoals van toepassing op 31 december 2016;

d) niet ondersteund worden door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of 9, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;

e) niet gebruikmaken van persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;

f) niet gebruikmaken van een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;

g) niet gebruikmaken van een unit voor geïnterneerden als vermeld in artikel 11 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 november 2017 over de erkenning en subsidiëring van voorzieningen die ondersteuning bieden aan personen met een handicap in de gevangenis, en van units voor geïnterneerden;

h) niet gebruikmaken van een observatie-, diagnose- en behandelingsunit als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 december 2017 over de erkenning en subsidiëring van observatie-, diagnose- en behandelingsunits.

Art. 639. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning:

1° een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in hoofdstuk IV/1 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

2° ondersteuning door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of 9, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;

3° persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;

4° een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

§ 2. Het recht op een basisondersteuningsbudget wordt geopend voor personen die gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning en die ondersteuning vrijwillig stopzetten met het oog op het verkrijgen van een basisondersteuningsbudget, als ze voldoen aan de volgende aanvullende cumulatieve voorwaarden :

1° op of na 1 januari 2017 gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, met uitzondering van crisishulpverlening;

2° het gebruik van de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, vermeld in punt 1°, na de inwerkingtreding van dit artikel vrijwillig stopzetten door de stopzetting en de datum van de stopzetting te melden aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

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

Art. 640. Vanaf 1 december 2016 wordt het recht op een basisondersteuningsbudget geopend voor minderjarige personen die voldoen aan de volgende aanvullende cumulatieve voorwaarden:

1° voldoen aan de voorwaarde, vermeld in artikel 233 van dit besluit;

2° zich in een van de volgende gevallen bevinden op 30 juni 2015 :

a) ingeschreven zijn op de intersectorale registratielijst, vermeld in artikel 2, § 1, 25°, van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp;

b) beschikken over een indicatiestellingsverslag waaruit blijkt dat de minderjarige in aanmerking komt voor een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in artikel 16, 2°, van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, zoals van toepassing op 30 juni 2015;

3° op het moment van de toekenning van het basisondersteuningsbudget niet gebruikmaken van:

a) een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in hoofdstuk IV/1 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

b) ondersteuning door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of 9, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;

c) persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden.

Art. 641. Vanaf 1 augustus 2017 wordt het recht op een basisondersteuningsbudget geopend voor :

1° personen met een attest verhoogde kinderbijslag van minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3, die niet gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;

2° aan jongvolwassenen van 21 tot en met 25 jaar die beschikken over een score van minstens twaalf punten op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming en die niet gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

De toekenningsbeslissing van de gebruikers, vermeld in het eerste lid, 2°, kan zonder leeftijdsvoorwaarden worden verlengd conform artikel 236.

Onder niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt verstaan:

1° een persoonlijke-assistentiebudget als vermeld in hoofdstuk IV/1 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

2° ondersteuning door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of artikel 9, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;

3° persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;

4° een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

Art. 642. De personen die zich vanaf 1 januari 2011 conform artikel 4, § 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering niet konden aansluiten, en die zorgverzekeringstegemoetkomingen kregen op 31 december 2010, zullen de lopende zorgverzekeringstegemoetkomingen verder toegekend krijgen, als ze:

1° de bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming blijven betalen voor 31 december van elk jaar waarin zorgverzekeringstegemoetkomingen worden toegekend;

2° getroffen blijven door een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

Art. 643. Zolang de leidend ambtenaar van het agentschap geen productlijst heeft opgemaakt conform artikel 359, wordt de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, die opgemaakt is conform artikel 28, § 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals van toepassing op 31 december 2018, beschouwd als productlijst in het kader van dit besluit.

In afwijking van artikel 360, § 2, worden aanvragers die vóór 1 januari 2019 een volledig ingevulde en ondertekende verklaring hebben ingediend bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering conform artikel 28, § 8, I, 4.1, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vrijgesteld van de verplichting om een verklaring in te dienen bij het agentschap.

Art. 644. § 1. Van 16 december 2018 tot en met 31 december 2018 kunnen de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen bij de verzekeringsinstellingen geen aanvragen indienen van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen.

De verzekeringsinstellingen sturen de aanvragen die worden ingediend in de periode van 16 december 2018 tot en met 31 december 2018 terug naar de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die de aanvraag heeft ingediend, met de vraag om de aanvraag vanaf 1 januari 2019 opnieuw in te dienen bij de zorgkas conform de bepalingen van dit besluit.

§ 2. De aanvragen van tegemoetkomingen voor de aankoop of huur van mobiliteitshulpmiddelen die zijn ingediend bij de verzekeringsinstellingen tot en met 15 december 2018, worden behandeld en beslist door de verzekeringsinstellingen conform de bepalingen van de Ziekteverzekeringswet en zijn uitvoeringsbesluiten.

Art. 645. De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt de facturen van tegemoetkomingen voor de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de aanvraag is ingediend bij de verzekeringsinstellingen uiterlijk op 15 december 2018, aan de verzekeringsinstelling in kwestie.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt de facturen van tegemoetkomingen voor de huur van mobiliteitshulpmiddelen waarvoor de aanvraag is ingediend bij de verzekeringsinstellingen uiterlijk op 15 december 2018, aan de verzekeringsinstelling in kwestie, voor zover de gefactureerde tegemoetkomingen betrekking hebben op prestaties in 2018.

De verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen bezorgt de facturen van tegemoetkomingen voor de huur van mobiliteitshulpmiddelen waarvoor een aanvraag is ingediend bij de verzekeringsinstellingen uiterlijk op 15 december 2018, aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkomingen betrekking hebben op prestaties vanaf januari 2019.

Art. 646. Tot en met 31 december 2019 aanvaarden en behandelen de zorgkassen aanvragen voor de aankoop of de huur van mobiliteitshulpmiddelen die ingediend worden met de documenten die vereist zijn conform de Ziekteverzekeringswet en zijn uitvoeringsbepalingen.

Art. 647. In afwijking van artikel 261, 2°, zijn de bepalingen van boek 2, deel 2, titel 3, hoofdstuk 1, tot en met 31 december 2021 alleen van toepassing op gebruikers vanaf 85 jaar.

In 2021 evalueert de Vlaamse Regering de verhuur van mobiliteitshulpmiddelen aan gebruikers vanaf 85 jaar. Bij een positieve evaluatie wordt de verhuur van mobiliteitshulpmiddelen uitgebreid tot de doelgroep vanaf 65 jaar met ingang van 1 januari 2022.

Art. 648. De huurforfaits, vermeld in artikel 262, § 3, van dit besluit, zijn vanaf 1 januari 2019 ook van toepassing op de huurovereenkomsten in het kader van mobiliteitshulpmiddelen die vóór 1 januari 2019 zijn gesloten conform artikel 28, § 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De huurovereenkomsten, vermeld in het eerste lid, moeten niet opnieuw worden ondertekend door de gebruiker en de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 649. Wat de huur van manuele rolstoelen betreft conform artikel 278, en artikel 314, § 1, en door gebruikers als vermeld in artikel 261, 2°, conform artikel 262, § 1, worden de periodieke huurforfaits, vermeld in artikel 262, § 3, en artikel 278, tweede lid, verhoogd met 20 euro voor de maanden januari 2019 tot en met december 2020.

Wat de huur van elektronische rolstoelen betreft conform artikel 278, worden de periodieke huurforfaits, vermeld in artikel 278, tweede lid, verhoogd met 200 euro voor de maanden januari 2019 tot en met december 2020.

Wat de huur van elektronische scooters betreft conform artikel 278, worden de periodieke huurforfaits, vermeld in artikel 278, tweede lid, verhoogd met 40 euro voor de maanden januari 2019 tot en met december 2020.

Art. 650. De volgende aanvragen van tegemoetkomingen worden verder behandeld, beslist en uitbetaald door het VAPH conform de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap zoals van toepassing vóór 1 januari 2019, op voorwaarde dat het dossier voor de aanvraag van het mobiliteitshulpmiddel wordt ingediend bij de verzekeringsinstelling van de gebruiker uiterlijk op 15 december 2018 en op voorwaarde dat het dossier voor de aanvraag van de tegemoetkoming volledig is bij het VAPH uiterlijk op 30 juni 2019:

1° aanvragen van tegemoetkomingen voor supplementen;

2° aanvragen van tegemoetkomingen voor:

a) zender geïntegreerd met rolstoelbesturing, afneembaar voor stand-alone;

b) zender geïntegreerd met rolstoelbesturing, niet afneembaar voor stand-alone;

c) aanvulling bij zender stand alone met dynamisch aanraakscherm : koppeling met rolstoelbesturing;

d) aanvulling bij zender stand-alone voor bediening via schakelaars (scanning): koppeling met rolstoelbesturing;

e) muisalternatief: bediening via de rolstoelbesturing;

f) aangepaste bediening smartphone of tablet: bediening via de rolstoelbesturing;

g) aanvulling bij aangepaste bediening smartphone of tablet: USB-lader op rolstoelbatterij.

De minister kan bepalen wanneer dossiers geacht worden volledig te zijn.

Voor de toepassing van dit artikel moet worden verstaan onder supplement: het gedeelte van de kosten dat niet vergoed wordt in het kader van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit voor een elektronische rolstoel of een manuele rolstoel die gedeeltelijk werd vergoed in het kader van de verplichte verzekering tegen ziekte in invaliditeit.

Art. 651. Aanvragen van tegemoetkomingen voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten worden verder behandeld en beslist door het VAPH conform de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap, zoals van toepassing vóór 1 januari 2019, op voorwaarde dat het dossier voor de aanvraag van het mobiliteitshulpmiddel waarop de aangevraagde tegemoetkoming voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten betrekking heeft, wordt ingediend bij de verzekeringsinstelling van de gebruiker uiterlijk op 15 december 2018 en het dossier voor de aanvraag van de tegemoetkoming voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten volledig is bij het VAPH uiterlijk op 30 juni 2019.

Als het gaat om een mobiliteitshulpmiddel waarvoor niet eerst een aanvraag van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit moet worden ingediend, moet, in afwijking van het eerste lid, het dossier voor de aanvraag van het mobiliteitshulpmiddel waarop de aangevraagde tegemoetkoming voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten betrekking heeft, worden ingediend bij het VAPH uiterlijk op 31 december 2018 en het dossier voor de aanvraag van de tegemoetkoming voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten volledig zijn bij het VAPH uiterlijk op 30 juni 2019.

De minister kan bepalen wanneer dossiers geacht worden volledig te zijn.

Art. 652. § 1. Voor gebruikers aan wie een mobiliteitshulpmiddel is verstrekt en aan wie door het VAPH een tegemoetkoming wordt verleend voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten vóór 1 januari 2019 of vanaf 1 januari 2019 conform artikel 651, wordt het deel van de tegemoetkoming dat nog niet is opgebruikt op 1 januari 2019 overgedragen en beschouwd als het bedrag dat ter beschikking staat van de gebruiker voor de vergoeding van onderhouds- en herstellingskosten als vermeld in artikel 328 en artikel 329.

De bepalingen van boek 2, deel 2, titel 4, hoofdstuk 7, zijn van overeenkomstige toepassing op de saldo's die worden overgedragen conform het eerste lid.

§ 2. In afwijking van artikel 329, § 2, gebeurt de vergoeding van onderhouds- en herstellingskosten met betrekking tot mobiliteitshulpmiddelen waarvoor een tegemoetkoming voor de vergoeding van onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten is toegekend conform de bepalingen van hoofdstuk 2 van bijlage II bij het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap, zoals van toepassing vóór 1 januari 2019, conform de voorwaarden, vermeld in het voormelde besluit, met dien verstande dat de gebruiker in voorkomend geval de betreffende factuur indient bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten en dat de terugbetaling van de factuur door de zorgkas gepaard gaat met de aftrek van het factuurbedrag van het bedrag dat ter beschikking staat voor onderhouds- en herstellingskosten.

De afwijking, vermeld in het eerste lid, wordt enkel toegepast tot een door de minister te bepalen tijdstip en enkel in de gevallen waarin de betreffende factuur niet wordt ingediend door een erkende verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen.

Art. 653. De volgende aanvragen worden verder behandeld, beslist en uitbetaald door het VAPH conform de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap zoals van toepassing vóór 1 januari 2019, op voorwaarde dat het dossier volledig is bij het VAPH uiterlijk op 31 december 2018.

1° aanvragen van tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen conform hoofdstuk 1 van bijlage II bij het voormelde besluit, met uitzondering van aanvragen van tegemoetkomingen voor supplementen;

2° aanvragen van tegemoetkomingen voor elektrische hoepelondersteuning;

3° aanvragen tot tenlasteneming van aanvullende onderhouds-, herstellings- en aanpassingskosten.

De minister kan bepalen wanneer dossiers geacht worden volledig te zijn.

Voor de toepassing van dit artikel moet worden verstaan onder supplement: het gedeelte van de kosten dat niet vergoed wordt in het kader van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit voor een elektronische rolstoel of een manuele rolstoel die gedeeltelijk werd vergoed in het kader van de verplichte verzekering tegen ziekte in invaliditeit.

Art. 654. De bedragen die worden uitbetaald ten gevolge van aanvragen van tegemoetkomingen waarover een beslissing wordt genomen door het VAPH na 31 december 2018, vallen ten laste van het agentschap.

Het VAPH factureert de bedragen, vermeld in het eerste lid, aan het agentschap.

Art. 655. Als de gebruiker een aanvraag van een tegemoetkoming heeft ingediend bij zijn verzekeringsinstelling of bij het VAPH en als over de aanvraag nog geen beslissing is genomen vóór 1 januari 2019, heeft hij de mogelijkheid om de aanvraag stop te zetten en een nieuwe aanvraag in te dienen bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten conform de bepalingen van dit besluit.

Art. 656. Zolang de in artikel 376, § 2, vereiste aanwezigheid van de handtekeningen van de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen en van de gebruiker op de aanvraag, ingediend bij de zorgkas via de digitale applicatie, onmogelijk is, geldt die aanvraag tot het bewijs van het tegendeel op basis van het ondertekende document, dat in originele of in elektronische vorm wordt bewaard door de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen conform artikel 397.

Art. 657. Tot en met 31 december 2021 kunnen de volgende categorieën van personen aanspraak maken op een tegemoetkoming in het kader van de residentiële ouderenzorg conform de bepalingen van boek 3, met dien verstande dat die personen zich administratief moeten aansluiten bij een zorgkas van hun keuze:

1° personen die in het Duitse taalgebied of in het Franse taalgebied wonen, op wie de Vlaamse sociale bescherming niet van toepassing is en die zorg ontvangen in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf, erkend door de Vlaamse Gemeenschap;

2° personen die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, die niet vrijwillig aangesloten zijn bij een zorgkas en die zorg ontvangen in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf, erkend door de Vlaamse Gemeenschap.

Art. 658. In afwijking van artikel 1, 29°, en tot een door de minister vast te stellen datum wordt voor de toepassing van dit besluit verstaan onder initiatiefnemer: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum uitbaat.

Art. 659. Tot en met 31 december 2019 is de waarde van J in de berekening van de basistegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, in voorkomend geval met het bijbehorende centrum voor kortverblijf, vermeld in artikel 473, § 3, gelijk aan nul.

Art. 660. De saldo's en eventuele terugvorderingen van de werkingssubsidies voor de centra voor kortverblijf voor het jaar 2018 worden afgehandeld conform hoofdstuk IV, afdeling I van de bijlage XI bij het besluit van 24 juli 2009 en het ministerieel besluit van 22 april 2015 tot vaststelling van de subsidiëringswijze van de centra voor kortverblijf zoals van toepassing op 31 december 2018.

Art. 661. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra kunnen de gebruikers die voor 1 januari 2019 al verblijven in de desbetreffende zorgvoorziening in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 januari 2019 digitaal aanmelden via de applicatie, vermeld in artikel 435, in afwijking van de aanmeldingstermijn, vermeld in artikel 435.

De minister kan de periode waarin de zorgvoorzieningen digitaal gebruikers kunnen aanmelden zoals vermeld in het eerste lid, verlengen.

Art. 662. De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra die de aanmelding van een gebruiker niet binnen de voorgeschreven termijnen hebben kunnen indienen, kunnen in de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 juni 2019 een aanvraag van afwijking van de termijn, vermeld in artikel 435, indienen bij de zorgkas. Als voorwaarde daarvoor geldt dat het niet nakomen van de termijnen te wijten is aan het nog niet in werking zijn van de digitale applicatie, vermeld in artikel 435, in de desbetreffende zorgvoorziening.

Als de zorgvoorziening voldoende bewijzen aanvoert om haar aanvraag van afwijking, vermeld in het eerste lid, te ondersteunen, dan kan de zorgkas alsnog de aanmelding van opname goedkeuren met ingang van de dag van opname van de gebruiker.

De minister kan de periode waarin een aanvraag van afwijking ingediend mag worden, vermeld in het eerste lid, verlengen.

Art. 663. In afwijking van artikel 454, derde lid en artikel 456, § 2, derde lid, zijn aanvullende gegevens of correcties van vroeger meegedeelde gegevens over de periode van 1 juli 2017 tot en met 30 juni 2018 nog ontvankelijk tot en met 10 januari 2019.

Art. 664. In afwijking van artikel 492, tweede lid, kunnen de personen die op 1 januari 2019 niet beschikken over een bachelordiploma, maar wel de specifieke opleiding hebben gevolgd die vereist wordt in hetzelfde artikel en die reeds voor 1 januari 2019 de opleiding, vermeld in artikel 492, tweede lid, gegeven hebben, gelijkgesteld worden door ervaring op vlak van palliatieve verzorging.

In afwijking van artikel 493, eerste lid, 2°, kunnen de personen die op 1 januari 2019 niet beschikken over een bachelordiploma, maar wel de specifieke opleiding hebben gevolgd die vereist wordt in hetzelfde artikel en die reeds voor 1 januari 2019 aangewezen waren als verantwoordelijke, vermeld in artikel 493, eerste lid, 2°, gelijkgesteld worden door ervaring op vlak van palliatieve verzorging.

Art. 665. Het ministerieel besluit van 9 december 2009 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de woonzorgcentra en het ministerieel besluit van 5 december 2012 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs of prijs per uur, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden die aangerekend worden in de dagverzorgingscentra blijven van kracht tot ze bij ministerieel besluit opgeheven worden.

Art. 666. De aanvragen van tegemoetkoming voor een verblijf in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum die betrekking hebben op een opname tot uiterlijk 31 december 2018, worden ingediend bij de verzekeringsinstellingen en behandeld en beslist door de verzekeringsinstellingen conform de bepalingen van de Ziekteverzekeringswet en zijn uitvoeringsbesluiten.

Art. 667. Het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum bezorgt tot en met 31 december 2020 de facturen aan de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft op prestaties 2018. De facturen worden behandeld door de verzekeringsinstellingen conform de bepalingen van de Ziekteverzekeringswet en zijn uitvoeringsbesluiten.

Deel 3. — Inwerkingtredingsbepaling

Art. 668. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019, met uitzondering van:

1° artikel 46, § 1, eerste lid, 4°, dat in werking treedt op een door de minister vast te stellen datum;

2° artikel 165, dat in werking treedt op 1 december 2019;

3° boek 2, deel 1, titel 1, hoofdstuk 4, dat in werking treedt op een door de minister vast te stellen datum voor wat betreft de toepassing op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;

4° artikel 473, § 1, 16°, en boek 3, deel 2, titel 3, hoofdstuk 1, afdeling 1, onderafdeling 17, die in werking treden op 1 januari 2020.

Art. 669. De Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, en de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, zijn, ieder wat hem of haar betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 30 november 2018.

De Minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 1. Tabel betreffende de omzetting, vermeld in artikel 231, §2, eerste lid.

Volle leeftijd van de verkrijger op de datum van het feit dat aanleiding heeft gegeven tot de uitbetaling	Procent voor omzetting van kapitalen of afkoopwaarden in een lijfrente	Volle leeftijd van de verkrijger op de datum van het feit dat aanleiding heeft gegeven tot de uitbetaling	Procent voor omzetting van kapitalen of afkoopwaarden in een lijfrente
0	4,7535	56	7,3965
1	4,7622	57	7,5521
2	4,7713	58	7,7172
3	4,7809	59	7,8925
4	4,7909	60	8,0787
5	4,8014	61	8,2766
6	4,8125	62	8,4869
7	4,8241	63	8,7106
8	4,8362	64	8,9487
9	4,8490	65	9,2021
10	4,8623	66	9,4721
11	4,8764	67	9,7598
12	4,8911	68	10,0665
13	4,9066	69	10,3936
14	4,9229	70	10,7427
15	4,9399	71	11,1154
16	4,9578	72	11,5134
17	4,9766	73	11,9387
18	4,9964	74	12,3933
19	5,0171	75	12,8795
20	5,0389	76	13,3994
21	5,0618	77	13,9558
22	5,0858	78	14,5513
23	5,1111	79	15,1887
24	5,1377	80	15,8712
25	5,1656	81	16,6020
26	5,1949	82	17,3845
27	5,2258	83	18,2225
28	5,2582	84	19,1198

29	5,2923	85	20,0804
30	5,3282	86	21,1085
31	5,3660	87	22,2084
32	5,4057	88	23,3845
33	5,4476	89	24,6414
34	5,4916	90	25,9836
35	5,5380	91	27,4157
36	5,5868	92	28,9419
37	5,6383	93	30,5665
38	5,6925	94	32,2933
39	5,7497	95	34,1259
40	5,8099	96	36,0670
41	5,8735	97	38,1187
42	5,9405	98	40,2823
43	6,0112	99	42,5577
44	6,0859	100	44,9438
45	6,1647	101	47,4381
46	6,2480	102	50,0367
47	6,3359	103	52,7355
48	6,4289	104	55,5321
49	6,5272	105	58,4333
50	6,6311	106	61,4794
51	6,7411	107	64,8168
52	6,8575	108	68,9976
53	6,9808	109	76,2770
54	7,1114	110	100
55	7,2497		

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 30 november 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 2. Tabel met de hernieuwingstermijnen zoals vermeld in artikel 322, §1, uitgedrukt in jaren.

Prestatie	termijn hernieuwing <12 jaar	termijn hernieuwing >12 en <18 jaar	termijn hernieuwing >18 en <65 jaar	termijn hernieuwing >65jaar
Manuele rolstoel				
Manuele standaardrolstoel (volwassene)		3	4	6
Tweede manuele standaardrolstoel (volwassene)		3	6	9
Manuele modulaire rolstoel (volwassene)		3	4	6
Tweede manuele modulaire rolstoel (volwassene)		3	6	9
Manuele verzorgingsrolstoel (volwassene)		3	4	6
Manuele actief rolstoel (volwassene)		3	4	6
Manuele actief rolstoel met individuele maatvoering (volwassene)		3	4	6
Rolstoel met mechanische sta-functie		3	4	6
Rolstoel met elektrische sta-functie		3	4	6
Standaard duwwandelwagen (type kinderrolstoel)	3	3		
Tweede standaard duwwandelwagen (type kinderrolstoel)	3	3		
Standaard duwwandelwagen - type buggy groot formaat (type kinderrolstoel)	3	3	4	6
Tweede standaard duwwandelwagen - type buggy groot formaat (type kinderrolstoel)	3	3	6	9
Modulaire duwwandelwagen (type kinderrolstoel)	3	3		
Tweede modulaire duwwandelwagen (type kinderrolstoel)	3	3		
Manuele standaard kinderrolstoel	3	3	4	6
Tweede manuele standaard kinderrolstoel	3	3	6	9
Manuele actief kinderrolstoel	3	3	4	6
Tweede manuele actief kinderrolstoel	3	3	6	9
Rolstoelonderstel voor zitschelp	3	3	5	5
Tweede rolstoelonderstel voor zitschelp	3	3	7,5	7,5
Rolstoelonderstel voor modulair aanpasbare ziteenheid	3	3	4	4
Elektronische rolstoel				
Elektronische rolstoel voor gebruik binnenshuis (volwassene)		3	5	7
Elektronische rolstoel voor gebruik binnen- en buitenshuis (volwassene)		3	5	7
Elektronische rolstoel voor gebruik buitenshuis (volwassene)		3	5	7
Elektronische kinderrolstoel voor gebruik binnenshuis	3	3	5	7
Elektronische kinderrolstoel voor gebruik binnen- en buitenshuis	3	3	5	7
Elektronische scooter				
Elektronische binnenscooter		4	4	6
Elektronische binnen/buiten scooter		6	6	6
Elektronische buitenscooter		6	6	6
Drie- of vierwielfiets en zitdriewielfiets				
Standaard drie- of vierwielfiets				
Standaard drie- of vierwielfiets voor een gebruiker met tussenbeenlengte van meer dan 70cm		4	8	8
Standaard drie- of vierwielfiets voor een gebruiker met tussenbeenlengte vanaf 50cm tot en met 70cm	2	4	8	8
Standaard drie- of vierwielfiets voor een gebruiker met tussenbeenlengte minder dan 50cm	2	4	8	8
Zitdriewielfiets – bovenstuur (hoge positie)				
Zitdriewielfiets met bovenstuur in hoge positie, voor een gebruiker met tussenbeenlengte meer dan 70cm		4	8	8
Zitdriewielfiets met bovenstuur in hoge positie, voor een gebruiker met tussenbeenlengte tot en met 70cm	2	4	8	8
Zitdriewielfiets – met onderstuur en handvatten lateraal aan het zitgedeelte				
Zitdriewielfiets met onderstuur lateraal aan het zitgedeelte voor een gebruiker met tussenbeenlengte meer dan 70cm		4	8	8
Zitdriewielfiets met onderstuur lateraal aan het zitgedeelte voor een gebruiker met tussenbeenlengte tot en met 70cm	2	4	8	8
Zitdriewielfiets – met dubbel aandrijvingssysteem d.m.v. voet- en handtrappers				
Zitdriewielfiets met dubbel aandrijvingssysteem d.m.v. voet- en handtrappers voor een gebruiker met tussenbeenlengte meer dan 70cm		4	8	8
Loophulpmiddel				
Loophulpmiddel met 4 vaste steunen	3	3	4	6
Loophulpmiddel met 2 vaste steunen en 2 wielen zonder zit	3	3	4	6
Loophulpmiddel met 2 vaste steunen en 2 wielen met zit	3	3	4	6
Loophulpmiddel met 3 of 4 wielen	3	3	4	6
Loophulpmiddel met ondersteuning van de sta-functie	3	3	4	6
Loophulpmiddel met open looprichting	3	3	4	6
Stasysteem				
Elektrisch instelbare statafel		10	10	10
Zitkussen ter preventie van doorzitwonden				
Niet-individueel aanpasbaar antidecubituskussen	2	2	2	2
Niet-individueel aanpasbaar anatomisch gevormde antidecubituszit (geïntegreerd in rolstoel)	volgt de hernieuwingstermijn van de rolstoel			
Individueel aanpasbaar antidecubituskussen	3	3	3	3
Individueel aanpasbaar antidecubituskussen type luchtkussen met celstructuren of Flow-Fluid-gelkussen	3	3	3	3

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 30 november 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 3. Tabel met de mogelijke cumulaties van mobiliteitshulpmiddelen waarvoor tegemoetkomingen worden verleend, vermeld in artikel 241, § 2.

cumulregels	Elektrisch instelbare statafel	Loophulpmiddel	Standaard drie- of vierwielfiets voor een gebruiker met tussenbeenlengte van meer dan 70cm	Standaard drie- of vierwielfiets voor een gebruiker met tussenbeenlengte vanaf 50cm tot en met 70cm	Standaard drie- of vierwielfiets voor een gebruiker met tussenbeenlengte minder dan 50cm	zitdriewielfiets met bovenstuur in hoge positie, voor een gebruiker met tussenbeenlengte meer dan 70cm	Zitdriewielfiets met bovenstuur in hoge positie, voor een gebruiker met tussenbeenlengte tot en met 70cm	Zitdriewielfiets met onderstuur lateraal aan het zitgedeelte voor een gebruiker met tussenbeenlengte meer dan 70cm	Zitdriewielfiets met onderstuur lateraal aan het zitgedeelte voor een gebruiker met tussenbeenlengte tot en met 70cm	Zitdriewielfiets met dubbel aandrijvingssysteem d.m.v. voet- en handtrappers voor een gebruiker met tussenbeenlengte meer dan 70cm
Manuele standaardrolstoel (volwassene)		X	X	X		X	X	X	X	X
Manuele modulaire rolstoel (volwassene)	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Manuele verzorgingsrolstoel (volwassene)										
Manuele actief rolstoel (volwassene)	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Manuele actief rolstoel (volwassene) met individuele maatvoering	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Rolstoel met sta-functie										
Standaard duwwandelwagen (type kinderrolstoel)		X		X	X		X		X	
Modulaire duwwandelwagen (type kinderrolstoel)		X		X	X		X		X	
Standaard duwwandelwagen - type buggy groot formaat (type kinderrolstoel)		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manuele standaard kinderrolstoel	X	X		X	X		X		X	
Manuele actief kinderrolstoel	X	X		X	X		X		X	
Rolstoelonderstel voor zitschelp		X								
Rolstoelonderstel voor een modulair aanpasbare ziteenheid		X								
Elektronische rolstoel volwassene	X	X								
Elektronische kinderrolstoel	X	X		X	X		X		X	
Elektronische binnenscooter	X	X								
Elektronische binnen/buiten scooter en elektronische buitenscooter		X								
Loophulpmiddel			X	X	X	X	X	X	X	X

cumulregels doelgroep snel degeneratieve aandoeningen	Huurforfait voor een manuele rolstoel - doelgroep snel degeneratieve aandoening	Huurforfait voor een elektronische scooter - doelgroep snel degeneratieve aandoening	Huurforfait voor een elektronische rolstoel - doelgroep snel degeneratieve aandoening
Huurforfait voor een manuele rolstoel - doelgroep snel degeneratieve aandoening	X	X	X

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 30 november 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 4. Tabel met de mogelijke cumulaties van mobiliteitshulpmiddelen met een tweede rolstoel waarvoor tegemoetkomingen worden verleend, vermeld in artikel 334, tweede lid.

tweede rolstoel	Manuele rolstoel volwassene	Manuele kinderrolstoel	Rolstoel met sta-functie	Rolstoel onderstel	Elektronische rolstoel volwassene	Elektronische kinderrolstoel	Elektronische scooter
Tweede manuele standaardrolstoel (volwassene)	x		x	x	x		x
Tweede manuele modulaire rolstoel (volwassene)	x		x	x	x		x
Tweede standaard duwwandelwagen (type kinderrolstoel)		x		x		x	
Tweede standaard duwwandelwagen - type buggy groot formaat (type kinderrolstoel)		x		x		x	
Tweede modulaire duwwandelwagen (type kinderrolstoel)		x		x		x	
Tweede manuele standaard kinderrolstoel		x		x		x	
Tweede manuele actief kinderrolstoel		x		x		x	
Tweede rolstoelonderstel voor zitschelp	x	x			x	x	

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 30 november 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 5. Documenten en inlichtingen die de productfiche, vermeld in artikel 361, §1, moet bevatten.

Art. 1. Bij een aanvraag voor een manuele of elektronische rolstoel, een rolstoelonderstel voor een zitschelp of een modulaire ziteenheid of een elektronische scooter moeten de volgende inlichtingen en documenten worden gevoegd:

1° de EU-conformiteitsverklaring;
2° het geldig keuringsbewijs afgeleverd door een Europees testinstituut waaruit blijkt dat het product beantwoordt aan de norm EN12183 of EN12184;
3° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
4° een afbeelding specifiek van het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
5° de volledige gebruiksaanwijzing in de drie landstalen conform artikel 18 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;
6° de publieksprijs (inclusief BTW) voor het mobiliteitshulpmiddel;
7° de volledige prijslijst van het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en de bijhorende aanpassingen.

Art. 2. Bij een aanvraag voor een elektronische binnenscooter moeten de volgende inlichtingen en documenten worden toegevoegd:

1° de EU-conformiteitsverklaring;
2° het certificaat van vuurbestendigheid voor het bekledingsmateriaal afgeleverd door een Europees organisme;
3° de EU-conformiteitsverklaring conform bijlage IV bij het koninklijk besluit van 1 december 2016 betreffende de elektromagnetische compatibiliteit;
4° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
5° een afbeelding specifiek van het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
6° de volledige gebruiksaanwijzing in de drie landstalen conform artikel 18 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;
7° de publieksprijs (inclusief BTW) voor het mobiliteitshulpmiddel;
8° de volledige prijslijst van het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en de bijhorende aanpassingen.

Art. 3. Bij elke aanvraag voor een duwwandelwagen voor kinderen moeten de volgende inlichtingen en documenten worden toegevoegd:

1° de EU-conformiteitsverklaring;
2° het certificaat van vuurbestendigheid voor het bekledingsmateriaal afgeleverd door een Europees organisme;
3° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
4° een afbeelding specifiek van het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
5° de volledige gebruiksaanwijzing in de drie landstalen conform artikel 18 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;
6° de publieksprijs (inclusief BTW) voor het mobiliteitshulpmiddel;
7° de volledige prijslijst van het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en de bijhorende aanpassingen.

Art. 4. Bij een aanvraag voor een aanpassing van een mobiliteitshulpmiddel moeten de volgende inlichtingen en documenten worden toegevoegd :

1° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
2° een afbeelding specifiek van de aanpassing bij het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
3° de publieksprijs (inclusief BTW) van de aangevraagde aanpassing;
4° voor de gemandateerde aanvragers die enkel aanvragen voor aanpassingen indienen moet een EU-conformiteitsverklaring toegevoegd worden.

Art. 5. Bij een aanvraag voor een drie- of vierwielfiets of een elektrische instelbare statafel moeten de volgende inlichtingen en documenten worden toegevoegd:
1° de EU-conformiteitsverklaring;
2° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
3° een afbeelding specifiek van het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
4° de volledige gebruiksaanwijzing in de drie landstalen conform artikel 18 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;
5° de publieksprijs (inclusief BTW) voor het mobiliteitshulpmiddel;
6° de volledige prijslijst van het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en de bijhorende aanpassingen.

Art. 6. Bij een aanvraag van een loophulpmiddel moeten de volgende inlichtingen en documenten worden toegevoegd:
1° de EU-conformiteitsverklaring;
2° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
3° een afbeelding specifiek van het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
4° de volledige gebruiksaanwijzing in de drie landstalen conform artikel 18 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;
5° de publieksprijs (inclusief BTW) voor het mobiliteitshulpmiddel.

Art. 7. Bij een aanvraag voor een anti-decubituskussen of een modulair aanpasbaar rugsysteem of modulair aanpasbare ziteenheid moeten de volgende inlichtingen en documenten worden toegevoegd:
1° de EU-conformiteitsverklaring;
2° het certificaat van vuurbestendigheid voor het bekledingsmateriaal afgeleverd door een Europees organisme;
3° enkel voor een anti-decubituskussen: wetenschappelijk onderbouwde drukmetingstesten of klinische evaluaties gepubliceerd in een erkend wetenschappelijk tijdschrift;
4° de productdocumentatie in de drie landstalen; dit omvat minimaal een beschrijving, duidelijke afbeeldingen of schema's;
5° een afbeelding specifiek van het mobiliteitshulpmiddel zoals aangeboden om op de lijst opgenomen te worden;
6° de volledige gebruiksaanwijzing in de drie landstalen conform artikel 18 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;
7° de publieksprijs (inclusief BTW) voor het mobiliteitshulpmiddel.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 juli 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 30 november 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C − 2018/32546]

30 NOVEMBRE 2018. — Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, article 20, modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;

Vu le décret du 22 février 1995 fixant les règles relatives au recouvrement des créances non fiscales pour la Région flamande et les organismes qui en relèvent, article 2, modifié par les décrets des 16 juin 2006, 23 décembre 2016 et 8 décembre 2017 ;

Vu le décret du 15 juillet 1997 contenant le Code flamand du Logement, article 95, modifié par les décrets des 15 décembre 2006, 31 mai 2013 et 10 mars 2017 ;

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

Vu le décret-cadre politique administrative du 18 juillet 2003, article 7, alinéa 3, et article 10, § 4, modifié par le décret du 26 juin 2015 ;

Vu le décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées), article 8, 13°, modifié par le décret du 25 avril 2014, et article 14, modifié par les décrets des 20 mars 2009 et 21 juin 2013 ;

Vu le décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de la Famille et d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, article 13 ;

Vu le décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, article 49, article 52/1, inséré par le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 52/2, inséré par le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 54, article 58, § 2, modifié par le décret du 21 juin 2013, article 60 et article 62, modifié le décret du 15 juillet 2016 ;

Vu le décret du 20 mars 2009 portant diverses dispositions relatives au domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille, article 30, modifié par le décret du 21 juin 2013, articles 31 et 33;

Vu le décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, article 4, alinéa 3, et article 5 ;

Vu le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 4, article 8, article 9, alinéa 2, article 14, article 15, § 4, article 17, article 18, alinéa 2, article 19, alinéa 1er, 8°, et alinéa 2, article 21, § 6, article 22, alinéas 2 et 3, article 23, article 29, article 30, article 34, article 35, article 36, alinéas 1er et 3, article 37, § 1er, article 38, article 39, § 1er, article 41, article 42, §§ 1er et 4, article 44, article 45, §§ 1er et 2, article 46, article 47, §§ 1er, 2 et 4, article 49, § 2, § 3, 3°, 4° et 6°, §§ 5, 7 et 8, articles 50 à 53, article 54, alinéa 2, article 57, articles 60 à 62, articles 73 à 76, article 78, article 79, article 80, § 1er, alinéas 2 à 4, § 2, alinéa 2, §§ 3, 4 et 5, article 82, article 83, alinéa 3, article 84, § 1er, alinéa 2, article 85, § 2, article 87, §§ 1er, 3 et 5, article 88, §§ 1er et 3, article 90, article 92, § 1er, alinéa 3, §§ 3 à 5, article 105, §§ 2 et 5, article 106, alinéas 2 et 3, article 107, article 108, §§ 2 et 3, articles 109 à 112, article 113, articles 115 à 117, article 119, §§ 2 et 3, article 120, alinéa 3, article 121, § 2, 2°, articles 122 à 126, article 128, article 129, article 130, alinéa 2, article 131, alinéas 2 et 3, article 132, §§ 1er, 2, 3 et 5, article 137, article 141, article 145, article 146, §§ 2 et 4, articles 147 à 153, article 179, article 180, article 182 et articles 184 à 186 ;

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

Vu l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 mai 1995 portant agrément et subventionnement de réseaux palliatifs ;

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

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement ;

Vu l'arrêté royal du 13 mai 1996 fixant la procédure relative à la constatation de l'infraction et au prononcé de l'amende administrative applicable aux maisons de repos pour personnes âgées et aux maisons de repos et de soins agréées ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 juin 2000 fixant la procédure d'agrément spécial d'un centre de soins de jour ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2000 établissant les conditions d'octroi d'un budget d'assistance personnelle aux personnes handicapées ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées ;

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

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

Vu l'arrêté royal du 9 juillet 2003 portant exécution de l'article 69, § 4, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er septembre 2006 réglant la garantie d'investissement alternative octroyée par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden » (Fonds flamand de l'infrastructure affectée aux matières personnalisables) ;

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

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement ;

Vu l'arrêté royal du 21 août 2008 portant exécution de l'article 37quater de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les dispensateurs de soins visés à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12°, de la même loi ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité ;

Vu l'arrêté royal du 12 octobre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de transport des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 mars 2016 réglant les subventions d'investissement alternatives octroyées par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden » (Fonds flamand de l'infrastructure affectée aux matières personnalisables) ;

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

Vu l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2013 portant les modalités relatives à l'utilisation durable des pesticides en Région flamande pour les activités non agricoles et non horticoles et à l'établissement du Plan d'Action flamand pour l'Utilisation durable des Pesticides (« Vlaams Actieplan Duurzaam Pesticidengebruik ») ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 novembre 2013 facilitant le financement de l'infrastructure par le biais de la garantie d'investissement alternative, octroyée par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden » (Fonds flamand de l'infrastructure affectée aux matières personnalisables) ;

Vu l'arrêté de subvention du 22 novembre 2013 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 mai 2014 fixant les règles régissant l'agrément de plusieurs implantations d'un centre de services de soins et de logement, d'un centre de court séjour ou d'une maison de repos et de soins comme un seul centre de services de soins et de logement, un seul centre de court séjour ou une seule maison de repos et de soins ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 novembre 2015 relatif à la conversion des autorisations préalables ou des agréments pour les centres de court séjour et les centres de services de soins et de logement et modifiant les règles relatives à l'autorisation préalable pour les centres de court séjour et les centres de services de soins et de logement ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015 portant exécution du décret du 25 avril 2014 relatif au permis d'environnement ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 flamand portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 établissant le planning de lits disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 portant attribution et agrément de lits supplémentaires disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 janvier 2018 portant application de l'interdiction de cumul et de la règle de la différence pour la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) ;

Vu l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées ;

Vu le 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 ;

Vu l'accord du Ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 18 mai 2018 ;

Vu l'avis 64.367/1 du Conseil d'État, donné le 12 novembre 2018, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Après délibération,

Arrête :

Livre 1er. — Dispositions de base communes

Partie 1re. — Définitions

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

1° lettre recommandée : une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique conformément au Règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la Directive 1999/93/CE ;

2° affiliation : l'affiliation à une caisse d'assurance soins moyennant paiement d'une prime par des personnes auxquelles s'applique la protection sociale flamande ;

3° bachelier en soins infirmiers : une personne titulaire d'un diplôme de bachelier en soins infirmiers ou une personne dont le grade obtenu y est assimilé conformément à l'article II.378 du Code de l'Enseignement supérieur ;

4° procédure de base : la procédure visée au livre 2, partie 2, titre 2, chapitre 2 ;

5° échelle de profil BEL ou BelRAI screener : les échelles d'évaluation permettant de mesurer la durée et la gravité de la réduction de l'autonomie telles que visées à l'article 82 du décret du 18 mai 2018 ainsi que dans la réglementation relative aux services d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile, en particulier l'article 4, A., 1°, de l'annexe I à l'arrêté du 24 juillet 2009. Le BelRAI screener est un instrument d'évaluation étayé scientifiquement, basé sur le Resident Assessment Instrument au niveau international. C'est un instrument validé qui génère des informations standardisées sur le besoin en soins de l'usager dans le but d'améliorer les soins pour l'usager.

6° arrêté du 24 juillet 2009 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité ;

7° prime payée : la prime dont le montant figure sur le compte de la caisse d'assurance soins ou de l'agence ;

8° résident : une personne qui réside dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour ;

9° budget de soins et de soutien non directement accessibles : un budget de soins et de soutien non directement accessibles, tel que visé au chapitre 5 du décret portant le financement qui suit la personne ;

10° centre de court séjour : le centre de court séjour visé à l'article 32 du décret sur les soins et le logement, à l'exclusion du centre de court séjour qui est exploité dans les locaux destinés à cet effet d'un centre de convalescence agréé ;

11° centre de court séjour disposant d'un agrément supplémentaire : un centre de court séjour qui offre, de façon temporaire et multidisciplinaire, à des usagers qui vivent à domicile un trajet d'observation et d'accompagnement intensif pour les orienter vers l'offre de soins résidentiels la plus appropriée et qui a, de ce fait, obtenu un agrément supplémentaire comme centre de court séjour d'orientation ;

12° centre de soins de jour : le centre de soins de jour, visé à l'article 25 du décret sur les soins et le logement, qui dispose d'un agrément supplémentaire conformément à l'article 10/5 de l'arrêté du 24 juillet 2009 ;

13° centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave : un centre de soins de jour disposant d'un agrément supplémentaire comme centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave, tel que visé à l'article 10/5, § 3, de l'arrêté du 24 juillet 2009 ;

14° centre de soins de jour pour personnes dépendantes : un centre de soins de jour disposant d'un agrément supplémentaire comme centre de soins de jour pour personnes dépendantes, tel que visé à l'article 10/5, § 2, de l'arrêté du 24 juillet 2009 ;

15° décret du 18 mai 2018 : le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

16° désinfection : la suppression, l'inactivation ou la réduction de micro-organismes nuisibles ;

17° entité : terme générique désignant aussi bien un logement dans un centre de soins résidentiels qu'une unité de séjour dans un centre de court séjour ou dans un centre de soins de jour ;

18° expert : un ergothérapeute, un kinésithérapeute, un logopède, un psychologue ou un infirmier qui remplit des missions pour la Commission des caisses d'assurance soins ;

19° indemnité supplémentaire : l'indemnité qui peut être portée en compte pour les services et fournitures personnels et individuels ;

20° période de facturation : la période ininterrompue de douze mois pour laquelle une intervention pour les soins a été fixée. Cette période court du 1er janvier de l'année A + 2 au 31 décembre de l'année A + 2, « A » désignant l'année calendrier visée au point 45° ;

21° infirmier gradué : une personne titulaire :

a) d'un diplôme de gradué en soins infirmiers délivré dans l'enseignement professionnel supérieur, à l'exception des personnes possédant le grade de gradué visé à l'article II.378, § 1er, du Code de l'Enseignement supérieur ;

b) du grade d'infirmier diplômé délivré avant 2009 ;

c) du grade d'infirmier breveté délivré avant 1997 ;

d) du grade d'assistant en soins hospitaliers délivré avant 1996 ;

e) du grade d'hospitalier délivré avant 1979 ;

22° journées ou heures assimilées : les journées ou les heures non prestées mais assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles donnent lieu au paiement d'une rémunération par la structure (notamment les vacances annuelles, les jours fériés, les périodes de maladie couvertes par un salaire garanti), à l'exception des journées ou heures de disponibilité auprès d'une administration publique ;

23° indicateur mandaté : une organisation, une structure ou un prestataire de soins professionnel habilité(e) à déterminer la gravité et la durée de la réduction de l'autonomie d'une personne, visées à l'article 82 du décret du 18 mai 2018 ;

24° nombre moyen d'entités agréées : le nombre d'entités agréées correspondant à la formule suivante :

$$L + \sum_{i=0}^{n} (li \times Ji)$$

où :

a) L = le nombre d'entités agréées le premier jour de la période de référence ;

b) li = l'augmentation ou la diminution du nombre d'entités durant la période de référence ;

c) Ji = le nombre de jours entre la date de l'adaptation du nombre d'entités et le dernier jour de la période de référence ;

d) J = le nombre de jours de la période de référence ;

e) n = le nombre d'adaptations du nombre d'entités durant la période de référence ;

25° équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette : un indicateur dans le cadre des aides à la mobilité, agréé en vue de l'établissement de prescriptions médicales d'affection dégénérative rapide et de rapports d'avis en matière de voiturette, visés à l'article 350 ;

26° réparation : les interventions techniques nécessaires pour remédier aux problèmes, moyennant le remplacement éventuel des pièces défectueuses ou usées ;

27° paramédical en chef : le membre du personnel de réactivation salarié ou statutaire d'une structure de soins, désigné au sein d'une équipe de soins d'au moins douze équivalents temps plein, composée de personnel de réactivation, afin d'en assurer la coordination ;

28° infirmier(ère) en chef : le membre du personnel visé aux articles 48/8 et 48/9, 1° et 2°, de l'annexe XII à l'arrêté du 24 juillet 2009 ;

29° initiateur : la personne morale qui exploite un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour ;

30° échelle de Katz dans les soins infirmiers à domicile : l'échelle d'évaluation pour mesurer la réduction de l'autonomie, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, b), de la loi sur l'assurance maladie ;

31° échelle de Katz dans un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour : l'échelle d'évaluation pour mesurer la réduction de l'autonomie, visée à l'article 424 ;

32° arrêté royal du 28 décembre 2011 : l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;

33° fonctionnaire dirigeant : le fonctionnaire dirigeant chargé par le Gouvernement flamand de la direction générale, du fonctionnement et de la représentation de l'agence ;

34° soins de proximité et à domicile : forme de soins relative au budget de soins pour personnes fortement dépendantes, où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure de soins non résidentiels, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité ;

35° voiturette manuelle : une voiturette manuelle pour adultes, une voiturette manuelle pour enfants ou un châssis de voiturette ;

36° ministre : les ministres flamands ayant respectivement la politique de la santé et l'assistance aux personnes dans leurs attributions ;

37° journées ou heures non assimilées : les journées ou les heures non prestées et non assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles ne donnent pas lieu au paiement d'une rémunération par la structure (notamment les périodes de maladie non couvertes par un salaire garanti, le repos d'accouchement, le congé sans solde). Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité ;

38° nouveau centre de soins résidentiels : l'un des centres de soins résidentiels suivants :

a) tout centre de soins résidentiels disposant d'un nouveau numéro d'agrément ;

b) tout centre de soins résidentiels qui, durant la période de référence, n'a rien facturé depuis le jour où il a commencé à facturer ;

c) tout centre de soins résidentiels qui fait l'objet d'une reprise après faillite ;

39° entretien : la vérification nécessaire et les interventions techniques afin d'assurer le fonctionnement optimal de l'aide à la mobilité ;

40° personnel de réactivation : le personnel qui accomplit des tâches de réactivation, de rééducation et de réintégration sociale ;

41° liste des prestations : la liste des prestations, visée à l'article 240 ;

42° liste des produits : la liste des produits admis au remboursement, visée à l'article 359 ;

43° maison de soins psychiatriques : une maison de soins psychiatriques telle que visée à l'article 54 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, agréée conformément à l'article 56 du décret précité ;

44° reconditionnement : la reprise de l'aide à la mobilité et sa préparation afin de la mettre à disposition d'un autre usager, y compris le nettoyage, l'entretien, la réparation et, si nécessaire, la désinfection de l'aide à la mobilité ;

45° période de référence : la période ininterrompue de douze mois pour laquelle l'ensemble des données relatives aux activités de la structure de soins sont communiquées à l'agence. Cette période court du 1er juillet de l'année A au 30 juin de l'année qui suit (A + 1) ;

46° nettoyage : la suppression de la saleté visible et des matières organiques invisibles afin de prévenir le maintien, la multiplication et la dispersion des micro-organismes ;

47° soins résidentiels : la forme de soins relative au budget de soins pour personnes fortement dépendantes, où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure agréée par le Gouvernement flamand en tant que centre de soins résidentiels ou maison de soins psychiatriques ou par un centre assimilé ;

48° équipe d'avis en matière de voiturette : un indicateur dans le cadre des aides à la mobilité, agréé conformément à l'article 356 en vue de l'établissement de rapports d'avis en matière de voiturette, visés à l'article 350 ;

49° procédure étendue : la procédure visée au livre 2, partie 2, titre 2, chapitre 3 ;

50° procédure 'plus' étendue : la procédure visée au livre 2, partie 2, titre 2, chapitre 4 ;

51° journée de séjour : une journée pour laquelle un usager a droit à une intervention pour les soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour ;

52° procédure de demande simplifiée : la procédure visée au livre 2, partie 2, titre 2, chapitre 1er ;

53° conditions de remboursement : les conditions à remplir en vertu des dispositions du décret du 18 mai 2018 et du présent arrêté pour qu'une intervention puisse être accordée à l'usager pour une aide à la mobilité, à l'exception des conditions relatives au statut d'assurance de l'usager ;

54° coordinateur infirmier : le praticien de l'art infirmier salarié ou statutaire d'une structure de soins, désigné au sein d'une équipe de soins d'au moins douze équivalents temps plein, composée de personnel infirmier, d'aides-soignants et de personnel de réactivation, afin d'en assurer la coordination ;

55° statut d'assurance : informations sur l'usager concernant le respect ou non des conditions d'affiliation et de paiement de la prime visées aux articles 42 à 46 du décret du 18 mai 2018 ;

56° jours ouvrables : tous les jours à l'exception des :

a) samedis ;

b) dimanches ;

c) jours fériés légaux visés à l'article 1er de l'arrêté royal du 18 avril 1974 royal déterminant les modalités générales d'exécution de la loi du 4 janvier 1974 relative aux jours fériés ;

57° centre de soins résidentiels : un centre de soins résidentiels tel que visé à l'article 37 du décret sur les soins et le logement, qui a été agréé conformément à l'arrêté du 24 juillet 2009 ;

58° centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire : un centre de soins résidentiels tel que visé à l'article 52/1, alinéa 2, du décret sur les soins et le logement ;

59° inspection des soins : l'Inspection des soins telle que visée à l'article 3, § 2, alinéa 3, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 31 mars 2006 concernant le Département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille, relatif à l'entrée en vigueur de la réglementation créant des agences dans le domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille et modifiant la réglementation concernant ce domaine politique ;

personnel de soins : les praticiens de l'art infirmier, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les logopèdes et le personnel de réactivation.

Partie 2. — Organisation de la protection sociale flamande

Titre 1er. — *L'Agence pour la protection sociale flamande*

Chapitre 1er. — *Domaine politique*

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

Chapitre 2. — *Gestion et fonctionnement de l'agence*

Art. 3. § 1er. Le fonctionnaire dirigeant a délégation de compétence de décision pour les matières visées dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 octobre 2015 réglant la délégation de compétences de décision aux chefs des départements et des agences autonomisées internes.

Outre la délégation visée à l'alinéa 1er, délégation complémentaire est conférée au fonctionnaire dirigeant pour infliger l'amende administrative visée aux articles 47, 68, 99, 101, 112, 117 et 125 du décret du 18 mai 2018.

§ 2. Outre les délégations visées au paragraphe 1er, les délégations spécifiques suivantes sont conférées au fonctionnaire dirigeant :

1° donner toutes les approbations requises et prendre les décisions éventuellement nécessaires, le cas échéant, pour les matières visées à l'article 11, 4° et 6 °, du décret du 18 mai 2018, et conformément aux règles fixées par le Gouvernement flamand ;

2° prendre des décisions dans le cadre de la surveillance et du contrôle des caisses d'assurance soins tels que visés à l'article 11, 2°, du décret du 18 mai 2018, conformément aux règles fixées par le Gouvernement flamand ;

3° ouvrir des comptes auprès d'établissements financiers et en disposer, en fonction de la gestion de trésorerie et du placement à court terme des actifs financiers disponibles, conformément aux règles fixées par le Gouvernement flamand.

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

Art. 4. § 1er. Les membres du personnel de l'Inspection des soins exercent sur place et sur pièces le contrôle de la gestion, du fonctionnement et de la situation financière des caisses d'assurance soins.

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

1° l'Inspection des soins effectue les missions d'inspection données chaque année par l'agence ;

2° l'Inspection des soins établit à cette fin un concept d'inspection, sur la base de l'analyse des risques qui est exécutée en collaboration avec l'agence ;

3° l'Inspection des soins effectue également des missions d'inspections ciblées données par l'agence ;

4° l'Inspection des soins peut décider de façon autonome d'effectuer une inspection après en avoir informé l'agence ;

5° l'Inspection des soins établit un rapport d'inspection.

Art. 5. Il est conclu entre l'agence et l'Inspection des soins un accord de coopération fixant les modalités pratiques en matière de contrôle de l'Inspection des soins dans le cadre de la protection sociale flamande.

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

Art. 6. L'agence peut contracter des emprunts, moyennant accord du ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions, pour autant qu'il ait été satisfait au moins aux conditions suivantes :

1° au moins trois prêteurs potentiels sont contactés ;

2° il est fait référence à un taux du marché couramment appliqué.

Art. 7. Tout prélèvement du fonds de réserve est subordonné à l'autorisation préalable du ministre et du ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions.

Art. 8. Au plus tard le 31 mars, l'agence transmet au ministre et au ministre flamand ayant les finances et le budget dans ses attributions un rapport comptable de toutes les opérations de l'année écoulée.

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

Titre 2. — *Les caisses d'assurance soins*

Chapitre 1er. — *Procédure de délivrance de l'agrément*

Art. 9. Pour être recevable, une demande d'agrément d'une caisse d'assurance soins doit émaner d'une instance telle que visée à l'article 18 du décret du 18 mai 2018. La demande est transmise à l'agence par lettre recommandée et contient les informations et pièces suivantes :

1° les statuts de la caisse d'assurance soins ;

2° les prénoms, nom de famille, domicile ou résidence, profession et nationalité des administrateurs de la caisse d'assurance soins et des personnes chargées de la direction effective de la caisse d'assurance soins et les mandats de ces dernières ;

3° les statuts de l'instance ou des instances visées à l'article 18 du décret du 18 mai 2018, qui a ou ont créé la caisse d'assurance soins ;

4° les nom, prénoms, domicile ou résidence des membres, personnes physiques ou morales, qui possèdent une participation qualifiée au sein de l'assemblée générale de la caisse d'assurance soins, ainsi que le pourcentage de cette participation ;

5° l'engagement de respecter les règles fixées par le décret du 18 mai 2018 ou en vertu de celui-ci ;

6° d'autres informations et pièces déterminées par l'agence ;

7° les informations et pièces démontrant que les conditions visées à l'article 22 du présent arrêté sont remplies.

Une participation qualifiée au sens de l'alinéa 1er, 4°, s'entend de la détention directe ou indirecte d'au moins 10 % des droits de vote ou de toute autre possibilité d'exercer une influence significative sur la gestion de la caisse d'assurance soins.

Art. 10. § 1er. Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence communique à la caisse d'assurance soins si la demande est recevable.

Si la demande n'est pas recevable du fait qu'une ou plusieurs des informations ou pièces visées à l'article 9 font défaut, l'agence réclame les informations ou pièces manquantes. L'agence fixe un délai pour la remise des informations ou pièces. Dans les trente jours de la réception des informations ou pièces, l'agence communique à la caisse d'assurance soins si la demande est recevable Si aucune information ou pièce n'est transmise, la demande est irrecevable.

L'agence examine la demande.

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

L'agrément ne peut être accordé que s'il ressort de la demande que la caisse d'assurance soins satisfera aux règles fixées par le décret du 18 mai 2018 ou en vertu de celui-ci.

Art. 11. § 1er. La caisse d'assurance soins peut introduire auprès de l'agence une réclamation motivée contre l'intention visée à l'article 10, § 2, alinéa 1er, dans le délai de deux mois suivant la date d'envoi de l'intention.

La réclamation est traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-) accueillants.

Si la caisse d'assurance soins n'introduit pas de réclamation recevable dans les deux mois de l'envoi de l'intention, la décision du fonctionnaire dirigeant de refuser l'agrément est communiquée à la caisse d'assurance soins par lettre recommandée à l'expiration de ce délai.

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

Art. 12. L'agrément d'une caisse d'assurance soins est valable cinq ans.

Art. 13. L'agrément visé à l'article 12 peut être prorogé si la caisse d'assurance soins agréée introduit une demande à cet effet au plus tard huit mois avant l'expiration de son agrément. Les articles 9, 10 et 11 s'appliquent par analogie, à l'exception de l'article 9, alinéa 1er, 3°.

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

Art. 14. Lorsque l'agence constate qu'une caisse d'assurance soins ne fonctionne pas conformément aux règles fixées par ou en vertu du décret du 18 mai 2018, que sa gestion ou sa situation financière n'offre pas de garanties suffisantes de bonne fin de ses engagements ou que son organisation administrative ou comptable ou son contrôle interne présentent de sérieuses lacunes, l'agence met la caisse d'assurance soins en demeure, par lettre recommandée, de remédier à ces problèmes dans le délai à fixer par l'agence.

Art. 15. Le fonctionnaire dirigeant ou le ministre peut retirer l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée dans les cas suivants :

1° lorsque la caisse d'assurance soins ne fait pas usage de l'agrément dans les douze mois ou lorsqu'elle a suspendu ses activités pendant plus de six mois ;

2° lorsqu'elle ne respecte pas les règles fixées par ou en vertu du décret du 18 mai 2018 ou lorsque sa gestion ou sa situation financière n'offre pas de garanties suffisantes de bonne fin de ses engagements ou que son organisation administrative ou comptable ou son contrôle interne présentent de sérieuses lacunes, après l'expiration du délai visé à l'article 14.

Dans les cas visés à l'alinéa 1er, le fonctionnaire dirigeant exprime une intention de retirer l'agrément, qui est communiquée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soin agréée.

Art. 16. La caisse d'assurance soins agréée peut introduire auprès de l'agence une réclamation motivée contre l'intention visée à l'article 15, alinéa 2, du présent arrêté dans le délai de deux mois suivant la date d'envoi de l'intention.

La réclamation est traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-) accueillants.

Si la caisse d'assurance soins agréée n'introduit pas de réclamation recevable dans les deux mois de l'envoi de l'intention, la décision du fonctionnaire dirigeant de retirer l'agrément est communiquée à cette caisse d'assurance soins par lettre recommandée à l'expiration de ce délai.

Art. 17. Une caisse d'assurance soins agréée peut demander au fonctionnaire dirigeant, par lettre recommandée, de retirer son agrément. La décision est communiquée à cette caisse d'assurance soins par lettre recommandée au plus tard deux mois après réception de la demande.

Art. 18. L'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée est retiré d'office par le fonctionnaire dirigeant en cas de dissolution de cette caisse d'assurance soins. Cette décision est communiquée par lettre recommandée à la caisse d'assurance soins concernée au plus tard quinze jours après avoir été prise.

Art. 19. La décision de retrait de l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée mentionne la date à laquelle le retrait prend cours Elle est publiée par extrait au *Moniteur belge*.

Art. 20. Le retrait d'un agrément entraîne l'interdiction pour la caisse d'assurance soins de procéder à de nouvelles affiliations.

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

Une caisse d'assurance soins dont l'agrément a été retiré reste assujettie aux règles fixées par ou en vertu du décret du 18 mai 2018, jusqu'à la clôture de sa liquidation.

Art. 21. Dans les cas visés à l'article 15, alinéa 1er, 2°, le fonctionnaire dirigeant ou le ministre peut suspendre l'agrément d'une caisse d'assurance soins agréée. L'article 15, alinéa 2, les articles 16 et 19 s'appliquent par analogie.

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

Chapitre 3. — *Fonctionnement territorial*

Art. 22. Les instances visées à l'article 18, alinéa 1er, 1° et 3°, du décret du 18 mai 2018, sont actives sur l'ensemble du territoire de la région de langue néerlandaise et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale lorsqu'elles répondent à toutes les conditions suivantes :

1° elles comptent au moins 140.000 membres ou assurés, dont à chaque fois au moins 8.000 dans chaque province de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

2° elles sont non seulement joignables par téléphone et par voie numérique pour leurs membres ou assurés, mais elles possèdent également au moins une agence dans chaque province de la région de langue néerlandaise et dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et y assurent un service accessible physiquement pour leurs membres en vue de fournir des informations et conseils dans le cadre de la protection sociale flamande.

Chapitre 4. — *Organisation, fonctionnement et gestion des caisses d'assurance soins*

Art. 23. Une caisse d'assurance soins dispose d'une structure de gestion, d'une organisation administrative et comptable et d'un contrôle interne adaptés à ses activités. Le ministre peut en arrêter les modalités.

Le contrôle interne visé à l'alinéa 1er porte au moins sur la validité, l'exhaustivité et l'exactitude du traitement des opérations financières dans les documents comptables et les comptes.

Art. 24. Les moyens techniques et financiers d'une caisse d'assurance soins sont adaptés à ses activités et garantissent une bonne exécution de ses engagements.

Art. 25. La direction effective d'une caisse d'assurance soins est confiée à deux personnes au moins.

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

Art. 26. L'objet social de la caisse d'assurance soins, énoncé dans ses statuts, se limite aux missions définies à l'article 22 du décret du 18 mai 2018.

Les statuts de la caisse d'assurance soins énoncent les droits et devoirs des affiliés et des usagers. Ils ne peuvent être contraires aux règles fixées par le décret du 18 mai 2018 ou en vertu de celui-ci.

Art. 27. L'article III.82, l'article III.83, alinéa 1er, l'article III.84, alinéas 1er à 5, l'article III.86, alinéas 1er et 4, l'article III.87, § 1er et § 2, alinéa 1er, l'article III.88 et l'article III.89 du Code de droit économique s'appliquent par analogie à une caisse d'assurance soins.

Art. 28. Une caisse d'assurance soins fournit aux personnes désireuses de s'affilier et à ses affiliés au moins les informations déterminées par le ministre.

Les documents ou informations utilisés ou diffusés par une caisse d'assurance soins sont conformes aux règles fixées par le décret du 18 mai 2018 ou en vertu de celui-ci.

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

Art. 29. Le ministre détermine les données, telles que visées à l'article 22, alinéa 1er, 4°, du décret du 18 mai 2018, à enregistrer, de même que leur mode d'enregistrement et leur mode de transmission à l'agence.

Art. 30. Une caisse d'assurance soins s'abstient :

1° de consentir des prêts sous quelque forme que ce soit ;

2° de conclure avec une mutualité, une union nationale de mutualités, une société mutualiste, une compagnie d'assurances ou toute autre organisation avec laquelle elle a des liens financiers, commerciaux ou administratifs, des accords ou de prendre des arrangements susceptibles d'influencer la répartition des coûts et des recettes dans la mesure où les comptes s'en trouveraient faussés.

Chapitre 5. — *Surveillance et contrôle des caisses d'assurance soins*

Art. 31. Une caisse d'assurance soins informe l'agence par lettre recommandée des modifications de ses statuts et de la liste de ses administrateurs, dans le mois suivant leur approbation par l'assemblée générale. Au plus tard un mois après cette notification, l'agence peut s'opposer, par lettre recommandée et motivée, à toute modification contraire aux règles fixées par le décret du 18 mai 2018 ou en vertu d celui-ci.

Dans le cas visé à l'alinéa 1er, la caisse d'assurance soins fait en sorte que la modification soit retirée ou adaptée dans les deux mois suivant l'envoi de la lettre de l'agence.

Art. 32. Une caisse d'assurance soins désigne un réviseur d'entreprises, qui est choisi par l'assemblée générale parmi les membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises. Si la caisse d'assurance soins prend la forme juridique d'une société mutualiste telle que visée à l'article 43*bis* de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, le réviseur d'entreprises doit être agréé par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Dans les autres cas, le réviseur d'entreprises doit être agréé par la Banque nationale de Belgique.

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

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

Outre sa rémunération, la caisse d'assurance soins ne peut procurer au réviseur d'entreprise aucun avantage, sous quelque forme que ce soit.

Des missions supplémentaires ne peuvent lui être confiées qu'avec l'approbation de l'assemblée générale.

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

Art. 33. Le réviseur d'entreprises désigné par une caisse d'assurance soins contrôle, en respectant les normes générales de contrôle de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises :

1° le caractère fidèle et complet de la comptabilité et des comptes annuels ;

2° le caractère adéquat et le fonctionnement de l'organisation administrative et comptable et du contrôle interne.

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

Il porte sans tarder à la connaissance des administrateurs de la caisse d'assurance soins toute infraction aux règles fixées par le décret du 18 mai 2018 ou en vertu de celui-ci, ainsi que tout ce qui pourrait, à son avis, compromettre la situation financière de la caisse d'assurance soins agréée.

Il vise le rapport comptable mentionné à l'article 30 du décret du 18 mai 2018, ainsi que le bilan social mentionné à l'article 37, § 2, du présent arrêté.

Art. 34. Le réviseur rédige annuellement un rapport sur les résultats de ses contrôles, en respectant les normes générales de contrôle de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises. Ce rapport mentionne notamment :

1° la manière dont les missions de contrôle ont été effectuées et si tous les éclaircissements et documents demandés ont été obtenus ;

2° si la comptabilité est tenue et si les comptes annuels sont rédigés conformément aux prescriptions qui leur sont applicables ;

3° si, de l'avis du réviseur, les comptes annuels donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de la caisse d'assurance soins agréée.

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

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

Art. 35. Une caisse d'assurance soins conserve, à son siège ou dans un autre lieu autorisé préalablement par l'agence, pendant une période à déterminer par le ministre, tous les documents relatifs aux affiliations et interventions effectuées par elle.

Art. 36. Lorsqu'un document ne remplit pas les conditions énoncées à l'article 28, la caisse d'assurance soins assure son retrait ou son adaptation dans le mois suivant la sommation signifiée par l'agence.

Art. 37. § 1er. Avant le 30 avril de chaque année, une caisse d'assurance soins transmet à l'agence ses comptes annuels et le rapport comptable, visés à l'article 33, relatifs à l'exercice précédent. L'agence détermine les exigences de forme auxquelles le rapport comptable précité doit satisfaire.

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

Le bilan social visé à l'alinéa 1er contient les informations suivantes :

1° le nombre de personnes occupées, le nombre d'heures prestées, la rotation du personnel et les formations suivies par celui-ci durant l'exercice écoulé. La caisse d'assurance soins agréée transmet également les frais de personnel associés à ces composants pour l'exercice en question, conformément aux sections I.A, II et IV du bilan social visé à l'alinéa 1er ;

2° les frais facturés à la caisse d'assurance soins agréée pour des temporaires, des intérimaires et des personnes qui ont exécuté des tâches pour la caisse d'assurance soins mais qui n'ont pas de contrat de travail avec la caisse d'assurance soins. Ces frais sont associés au nombre de personnes occupées et au nombre d'heures prestées pour la caisse d'assurance soins, conformément à la section I.B du bilan social visé à l'alinéa 1er.

Chapitre 6. — *Fonction de médiation*

Art. 38. La caisse d'assurance soins confie la direction de la fonction de médiation visée à l'article 19, 8°, du décret du 18 mai 2018 à un médiateur. Le médiateur doit remplir les conditions suivantes :

1° il ne peut pas être ou avoir été associé aux faits ou aux personnes visés par la plainte ;

2° il respecte la confidentialité ;

3° il se montre neutre et impartial ;

il n'accepte pas d'instructions sur la manière d'instruire la réclamation sur le fond.

Art. 39. Tout usager a le droit d'introduire sans frais et par écrit une plainte auprès du médiateur. Toute plainte est enregistrée et reçoit un numéro unique.

Le ministre peut déterminer les conditions que doit remplir par la plainte pour être recevable et les données minimales relatives à la plainte qui doivent être enregistrées.

Art. 40. § 1er. Dans les huit jours de la réception de la plainte, le médiateur envoie un accusé de réception à l'usager ou à son représentant.

§ 2. Le médiateur envoie une réponse définitive à l'usager ou à son représentant dans les 45 jours. La réponse définitive consiste en un exposé et une motivation écrits des conclusions de l'examen de la plainte.

Si le dépassement du délai visé à l'alinéa 1er est occasionné par le comportement de tiers, le délai peut être prolongé à condition que :

1° la caisse d'assurance soins ait au moins envoyé une lettre de rappel aux tiers pour chaque mois de retard ;

2° la caisse d'assurance n'ait pas reçu de réponse à la lettre de rappel précitée ;

3° l'usager ou son représentant ait été informé de l'état d'avancement du dossier.

À l'alinéa 2, un « tiers » s'entend de toute personne qui n'est pas impliquée dans la plainte.

§ 3. Si la réponse définitive visée au paragraphe 2 est envoyée dans les huit jours, l'envoi d'un accusé de réception conformément au paragraphe 1er n'est pas requis.

Art. 41. § 1er. Le médiateur rédige annuellement un rapport. Ce rapport annuel contient au moins les informations suivantes relatives à l'année calendrier écoulée :

1° un aperçu du nombre de plaintes ;

2° l'objet des plaintes ;

3° le résultat du traitement des plaintes ;

4° la suite donnée au plan d'action visé au paragraphe 2.

Le ministre peut prévoir des informations additionnelles à faire figurer dans le rapport.

Le rapport annuel ne peut pas contenir d'informations susceptibles de permettre l'identification de personnes impliquées dans le règlement de la plainte.

§ 2. Sur la base des informations visées au paragraphe 1er, le médiateur rédige au moins une fois par an un plan d'action afin d'éviter les plaintes récurrentes et d'améliorer l'organisation.

Art. 42. § 1er. La caisse d'assurance soins affiche clairement sur son site web au moins les informations suivantes en rapport avec la fonction de médiation :

1° les nom et coordonnées du médiateur ;

2° la façon dont une plainte peut être introduite ;

3° la procédure interne de traitement des plaintes conformément au présent arrêté ;

4° les délais légaux relatifs au traitement des plaintes.

§ 2. Dans toutes ses communications écrites avec ses membres, la caisse d'assurance soins attire l'attention sur l'existence d'une procédure de plainte et mentionne la façon dont cette procédure peut être consultée.

Titre 3. — *La Commission des caisses d'assurance soins*

Art. 43. Les membres de la Commission des caisses d'assurance soins créée conformément à l'article 33 du décret du 18 mai 2018 sont repris sur une liste qui est transmise par les caisses d'assurance soins à l'agence. Toute modification de cette liste est communiquée à l'agence dans les 10 jours ouvrables.

L'agence peut imposer aux membres de la Commission des caisses d'assurance soins une formation annuelle agréée par l'agence.

Art. 44. § 1er. Les membres de la Commission des caisses d'assurance soins sont répartis en plusieurs équipes.

Par province flamande, au moins une équipe est désignée pour exécuter les tâches visées aux articles 260, 391 et 397 et aux articles 512 à 519. L'équipe comprend au moins les experts suivants :

1° des médecins ;

2° des infirmiers ;

3° des ergothérapeutes ou des kinésithérapeutes.

Pour l'exécution du contrôle des structures de revalidation, des hôpitaux de revalidation, des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitation protégée, conformément aux articles 24 et 25 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, et des tâches de la Commission des caisses d'assurance soins dans le cadre de la subrogation, deux équipes sont désignées sur l'ensemble des provinces flamandes. L'équipe comprend au moins les experts suivants :

1° des médecins ;

2° des logopèdes ;

3° des ergothérapeutes ou des kinésithérapeutes ;

4° des psychologues.

§ 2. Il est interdit aux membres de la Commission des caisses d'assurance soins d'être employés par une structure de soins, d'agir en qualité de fournisseur d'aides à la mobilité ou d'assumer des mandats au sein d'une structure de soins ou d'une personne morale qui fabrique ou fournit des aides à la mobilité.

Un membre de la Commission des caisses d'assurance soins s'abstient de formuler tout avis au sujet d'un contrôle s'il a un intérêt personnel à l'objet du contrôle ou à la décision, s'il est parent avec la personne dépendante ou s'il est directement ou indirectement compétent pour la décision qui fait l'objet du contrôle.

Art. 45. La Commission des caisses d'assurance soins règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur qui doit être soumis à l'approbation du ministre. Le règlement d'ordre intérieur est repris sur le site web de l'agence.

Il est institué auprès de l'agence un secrétariat qui se charge du soutien administratif et de la gestion de la Commission des caisses d'assurance soins conformément à l'article 36 du décret du 18 mai 2018.

L'agence transmet à la Commission des caisses d'assurance soins une liste des structures de soins à contrôler et des demandes d'aides à la mobilité conformément aux articles 260, 391 et 397 et aux articles 512 à 519.

Titre 4. — *Les commissions consultatives sectorielles*

Art. 46. § 1er. Des commissions consultatives sectorielles sont créées dans les secteurs suivants :

1° les soins résidentiels aux personnes âgées, comprenant un certain nombre de représentants des structures de soins concernées, à déterminer par le ministre, un représentant des organisations d'usagers et un représentant des organisations d'exécution ;

2° les soins de santé mentale, y compris la revalidation essentiellement axée sur les aspects psychosociaux, comprenant un certain nombre de représentants des structures de soins concernées, à déterminer par le ministre, un représentant des organisations d'usagers, un représentant des organisations d'intervenants de proximité dans le cadre des soins de santé mentale et un représentant des organisations d'exécution ;

3° la revalidation essentiellement axée sur le rétablissement de fonctions physiques, comprenant un certain nombre de représentants des structures de soins concernées, à déterminer par le ministre, un représentant des organisations d'usagers et un représentant des organisations d'exécution ;

4° l'aide à domicile, comprenant un certain nombre de représentants des structures de soins concernées, à déterminer par le ministre, un représentant des organisations d'usagers et un représentant de l'agence.

Les commissions consultatives sectorielles sont composées par le ministre sur avis de l'agence. Les membres des commissions consultatives sectorielles sont nommés pour un terme de cinq ans, renouvelable.

Le ministre peut instituer des chambres auprès des commissions consultatives sectorielles.

§ 2. La qualité de membre d'une commission consultative sectorielle n'est pas compatible avec l'exercice d'un mandat politique supralocal.

§ 3. La présidence des commissions consultatives sectorielles ou, le cas échéant, des chambres est assurée par un membre du personnel de l'agence.

Le secrétariat des commissions consultatives sectorielles est assuré par des membres du personnel mis à disposition par l'agence.

§ 4. Des suppléants sont désignés pour tous les membres et présidents des commissions consultatives.

§ 5. Les commissions consultatives sectorielles règlent leur fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur.

Art. 47. Sous réserve de l'application de missions spécifiques dont sont chargées commissions consultatives sectorielles, elles émettent des avis d'initiative ou à la demande du ministre. Dans les avis rendus, on s'efforce de parvenir à un consensus.

Les avis des commissions consultatives sectorielles d'importance stratégique sont également transmis aux comités consultatifs compétences et au Conseil flamand pour l'Aide sociale, la Santé publique et la Famille.

Titre 5. — *La Commission d'experts des soins spécialisés*

Art. 48. § 1er. La Commission d'experts est une commission interdisciplinaire, composée au moins de trois médecins, de deux psychologues, d'un kinésithérapeute et d'un logopède. Ils doivent pouvoir attester de leur compétence en matière de soins spécialisés.

Sur avis de l'agence, le ministre peut déterminer quelles expertises supplémentaires sont adjointes à la composition de la Commission d'experts en fonction de la mission partielle concernée.

Le ministre peut instituer des chambres auprès de la Commission d'experts.

La présidence de la Commission d'experts ou, le cas échéant, des chambres est assurée par un membre du personnel de l'agence.

Un suppléant est désigné pour chaque membre de la Commission d'experts et pour le président.

Le secrétariat de la Commission d'experts est assuré par des membres du personnel mis à disposition par l'agence. Ils ne disposent pas du droit de vote.

§ 2. Le ministre nomme les membres, le président et les suppléants de la Commission d'experts pour un terme de cinq ans, renouvelable.

Art. 49. La Commission d'experts règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le ministre.

Art. 50. La Commission d'experts ou, le cas échéant, une chambre de la Commission d'experts ne peut émettre un avis valable dans des dossiers individuels que lorsqu'au moins trois membres, ou leurs suppléants, sont présents. La Commission d'experts décide à la majorité simple. En cas de parité, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Art. 51. Sous réserve de l'application de l'article 39, § 1er, alinéa 3, du décret du 18 mai 2018, le membre qui a un intérêt personnel à l'objet de l'avis ou qui est parent avec la personne dépendante doit se retirer de la discussion et s'abstenir d'avis.

La qualité de membre de la Commission d'experts n'est pas compatible avec l'exercice d'un mandat politique supralocal.

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission d'experts peut arrêter des règles supplémentaires au sujet des incompatibilités.

Art. 52. § 1er. Les membres de la Commission d'experts et leurs suppléants reçoivent pour leurs travaux un jeton de présence par réunion de la Commission d'experts à laquelle ils assistent.

Le jeton de présence par réunion est fixé par le ministre. Le ministre peut fixer un nombre maximum de réunions par an pour lesquelles un jeton de présence est alloué et peut décider que deux réunions ou plus de la Commission d'experts ou d'une chambre au cours d'une même journée sont considérées comme une seule réunion.

§ 2. Le ministre peut décider que les membres de la Commission d'experts et leurs suppléants reçoivent une indemnité pour les frais de déplacement liés à leur participation aux réunions et fixe, le cas échéant, l'indemnité.

Titre 6. — *Le comité consultatif*

Art. 53. Les représentants, les experts indépendants et les suppléants du comité consultatif de l'agence sont nommés par le ministre pour un terme de cinq ans, renouvelable.

Partie 3. — Affiliation à la protection sociale flamande

Titre 1er. — *Affiliation*

Chapitre 1er. —. *Généralités*

Art. 54. Une personne telle que visée à l'article 42, § 2, alinéa 2 ou alinéa 4, du décret du 18 mai 2018 a exercé son droit à la libre circulation des travailleurs ou à la liberté d'établissement si elle remplit une des conditions suivantes :

1° avoir travaillé, immédiatement avant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse ;

2° avoir habité, immédiatement avant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse ;

3° avoir déménagé, pendant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, d'un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse.

Art. 55. Le ministre peut déterminer les modalités de l'affiliation obligatoire, de l'affiliation volontaire et de l'affiliation administrative.

Chapitre 2. — *Obligation d'affiliation*

Art. 56. § 1er. Toute personne visée à l'article 42, § 1er, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018 doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 26 ans. Si cette personne ne s'affilie pas avant le 1er juillet de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 26 ans, elle est affiliée d'office à la Caisse flamande d'Assurance Soins à partir du 1er janvier de l'année au cours de laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les première et deuxième primes peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première et deuxième primes.

§ 2. Toute personne qui s'installe dans la région de langue néerlandaise et qui a atteint l'âge de 26 ans au moins s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix. L'affiliation est obligatoire à partir du 1er janvier de l'année au cours de laquelle cette personne s'installe dans la région de langue néerlandaise. Si cette personne ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins de son choix dans les six mois de son installation en région de langue néerlandaise, elle est affiliée d'office à la Caisse flamande d'Assurance Soins à partir du 1er janvier de l'année au cours de laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les personnes qui s'installent dans la région de langue néerlandaise au cours du premier semestre d'une année calendrier peuvent payer les première et deuxième primes jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles s'y sont installées, sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première et deuxième primes.

Les personnes qui s'installent dans la région de langue néerlandaise au cours du second semestre d'une année calendrier peuvent payer les première, deuxième et troisième primes jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant celle au cours de laquelle elles s'y sont installées, sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première, deuxième et troisième primes.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 42, § 2, alinéas 1er et 2, du décret du 18 mai 2018, qui a atteint l'âge de 26 ans au moins s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes visées à l'alinéa 1er peuvent payer les primes jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant la date à laquelle l'agence a reçu de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale le fichier dans lequel ces personnes ont été reprises pour la première fois, sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018.

Le ministre fixe les modalités du délai d'affiliation, la notion d'emploi et la preuve de la qualité d'assuré social belge.

Chapitre 3. — *Affiliation volontaire*

Art. 57. § 1er. Toute personne visée à l'article 42, § 1er, alinéa 2, du décret du 18 mai 2018 peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir du 1er janvier de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 26 ans.

Elle peut payer les première et deuxième primes jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle de son vingt-sixième anniversaire. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première et deuxième primes.

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

Les personnes qui s'installent dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours du premier semestre d'une année calendrier peuvent payer les première et deuxième primes jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles s'y sont installées. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première et deuxième primes.

Les personnes qui s'installent dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours du second semestre d'une année calendrier peuvent payer les première, deuxième et troisième primes jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant celle au cours de laquelle elles s'y sont installées. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première, deuxième et troisième primes.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 42, § 2, alinéas 3 et 4, du décret du 18 mai 2018, qui a atteint l'âge de 26 ans au moins s'affilie à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes visées à l'alinéa 1er peuvent payer les primes jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant la date à laquelle l'agence a reçu de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale le fichier dans lequel ces personnes ont été reprises pour la première fois.

Le ministre fixe les modalités de l'affiliation, la notion d'emploi et la preuve de la qualité d'assuré social belge.

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

À l'alinéa 1er, un militaire belge s'entend du militaire rémunéré par le Ministère belge de la Défense et les personnes à sa charge.

§ 5. Toute personne visée aux paragraphes 1er à 4 qui s'affilie en dehors des périodes visées aux paragraphes 1er à 4 est affiliée tardivement. L'affiliation tardive prend cours au 1er janvier de l'année du paiement de la première prime. Dans ce cas, la durée d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 41, § 1er, alinéas 2 et 3, du décret du 18 mai 2018, s'applique.

Art. 58. § 1er. Toute personne visée à l'article 42, § 1er, alinéa 3, du décret du 18 mai 2018 peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 26 ans.

Elle peut payer les première et deuxième primes jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle de son vingt-sixième anniversaire. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première et deuxième primes.

§ 2. Toute personne qui s'installe dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui, par conséquent, peut être considérée comme une personne visée à l'article 42, § 1er, alinéa 3, du décret du 18 mai 2018 peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix si elle a atteint l'âge de 26 ans au moins. L'affiliation est possible à partir du 1er janvier de l'année au cours de laquelle cette personne s'installe dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les personnes qui s'installent dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours du premier semestre d'une année calendrier peuvent payer les première et deuxième primes jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles s'y sont installées. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première et deuxième primes.

Les personnes qui s'installent dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours du second semestre d'une année calendrier peuvent payer les première, deuxième et troisième primes jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant celle au cours de laquelle elles s'y sont installées. Le ministre peut fixer les modalités de paiement des première, deuxième et troisième primes.

§ 3. Toute personne visée aux paragraphes 1er et 2 qui s'affilie en dehors des périodes visées aux paragraphes 1er et 2 est affiliée tardivement. L'affiliation tardive prend cours au 1er janvier de l'année du paiement de la première prime. Dans ce cas, la durée d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 41, § 1er, alinéas 2 et 3, du décret du 18 mai 2018, s'applique.

§ 4. Les paragraphes 1er à 3 s'appliquent également aux étudiants provenant d'un État membre de l'UE ou de l'EEE autre que la Belgique ou de la Suisse, lorsqu'ils n'ont pas la qualité d'assuré social belge.

Chapitre 4. — *Affiliation administrative*

Art. 59. § 1er. Toute personne visée à l'article 43 et à l'article 44 du décret du 18 mai 2018 s'affilie administrativement à une caisse d'assurance soins de son choix préalablement à la prestation de soins à laquelle il fait appel dans le cadre de la protection sociale flamande.

§ 2. Les personnes visées à l'article 44, § 1er ou § 2, du décret du 18 mai 2018 doivent démontrer qu'elles résident de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, au moyen de pièces justificatives.

Le ministre peut déterminer les pièces justificatives à l'aide desquelles une résidence de fait dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale peut être démontrée.

§ 3. Le ministre peut définir des conditions supplémentaires auxquelles doivent satisfaire les personnes visées à l'article 44 du décret du 18 mai 2018.

Art. 60. Une personne qui doit s'affilier administrativement à une caisse d'assurance soins conformément à l'article 59 est informée, par la structure de soins ou par le fournisseur d'aides à la mobilité auxquels il s'est adressé, de son obligation d'obligation d'affiliation telle que visée à l'article 59 et de la liberté de choix dont il dispose quant à la caisse d'assurance soins d'affiliation.

Chapitre 5. — *Interdiction d'affiliation*

Art. 61. Les personnes auxquelles la protection sociale flamande ne s'applique pas ne peuvent pas s'affilier à une caisse d'assurance soins, hormis l'affiliation volontaire conformément à l'article 58 et l'affiliation administrative conformément à l'article 59.

Le ministre peut fixer les modalités de l'interdiction d'affiliation et du remboursement des primes.

Le ministre détermine également la manière dont peut être apportée la preuve qu'une personne a la qualité d'assuré social dans un autre État membre.

Art. 62. Toute personne visée à l'article 61 qui acquiert la qualité d'une personne telle que visée aux articles 56, 57 ou 58 peut payer les première et deuxième primes jusqu'au 31 décembre de l'année suivant la date du changement de sa qualité, sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018 et sans que la durée d'affiliation ininterrompue visée à l'article 41, § 1er, alinéas 2 et 3, du décret du 18 mai 2018 ne s'applique.

Chapitre 6. — *Mode d'affiliation*

Art. 63. Une personne s'affilie à la caisse d'assurance soins à laquelle elle paie la première prime. L'affiliation est valable par année calendrier.

Art. 64. Si une personne a été correctement signalée à l'agence comme membre par plusieurs caisses d'assurance soins, elle devient membre de la première caisse d'assurance soins à avoir communiqué l'affiliation à l'agence dans les délais fixés à cet effet.

Les caisses d'assurance soins visées à l'alinéa 1er peuvent, après concertation, renoncer à l'affiliation d'une personne au profit d'une autre caisse d'assurance soins.

Chapitre 7. — *Changement de caisse d'assurance soins*

Art. 65. Un membre peut changer de caisse d'assurance soins à partir du 1er janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle il en a communiqué l'intention. À cet effet, il remplit le formulaire de mutation mis à disposition par l'agence et le transmet à l'autre caisse d'assurance soins au plus tard le cinq décembre de l'année en cours.

Art. 66. Une personne qui est affiliée à une caisse d'assurance soins, créée par des mutualités, une union nationale ou une société mutualiste, telles que visées à l'article 18, alinéa 1er, 1°, du décret du 18 mai 2018, et qui est en même temps membre d'une mutualité n'appartenant pas à cette union nationale ou société mutualiste peut encore changer de caisse d'assurance soins par dérogation à l'application de l'article 65 du présent arrêté.

Art. 67. Le ministre fixe les modalités de mutation de caisse d'assurance soins.

Titre 2. — *Primes pour la protection sociale flamande*

Chapitre 1er. —. *Montant et perception des primes pour la protection sociale flamande*

Art. 68. Dans le présent article, l'indice-santé s'entend de l'indice des prix calculé pour l'application de l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

La prime annuelle pour la protection sociale flamande, visée à l'article 45, § 1er, du décret du 18 mai 2018, s'élève à 50 euros.

Par dérogation à l'alinéa 2, la prime annuelle pour la protection sociale flamande s'élève à 25 euros pour les personnes ayant droit, au 1er janvier de l'année calendrier précédant celle à laquelle se rapporte la prime, à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi sur l'assurance maladie.

À partir de l'année calendrier 2017, les montants visés aux alinéas 2 et 3 sont adaptés, chaque année au 1er janvier, à l'évolution de l'indice-santé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice-santé des prix à la consommation du mois d'avril en 2014.

Après le calcul annuel visé à l'alinéa 4, les montants sont arrondis à l'unité inférieure si la première décimale est inférieure à cinq. Les montants sont arrondis à l'unité supérieure si la première décimale est égale ou supérieure à cinq.

Art. 69. Outre la prime annuelle pour la protection sociale flamande, la caisse d'assurance soins réclame annuellement à ses membres les primes pour la protection sociale flamande dues pour les années précédentes, sauf les primes qui sont réclamées par l'agence en même temps que l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018.

Si le membre y consent, la caisse d'assurance soins peut réclamer les primes dues par le biais d'un message électronique.

Le membre paie sa prime annuelle visée à l'alinéa 1er à sa caisse d'assurance soins au plus tard le 30 avril de l'année en cours.

Art. 70. Le montant de primes perçu est imputé sur l'année la plus récente pour laquelle la prime pour la protection sociale flamande n'a pas ou pas entièrement été payée.

Art. 71. La caisse d'assurance soins déduit les primes non payées pour l'usager des budgets de soins versés à l'usager, sauf les primes qui sont réclamées par l'agence en même temps que l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018.

Art. 72. Le ministre fixe les modalités de perception des primes.

Chapitre 2. — *Lettre de rappel*

Art. 73. Lorsqu'un membre ne paie pas la prime annuelle après la première invitation, la caisse d'assurance soins envoie une lettre de rappel au plus tard le 30 novembre de la même année calendrier, sauf si la prime annuelle a été réclamée par lettre recommandée.

Chapitre 3. — *Lettre recommandée*

Art. 74. Aux membres qui n'ont pas ou pas entièrement payé au moins deux primes, pas nécessairement consécutives, la caisse d'assurance soins réclame les primes dues par lettre recommandée, au plus tard le 1er septembre de l'année de la deuxième prime impayée ou non entièrement payée.

Le membre paie les primes visées à l'alinéa 1er à sa caisse d'assurance soins au plus tard le 5 octobre de l'année de l'envoi de la lettre recommandée.

Aux membres visés à l'alinéa 1er auxquels il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée visée à l'alinéa 1er au plus tard le 1er septembre, la caisse d'assurance soins réclame encore les primes dues par lettre recommandée, au plus tard le 1er septembre de l'année suivante.

Le ministre peut déterminer les situations dans lesquelles il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée visée au paragraphe 3.

En vue d'infliger l'amende administrative visée à l'article 47 du décret du 18 mai 2018, chaque caisse d'assurance soins transmet par voie électronique à l'agence, suivant les conditions imposées par l'agence, les données des personnes auxquelles a été envoyée une lettre recommandée telle que visée aux alinéas 1er et 2. Cela se fait au plus tard le 10 octobre de l'année d'envoi des lettres recommandées.

Titre 3. — *Cessation de l'affiliation*

Art. 75. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année au cours de laquelle les membres qui se sont affiliés obligatoirement ne relèvent plus du champ d'application du décret du 18 mai 2018, visé à l'article 3 du décret précité. La prime annuelle reste due pour l'année en cours.

Art. 76. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année au cours de laquelle les membres qui se sont affiliés volontairement ne relèvent plus du champ d'application du décret du 18 mai 2018, visé à l'article 3 du décret précité. La prime annuelle reste due pour l'année en cours.

Art. 77. L'affiliation prend fin avec effet rétroactif et d'office pour les personnes qui se sont affiliées volontairement et n'ont pas payé ou n'ont payé que partiellement la prime annuelle à deux reprises. L'affiliation prend fin avec effet rétroactif le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la prime a été entièrement payée.

Le membre peut former opposition à cette cessation d'office de son affiliation auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. Le ministre fixe les modalités selon lesquelles la cessation d'office ou l'opposition doit se dérouler.

Art. 78. L'affiliation prend fin avec effet rétroactif le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la prime a été entièrement payée lorsque les membres qui se sont affiliés volontairement en font la demande.

Art. 79. Lorsque la personne visée à l'article 77 ou 78 s'affilie de nouveau à une caisse d'assurance soins après la cessation avec effet rétroactif de son affiliation, l'article 41, § 1er, alinéas 2 et 3, reste applicable.

Art. 80. Les primes d'une personne qui peut s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins sont uniquement remboursées par la caisse d'assurance soins lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° la personne démontre ne pas être informée, au moment du paiement des primes, du fait que l'affiliation est volontaire ;

2° la personne introduit une demande écrite.

Partie 4. — Dispositions de sanction : l'amende administrative

Titre 1er. — *Cas dans lesquels l'amende administrative est infligée*

Art. 81. Une amende administrative est infligée à tout membre visé à l'article 56 du présent arrêté qui, à deux reprises, pas nécessairement consécutives, n'a pas ou n'a que partiellement payé la prime visée à l'article 45 du décret du 18 mai 2018 au plus tard le 5 octobre de l'année de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 74 du présent arrêté.

Titre 2. — *Motifs d'exemption de l'amende administrative*

Art. 82. Le non-paiement ou le paiement partiel de la prime n'est pas pris en compte dans les cas suivants pour infliger une amende administrative :

1° au moment de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 74, le membre réside dans un établissement pénitentiaire ou dans une institution, une section ou un centre tels que visés à l'article 61 du décret du 18 mai 2018. Une attestation de l'établissement en question en constitue la preuve ;

2° au moment de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 74, le membre est déclaré disparu, absent ou radié d'office. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, une attestation de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve ;

3° au moment de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 74, le membre fait l'objet d'une guidance ou d'une gestion budgétaire par un centre public d'action sociale ou par une institution de médiation de dettes agréée par la Communauté flamande ou d'une médiation de dettes à l'amiable telle que visée à l'article 519, § 2, 10°, C. jud. Une attestation du centre public d'action sociale ou de l'institution agréée ou de l'huissier de justice en constitue la preuve ;

4° le non-paiement ou le paiement partiel de la prime résulte d'une faute de l'agence, du Registre national ou de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale ;

5° la non-réception ou la réception tardive de la lettre recommandée visée à l'article 74 résulte d'une faute manifeste de la caisse d'assurance soins. Une attestation de la caisse d'assurance soins en constitue la preuve ;

6° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile en dehors de la région de langue néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, pour lequel une enquête sur l'obligation d'affiliation est en cours auprès de l'agence ;

7° la prime est versée sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 15 octobre de l'année de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 74 ;

8° la caisse d'assurance soins a indûment reversé une prime entièrement payée d'un membre.

Il n'est pas infligé d'amende administrative aux personnes connues auprès de l'agence comme :

1° radiées d'office ;

2° disparues.

Titre 3. — *Procédure*

Art. 83. Les caisses d'assurance soins communiquent à l'agence les données des personnes prises en considération pour une amende administrative. Le ministre fixe les modalités à ce sujet et précise les données à communiquer.

Art. 84. Le fonctionnaire dirigeant inflige l'amende administrative.

L'intéressé est invité, par lettre recommandée, à payer l'amende administrative, majorée, le cas échéant, des primes dues, dans le délai de deux mois suivant l'envoi de la lettre recommandée.

Un paiement partiel dans le cadre de l'amende administrative est imputé en premier lieu sur le montant non réglé de l'amende administrative. Dès que l'amende administrative est payée, les paiements supplémentaires sont portés en déduction des primes dues.

Titre 4. — *Recours administratif contre l'amende administrative*

Art. 85. Les personnes auxquelles une amende administrative est infligée peuvent former un recours administratif auprès de l'agence dans le délai de deux mois suivant l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 84, alinéa 2. Le recours n'est recevable que s'il est motivé et accompagné de toutes pièces pertinentes. Le recours est suspensif.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision sur avis de l'agence. Le ministre fixe les modalités de la procédure de recours administratif.

Titre 5. — *Recouvrement*

Art. 86. Si une personne ne paie pas dans le délai visé à l'article 84, alinéa 2, l'amende administrative, majorée, le cas échéant, des primes dues, dans le cadre de l'amende administrative, sera recouvrée par voie de contrainte.

Les données des personnes auprès desquelles l'amende administrative, majorée, le cas échéant, des primes dues, doit être recouvrée par contrainte sont transmises au Service flamand des Impôts.

Partie 5. — Enregistrement, traitement et échange de données

Titre 1er. — *Généralités*

Art. 87. L'agence et les caisses d'assurance soins utilisent le numéro NISS des usagers comme donnée-clé unique pour la création, l'identification et la gestion de dossiers, pour la consultation des données à caractère personnel requises afin de pouvoir traiter et gérer des dossiers et pour la réception des mutations pour les données à caractère personnel requises.

Art. 88. Conformément à l'article 50 du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins transmettent les informations suivantes aux organismes assureurs :

1° les admissions et les données relatives au séjour dans le cadre des soins résidentiels aux personnes âgées, y compris les indications, et les modifications éventuelles ;

2° les prestations admises facturées dans le cadre des piliers aides à la mobilité et soins résidentiels aux personnes âgées et les suppléments.

Conformément à l'article 50 du décret du 18 mai 2018, les organismes assureurs transmettent les informations suivantes aux caisses d'assurance soins :

1° les admissions et les données relatives au séjour, à condition qu'une admission dans le cadre des soins résidentiels aux personnes âgées ait été notifiée par la caisse d'assurance soins ;

2° les prestations admises facturées, à condition qu'une admission dans le cadre des soins résidentiels aux personnes âgées ait été notifiée par la caisse d'assurance soins ;

3° les admissions et les données relatives au séjour dans le cadre des soins résidentiels aux personnes âgées, dans la région de langue française, dans la région de langue allemande et, en ce qui concerne les structures de soins bicommunautaires et les structures de soins qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme relevant de la Communauté française, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale;

4° les admissions et les données relatives au séjour et les prestations admises facturées dans le cadre de ces admissions, à condition qu'une demande d'intervention pour une aide à la mobilité soit contrôlée par la caisse d'assurance soins.

Art. 89. Conformément à l'article 49, § 8, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins transmettent à l'Agence Intermutualiste toutes les données relatives aux prestations facturées dans le cadre des piliers aides à la mobilité et soins résidentiels aux personnes âgées.

En ce qui concerne les modalités de la transmission de données visée à l'alinéa 1er, il sera demandé, si besoin en est et selon le cas, une délibération préalable de la chambre compétente du comité de sécurité de l'information ou une autorisation de principe du comité sectoriel compétent.

Art. 90. Conformément à l'article 49, § 7, du décret du 18 mai 2018, toutes les données pertinentes sont transmises à l'agence pour analyses au niveau politique et du management et pour l'établissement de rapports opérationnels.

En ce qui concerne les modalités de la transmission de données visée à l'alinéa 1er, il sera demandé, si besoin en est et selon le cas, une délibération préalable de la chambre compétente du comité de sécurité de l'information ou une autorisation de principe du comité sectoriel compétent.

Art. 91. Les données à caractère personnel peuvent être conservées sous forme électronique.

Art. 92. Dans les cas où le décret du 18 mai 2018 ou le présent arrêté prévoit l'envoi de pièces ou l'exécution de paiements à la résidence principale, il peut être fait usage, par dérogation à l'article 54, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018, pour les personnes visées à l'article 44 du décret précité, d'une adresse de contact de la personne en question.

Titre 2. — *Aides à la mobilité*

Art. 93. § 1er. En vue de l'introduction d'une demande d'intervention pour une aide à la mobilité conformément aux dispositions du présent arrêté, l'usager transmet son numéro NISS au fournisseur d'aides à la mobilité.

Le fournisseur d'aides à la mobilité doit pouvoir accéder, sur la base du numéro NISS de l'usager, aux informations concernant :

1° la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié ;

2° le statut d'assurance de l'usager ;

3° ses nom et prénom ;

4° sa date de naissance ;

5° son sexe ;

6° sa résidence principale ;

7° le cas échéant, la date de son décès.

§ 2. En vue de l'introduction d'une demande d'intervention pour une aide à la mobilité conformément aux dispositions du présent arrêté, le fournisseur d'aides à la mobilité est informé le cas échéant, au moyen du code de prestation de l'aide à la mobilité concernée, du motif du résultat négatif du contrôle des conditions de remboursement exécuté par la caisse d'assurance soins.

Le résultat négatif visé à l'alinéa 1er peut découler :

1° des règles de cumul d'aides à la mobilité, visées à l'annexe 3 ;

2° des délais de renouvellement, visés à l'annexe 2 ;

3° de demandes d'interventions pour des aides à la mobilité qui ont déjà été introduites et qui doivent encore être traitées ;

4° de l'admission de l'usager dans un centre de soins résidentiels, un hôpital ou un hôpital de revalidation ;

5° d'autres contrats de location en cours dans le cadre d'interventions octroyées pour des aides à la mobilité.

Art. 94. Les demandes d'interventions pour des aides à la mobilité sont introduites auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, conformément à l'article 376.

Outre la consultation des informations visées à l'article 52, alinéa 1er, et à l'article 53, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, conformément à l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence dans le cadre de sa fonction de contrôle, d'autre part, conformément à l'article 109, alinéa 2, du décret précité, doivent pouvoir accéder aux informations suivantes sur la base du numéro NISS de l'usager :

1° le statut d'assurance de l'usager ;

2° l'historique des aides à la mobilité déjà fournies à l'usager ;

3° le cas échéant, l'admission de l'usager dans un centre de soins résidentiels ou un hôpital ;

4° le cas échéant, d'autres demandes en cours pour des aides à la mobilité ;

5° le montant pour les frais d'entretien et de réparation qui est à la disposition de l'usager.

Les caisses d'assurance soins, d'une part, et l'agence dans le cadre de sa fonction de contrôle, d'autre part, doivent également pouvoir accéder au contenu des documents à joindre à la demande d'intervention conformément au présent arrêté, des contrats de location et des documents de délivrance. Les documents à joindre à la demande d'intervention concernant, selon l'aide à la mobilité pour laquelle une intervention est demandée :

1° la demande ;

2° la prescription médicale ;

3° le rapport d'avis en matière de voiturette ;

4° le rapport de motivation ;

5° le devis ;

6° le rapport d'essai.

Art. 95. Le numéro NISS de l'usager est utilisé dans le cadre de la facturation d'interventions par des fournisseurs d'aides à la mobilité à la caisse d'assurance soins, conformément au livre 2, partie 2, titre 6, chapitre 1er.

Art. 96. Les fournisseurs d'aides à la mobilité sont tenus de conserver les documents de demande, les documents de délivrance et les factures pendant une période minimale de dix ans.

Art. 97. Les données visées à l'article 96 sont conservées par l'agence jusqu'au décès de l'usager concerné.

Art. 98. Les documents visés aux articles 96 et 97 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 99. La Commission des caisses d'assurance soins et la Commission technique spéciale doivent, conformément à l'article 37, § 1er, et à l'article 133, § 5, du décret du 18 mai 2018, en fonction des tâches leur imposées, avoir accès aux données visées à l'article 94.

Art. 100. Les données visées à l'article 50, alinéa 6, du décret du 18 mai 2018, auxquelles l'Agence flamande pour les Personnes handicapées (VAPH) doit pouvoir accéder sont les suivantes :

1° les aides à la mobilité pour lesquelles l'usager a demandé une intervention ;

2° les aides à la mobilité pour lesquelles l'intervention demandée par l'usager a été approuvée et la date de l'approbation ;

3° le groupe principal et le sous-groupe de la liste des prestations auxquels l'aide à la mobilité appartient.

La VAPH n'a accès aux documents joints à une demande d'intervention pour une aide à la mobilité conformément au présent arrêté que dans les cas où il s'agit d'un usager atteint d'une affection dégénérative rapide ou d'une affection assimilée qui souhaite également introduire auprès de la VAPH une demande d'intervention pour une autre aide.

Art. 101. Les données visées à l'article 50, alinéa 3, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les médecins-conseils doivent pouvoir accéder sont les suivantes :

1° les aides à la mobilité pour lesquelles l'usager a demandé une intervention ;

2° les aides à la mobilité pour lesquelles l'intervention demandée par l'usager a été approuvée et la date de l'approbation ;

3° le groupe principal et le sous-groupe de la liste des prestations auxquels l'aide à la mobilité appartient ;

4° un ou plusieurs des documents suivants, en fonction de l'aide à la mobilité pour laquelle une intervention est demandée ou accordée :

a) la demande ;

b) la prescription médicale ;

c) le rapport d'avis en matière de voiturette ;

d) le rapport de motivation ;

e) le devis ;

f) le rapport d'essai ;

g) le contrat de location ;

h) le document de délivrance.

Art. 102. Les données visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder sont les suivantes :

1° les aides à la mobilité pour lesquelles l'usager a demandé une intervention ;

2° les aides à la mobilité pour lesquelles l'intervention demandée par l'usager a été approuvée et la date de l'approbation ;

3° le groupe principal et le sous-groupe de la liste des prestations auxquels l'aide à la mobilité appartient.

Titre 3. — *Soins résidentiels aux personnes âgées*

Art. 103. En vue de la déclaration d'un usager, l'usager transmet son numéro NISS au centre de soins résidentiels, centre de court séjour ou centre de soins de jour.

Le centre de soins résidentiels, le centre de court séjour ou le centre de soins de jour doit pouvoir accéder, sur la base du numéro NISS de l'usager, aux informations concernant :

1° la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié ;

2° le statut d'assurance de l'usager ;

3° ses nom et prénom ;

4° sa date de naissance ;

5° son sexe ;

6° sa résidence principale ;

7° le cas échéant, la date de son décès.

Art. 104. § 1er. En vue de la déclaration d'un usager, le centre de soins résidentiels, le centre de court séjour ou le centre de soins de jour transmet les informations suivantes à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié :

1° les admissions et les données relatives au séjour ;

2° les indications, notamment :

a) le score de l'usager sur les items visés à l'article 424 ;

b) la date des attestations et rapports supplémentaires tels que visés à l'article 450, 4° à 6°.

Le ministre peut préciser ce qu'il faut entendre par 'données relatives au séjour'.

§ 2. Outre la consultation des informations visées à l'article 52, alinéa 1er, et à l'article 53, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, conformément à l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence dans le cadre de sa fonction de contrôle, d'autre part, conformément à l'article 145, § 2, alinéa 3, à l'article 148, § 2, alinéa 3, à l'article 150, § 2, alinéa 3, et à l'article 152, § 2, alinéa 3, du décret précité, doivent pouvoir accéder aux informations visées au paragraphe 1er, alinéa 1er, sur la base du numéro NISS de l'usager.

Art. 105. Le numéro NISS de l'usager est utilisé dans le cadre de la facturation d'interventions par des centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour à la caisse d'assurance soins, conformément au livre 3, partie 6.

Art. 106. Les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour sont tenus de conserver les documents et informations nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une période maximale de dix ans, à moins qu'un délai de conservation plus long ne soit prescrit par une autre législation applicable.

Art. 107. Les données visées à l'article 106 sont conservées par l'agence jusqu'au décès de l'usager concerné.

Art. 108. Les documents visés aux articles 106 et 107 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 109. Conformément à l'article 37, § 1er, du décret du 18 mai 2018, la Commission des caisses d'assurance soins doit, en fonction des tâches lui imposées, avoir accès aux données visées aux articles 103 et 104, § 1er, alinéa 1er, à l'exception des données relatives à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

Art. 110. Les données visées à l'article 50, alinéa 3, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les médecins-conseils doivent pouvoir accéder sont les suivantes :

1° les admissions et les données relatives au séjour ;

2° les indications, notamment :

a) le score de l'usager sur les items visés à l'article 424 ;

b) la date des attestations et rapports supplémentaires tels que visés à l'article 450, 4° à 6°.

Art. 111. Les données visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder sont celles visées à l'article 110.

Partie 6. — Interventions

Titre 1er. — *Généralités*

Art. 112. Pour pouvoir prétendre à des interventions, l'usager doit avoir payé toutes les primes pour la protection sociale flamande dues pour les années précédentes conformément aux articles 68 à 72.

Art. 113. § 1er. L'usager qui ne peut pas payer de prime auprès d'une caisse d'assurance soins uniquement en raison de la condition d'âge peut prétendre à une intervention s'il remplit les conditions visées à l'article 41 du décret du 18 mai 2018.

L'usager visé à l'alinéa 1er est réputé être affilié à une caisse d'assurance soins de son choix, telle que visée à l'article 41, § 1er, alinéa 1er, 1°, du décret du 18 mai 2018, pour la durée de la décision d'intervention. Tant qu'il ne remplit pas la condition d'âge pour payer une prime, il ne doit pas la payer.

La condition visée à l'article 41, § 1er, alinéa 2, du décret du 18 mai 2018 ne s'applique pas à l'usager visé à l'alinéa 1er.

§ 2. Pour qu'un usager de moins de 18 ans puisse prétendre aux droits visés dans le décret du 18 mai 2018, au moins un de ses parents ou son représentant légal doit être affilié à une caisse d'assurance soins. Cette condition s'applique dès qu'un des parents ou le représentant légal est âgé d'au moins 27 ans.

La condition visée à l'alinéa 1er ne s'applique pas si et aussi longtemps qu'un des parents ou le représentant légal est autorisé à s'affilier à la protection sociale flamande.

Il peut être dérogé à la condition visée à l'alinéa 1er par une décision de l'agence, prise sur la base du caractère digne d'intérêt démontré, sur avis de la commission du recours administratif visée à l'article 144.

Art. 114. Sous réserve de l'application des conditions et procédures pour la facturation et le paiement d'interventions, le ministre peut fixer les règles d'exécution du paiement.

Art. 115. Le délai de prescription de deux ans pour le paiement des interventions, visé à l'article 62 du décret du 18 mai 2018, est interrompu par lettre recommandée et dans les visés aux articles 2244 à 2250 du Code civil.

Titre 2. — *Dispense de primes*

Art. 116. Lorsqu'un usager qui a besoin de soins dans le cadre des piliers de la protection sociale flamande visés à l'article 4, alinéa 1er, 4° à 9°, du décret du 18 mai 2018 ne peut pas exercer son droit à une intervention en raison de primes impayées, la caisse d'assurance soins reçoit un message via la plate-forme numérique de la Protection sociale flamande.

Art. 117. La caisse d'assurance soins somme l'usager précité de payer les primes impayées, vérifie si l'usager se trouve dans une situation digne d'intérêt, visée à l'article 46, § 2, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018, et décide si l'usager peut être dispensé du paiement de primes en retard d'acquittement ou si les primes peuvent être diminuées conformément à l'article 46 du décret du 18 mai 2018.

Art. 118. Le CPAS atteste de la situation digne d'intérêt, visée à l'article 46, § 2, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018, si l'une des conditions suivantes est remplie :

1° le revenu du ménage de l'usager se situe sous le seuil de pauvreté visé dans les Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie ;

2° la situation est jugée digne d'intérêt par le CPAS pour des raisons médicales, sociales ou financières.

Le revenu du ménage de l'usager est réputé de plein droit se situer sous le seuil de pauvreté conformément à l'alinéa 1er, 1°, si l'une des conditions suivantes est remplie :

1° l'usager ou un membre de son ménage a droit à un revenu d'intégration tel que visé dans la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;

2° l'usager ou un membre de son ménage a droit à une allocation de remplacement de revenus telle que visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

3° l'usager ou un membre de son ménage a droit au montant journalier minimal de l'allocation de chômage tel que visé dans l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et le revenu du ménage de l'usager consiste uniquement en cette allocation ;

4° l'usager ou un membre de son ménage a droit la garantie de revenus aux personnes âgées telle que visée dans la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées.

Le revenu du ménage de l'usager visés aux alinéas 1er et 2 est calculé conformément à l'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.

Le CPAS constate, à l'aide d'une enquête sociale, si l'usager se trouve dans situation digne d'intérêt occasionnée par des raisons médicales, sociales ou financières, telle que visée à l'alinéa 1er, 2°. Le CPAS motive l'attestation ou non de la situation et transmet cette motivation à la caisse d'assurance soins.

Art. 119. § 1er. L'usager peut former auprès de l'agence un recours administratif contre la décision de la caisse d'assurance soins quant à la dispense du paiement de primes en retard d'acquittement ou à la diminution des primes conformément à l'article 46, § 1er, du décret du 18 mai 2018, dans les trois mois de l'envoi de la décision. Le recours n'est recevable que s'il est motivé et accompagné de toutes pièces pertinentes. Le recours est suspensif.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision sur avis de l'agence. Le ministre fixe les modalités de la procédure de recours administratif.

§ 2. Après épuisement de la procédure de recours administratif visée au paragraphe 1er, l'usager peut former recours devant le tribunal du travail dans le délai de trois mois suivant la réception de la décision contestée.

Art. 120. La caisse d'assurance soins rend compte annuellement à l'agence de l'application du caractère digne d'intérêt selon les modalités définies par l'agence.

Titre 3. — *Subrogation*

Art. 121. Pour l'exercice de leur droit de subrogation conformément à l'article 75 du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins font appel à un prestataire de services externe.

La caisse d'assurance soins charge le prestataire de services externe d'exercer le droit de subrogation, y compris les procédures judiciaires et la conclusion d'accords sur l'indemnisation, au nom et pour le compte de la caisse d'assurance soins. Le prestataire de services externe agit en bon père de famille. La Commission des caisses d'assurance soins visée à l'article 33 du décret du 18 mai 2018 a la faculté d'évaluer la proposition du prestataire de services externe au sujet du lien de causalité entre les coûts et l'accident, d'une part, et l'étendue de l'indemnisation, d'autre part, dans les cas définis par le ministre. À défaut d'évaluation par la Commission des caisses d'assurance soins dans le délai fixé par le ministre, l'évaluation est réputée positive.

Le ministre désigne les prestataires de services externes et conclut avec les prestataires de services externes et les caisses d'assurance soins des accords de coopération réglant au moins l'échange de données, la validation de l'étendue et le lien de causalité, l'établissement de rapports et le contrôle.

Art. 122. § 1er. L'octroi des interventions visées à l'article 75, § 1er, du décret du 18 mai 2018, est subordonné à la condition que quiconque sollicite les interventions donne la possibilité à sa caisse d'assurance soins d'exercer le droit de subrogation visée dans ledit article. L'usager communique à sa caisse d'assurance soins ou au prestataire de services externe les informations suivantes :

1° si le dommage pour lequel l'intervention est obtenue peut être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère ;

2° toutes les informations permettant de déterminer si l'indemnisation doit avoir lieu en vertu du droit commun, d'un accord ou d'une autre législation, y compris les informations judiciaires éventuelles ou d'autres actes en rapport avec le dommage ;

3° toute action intentée ou autre procédure engagée en vue d'obtenir l'indemnisation en vertu du droit commun ou d'une autre législation.

§ 2. La communication visée au paragraphe 1er peut avoir lieu sur un formulaire fourni par l'agence ou un formulaire utilisé par le prestataire de services externe visé à l'article 121.

Art. 123. § 1er. Si l'usager omet de communiquer les informations visées à l'article 122, § 1er, à sa caisse d'assurance soins ou au prestataire de services externe, la caisse d'assurance soins peut décider de diminuer, de suspendre, voire, de récupérer les interventions auprès de l'usager.

§ 2. Les articles 126 à 130 et l'article 137 s'appliquent par analogie.

La décision de la caisse d'assurance soins, visée à l'article 126, contient en outre au moins les informations suivantes :

1° la constatation que des montants indus ont été payés ;

2° le montant de la récupération et son calcul ;

3° la possibilité pour l'usager de demander un plan d'apurement auprès de sa caisse d'assurance soins.

Le ministre détermine les autres mentions que doit contenir la décision visée à l'alinéa 2.

Art. 124. Les caisses d'assurance soins reçoivent un pourcentage des montants récupérés conformément aux dispositions du présent titre en guise de frais de fonctionnement au profit du prestataire de services externe visé à l'article 121.

Le pourcentage visé à l'alinéa 1er est fixé conformément à l'article 3 de l'arrêté royal du 7 octobre 1993 fixant le pourcentage dont les frais d'administration des organismes assureurs sont majorés en cas de récupération de sommes payées.

Titre 4. — *Récupération d'interventions payées indûment*

Chapitre 1er. — *Récupération d'interventions payées indûment à l'usager*

Art. 125. L'usager qui a reçu indûment une intervention est tenu d'en rembourser la valeur. La valeur est, si possible, portée en déduction d'interventions futures de la protection sociale flamande payées à l'usager.

Art. 126. § 1er. La caisse d'assurance soins communique sa décision de récupérer l'intervention payée indûment auprès de l'usager ou de la déduire par une lettre recommandée adressée à l'usager ou à son représentant. La décision mentionne au moins :

1° que les interventions payées indûment peuvent être déduites des interventions futures de la protection sociale flamande ;

2° la possibilité pour l'usager ou son représentant d'introduire auprès de l'agence un recours administratif contre la récupération ou la déduction.

Le ministre détermine les autres mentions que doit contenir la décision visée à l'alinéa 1er.

§ 2. Préalablement à l'envoi de la lettre recommandée visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, la caisse d'assurance soins peut envoyer à l'usager ou à son représentant une lettre contenant les mentions visées au paragraphe 1er, alinéa 1er. À défaut de réaction de l'usager à cette lettre dans le délai d'un mois, en cas de récupération, la caisse d'assurance soins envoie une lettre recommandée telle que visée au paragraphe 1er, alinéa 1er.

Art. 127. En vue du remboursement des interventions payées indûment, l'usager ou son représentant peut solliciter un plan d'apurement auprès de la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance statue sur ce plan d'apurement. La caisse d'assurance transmet à l'usager un plan d'apurement adapté ou non ou l'informe que le plan d'apurement ne peut être accepté.

Si l'usager vient à décéder pendant l'exécution du plan d'apurement, la récupération n'est pas poursuivie, sauf en cas de fraude ou de dol.

Art. 128. Les interventions payées indûment sont recouvrées par voie de contrainte lorsque :

1° à défaut de plan d'apurement de la caisse d'assurance soins, l'usager n'a pas remboursé le montant des interventions payées indûment dans les trois mois de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 126, § 1er ;

2° l'usager ne respecte pas scrupuleusement le plan d'apurement de la caisse d'assurance soins ;

3° la caisse d'assurance soins ne peut déduire les interventions payées indûment d'interventions futures de la protection sociale flamande.

La caisse d'assurance soins transmet au Service flamand des Impôts les données des personnes auprès desquelles les interventions payées indûment doivent être recouvrées par voie de contrainte via l'agence. L'agence renonce d'office à la récupération lorsque le montant est inférieur à 200 euros.

Art. 129. § 1er. Il est renoncé à la récupération d'interventions payées indûment à l'usager lorsque l'intervention payée indûment résulte uniquement d'une erreur de la caisse d'assurance soins ou d'un service administratif ou organisme dont l'usager ne peut normalement se rendre compte et que la caisse d'assurance soins n'a pas notifiée à l'usager dans les deux mois.

La caisse d'assurance soins peut renoncer de sa propre initiative à la récupération d'interventions de faibles montants.

La caisse d'assurance soins renonce d'office à la récupération d'interventions payées indûment à l'usager en cas de décès de l'usager.

Si l'usager a perçu indûment des interventions du budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins et qu'il séjourne dans un centre de soins résidentiels ou dans une maison de soins psychiatriques, la caisse d'assurance soins déduit les interventions payées indûment du budget de soins pour personnes fortement dépendantes. Parallèlement, la caisse d'assurance soins renonce d'office à la récupération des interventions payées indûment qui ne sont pas déduites du budget de soins pour personnes fortement dépendantes.

§ 2. Par dérogation à l'article 128, alinéa 2, et au paragraphe 1er, cette renonciation n'a pas lieu :

1° en cas de fraude ou de dol ;

2° s'il existe des interventions payées indûment et non encore payées au décès de l'intéressé. Dans ce cas, les interventions payées indûment sont récupérées en les déduisant des interventions non encore payées.

Art. 130. § 1er. Un usager ou son représentant peut former auprès de l'agence un recours administratif, tel que visé à l'article 76, § 5, du décret du 18 mai 2018, contre la décision de récupération ou de déduction conformément à l'article 125 du présent arrêté.

Le recours administratif visé à l'alinéa 1er peut également être formé pour l'usager par un centre public d'action sociale, un service social de la mutualité, visé à l'article 14 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, ou d'autres instances agissant dans l'intérêt de l'usager.

Lorsque l'usager ou son représentant a formé un recours administratif tel que visé à l'alinéa 1er avant l'expiration du délai de trois mois, la récupération est suspendue jusqu'à ce que le fonctionnaire dirigeant ait statué sur le recours administratif.

Si le recours administratif est formé après le délai de trois mois, il est déclaré irrecevable. Le délai de trois mois commence à courir à partir du jour de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 126, § 1er.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant statue sur le recours administratif sur avis de la commission du recours administratif visée à l'article 144 et en application des dispositions de l'article 145, § 3, et de l'article 146. Le fonctionnaire dirigeant a la possibilité de renoncer au remboursement des montants ou de les réduire si, par l'application de la récupération, le revenu du ménage de l'usager tombe sous le seuil de pauvreté visé dans les Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie conformément à l'article 118, ou si l'usager est exposé à des frais exceptionnels consécutifs à la réduction de son autonomie.

Le ministre détermine ce qu'il y a lieu de considérer comme frais exceptionnels tels que visés à l'alinéa 1er.

§ 3. Lorsque l'usager ou son représentant a formé, auprès du tribunal du travail, un recours contre la décision sur recours administratif avant l'expiration du délai de trois mois visé à l'article 76, § 5, alinéa 2, du décret du 18 mai 2018, la récupération est à nouveau suspendue jusqu'à ce que la décision judiciaire soit devenue définitive.

Art. 131. La caisse d'assurance soins est financièrement responsable des interventions payées indûment à l'usager qui résultent d'une erreur de la caisse d'assurance soins dont l'usager ne pouvait normalement se rendre compte et que la caisse d'assurance soins n'a pas notifiée à l'usager dans les deux mois. En cas de contestation, l'agence tranche.

La caisse d'assurance soins est financièrement responsable de la renonciation à la récupération d'interventions payées indûment conformément à l'article 129, § 1er, alinéa 2.

L'agence est financièrement responsable d'interventions payées indûment autres que les interventions payées indûment visées aux alinéas 1et et 2 lorsque ces interventions ne peuvent être récupérées auprès de l'usager ou déduites d'une intervention allouée à l'usager.

Chapitre 2. — *Récupération d'interventions payées indûment à des structures de soins ou à des fournisseurs d'aides à la mobilité*

Art. 132. Lorsque des tickets de soins ou des interventions pour des aides à la mobilité ont été payés indûment à une structure de soins ou à un fournisseur d'aides à la mobilité via un droit de tirage, l'intervention est récupérée ou portée en déduction auprès de la structure de soins ou du fournisseur d'aides à la mobilité en question.

Si une personne physique ou une personne morale a perçu les tickets de soins ou les interventions pour des aides à la mobilité pour compte propre, elle est solidairement responsable, avec la structure de soins ou au fournisseur d'aides à la mobilité, de leur remboursement.

Art. 133. § 1er. La décision de la caisse d'assurance soins de déduire les interventions conformément à l'article 132 est notifiée à la structure de soins ou au fournisseur d'aides à la mobilité en question.

§ 2. Si la déduction de tickets de soins ou d'interventions pour des aides à la mobilité payés indûment est impossible, la caisse d'assurance soins communique sa décision de récupérer les interventions, comme visé à l'article 132, par lettre recommandée à la structure de soins ou au fournisseur d'aides à la mobilité en question.

Le ministre détermine les mentions que doit contenir la décision visée à l'alinéa 1er.

§ 3. Préalablement à l'envoi de la lettre recommandée visée au paragraphe 2, alinéa 1er, la caisse d'assurance soins peut envoyer une lettre à la structure de soins ou au fournisseur d'aides à la mobilité. À défaut de réaction de la structure de soins ou du fournisseur d'aides à la mobilité à cette lettre dans le délai d'un mois, la caisse d'assurance soins envoie une lettre recommandée telle que visée au paragraphe 2, alinéa 1er.

Art. 134. Les interventions payées indûment sont recouvrées par voie de contrainte lorsque :

1° la structure de soins ou le fournisseur d'aides à la mobilité n'a pas remboursé le montant des tickets de soins ou des interventions payés indûment dans les trois mois de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 133, § 2 ;

2° la caisse d'assurance soins ne peut déduire les interventions payées indûment d'interventions futures de la protection sociale flamande.

La caisse d'assurance soins transmet au Service flamand des Impôts les données des structures de soins ou des fournisseurs d'aides à la mobilité personnes auprès desquels les interventions payées indûment doivent être recouvrées par voie de contrainte via l'agence. L'agence renonce d'office à la récupération lorsque le montant est inférieur à 200 euros.

Par dérogation à l'alinéa 2, cette renonciation n'a pas lieu en cas de fraude ou de dol.

Art. 135. Une structure de soins ou un fournisseur d'aides à la mobilité peut former recours auprès du tribunal du travail contre la décision de récupération conformément à l'article 132.

Lorsque la structure de soins ou le fournisseur d'aides à la mobilité a formé un recours tel que visé à l'alinéa 1er avant l'expiration du délai de trois mois, la récupération est suspendue jusqu'à ce que la décision judiciaire soit devenue définitive.

Art. 136. L'agence est financièrement responsable d'interventions payées indûment qui ne peuvent être récupérées auprès de la structure de soins ou du fournisseur d'aides à la mobilité ou qui ne peuvent être déduites d'une intervention allouée à la structure de soins ou au fournisseur d'aides à la mobilité.

Chapitre 3. — *Disposition commune relative aux chapitres 1er et 2*

Art. 137. La caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'usager est affilié au moment de la prestation qui a donné lieu à la récupération récupère les interventions payées indûment. Lorsque l'usager change ensuite de caisse d'assurance soins, la caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'usager était affilié au moment de la prestation qui a donné lieu à la récupération reste chargée de la récupération des interventions non encore perçues.

En cas de paiement multiple auprès de différentes caisses d'assurance soins, les caisses d'assurance soins auxquelles l'intéressé n'est pas affilié récupèrent les montants.

Livre 2. — Financement lié aux soins

Partie 1re. — Budget de soins

Titre 1er. — *Généralités*

Chapitre 1er. — *Octroi automatique et paiement des interventions*

Art. 138. Les interventions sont octroyées automatiquement lorsqu'il est satisfait aux conditions suivantes :

1° l'usager a une attestation telle que visée à l'article 151 ou 233 ;

2° la caisse d'assurance soins obtient l'attestation via les données provenant de fichiers de l'agence.

S'il n'est pas satisfait aux conditions visées à l'alinéa 1er, l'intervention est octroyée sur demande.

Art. 139. L'intervention est versée au plus tard à la fin du mois auquel elle se rapporte.

Par dérogation à l'alinéa 1er, l'intervention pour soins résidentiels du budget de soins pour personnes fortement dépendantes est versée après le dernier jour du mois auquel elle se rapporte.

Pour l'usager qui décède au cours d'un mois donné, l'intervention pour le mois en question est encore exécutée.

Le ministre fixe les modalités du paiement.

Art. 140. Le budget de soins pour personnes fortement dépendantes, le budget d'assistance de base et le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins sont cumulables entre eux.

Chapitre 2. — *Modification de la situation ou des soins*

Art. 141. Afin de pouvoir continuer de prétendre à une intervention, l'usager doit communiquer immédiatement à la caisse d'assurance soins toute modification de la situation ou des soins ayant une incidence sur l'intervention.

L'usager n'est cependant pas obligé de communiquer à la caisse d'assurance soins la modification visée à l'alinéa 1er s'il s'agit :

1° de modifications des informations visées à l'article 3, alinéa 1er, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, pour autant cette modification ait été communiquée à la caisse d'assurance soins ;

2° il s'agit d'un élément qui a déjà été communiqué à une autre autorité dans le cadre de la réglementation qui y est en vigueur et si le ministre a repris cet élément dans une liste spécifiquement rédigée à cet effet.

Le ministre peut déterminer les règles de la communication d'informations à la caisse d'assurance soins.

Chapitre 3. — *Suspension des interventions en cas de détention ou d'admission*

Art. 142. Les budgets de soins sont suspendus pour la période durant laquelle l'usager est incarcéré dans un établissement pénitentiaire ou admis dans une institution, une section ou un centre tels que visés à l'article 61 du décret du 18 mai 2018.

Les budgets de soins ne sont pas exécutés à partir du premier jour du mois qui suit le début de l'incarcération ou de l'admission visée à l'alinéa 1er jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'incarcération ou l'admission prend fin.

Chapitre 4. — *Recours administratif*

Art. 143. Un usager ou son représentant peut former auprès de l'agence un recours administratif contre toute décision de la caisse d'assurance soins au sujet d'un budget de soins, dans les trois mois de l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

Par dérogation à l'alinéa 1er, aucun recours ne peut être introduit contre le refus de reconnaissance du handicap ou la décision selon laquelle il n'existe pas de besoin de soins et de soutien clairement constaté, en cas d'octroi automatique d'un budget d'assistance de base sur la base d'attestations.

Art. 144. § 1er. Les recours sont soumis à l'avis d'une commission du recours administratif à constituer par le ministre. Le ministre peut instituer des chambres auprès de la commission du recours administratif.

§ 2. La commission du recours administratif ou, lorsque des chambres ont été instituées en application du paragraphe 1er, chaque chambre de la commission du recours administratif, se compose d'un président et de quatre membres, et leurs suppléants Le président et son suppléant doivent être titulaires d'un diplôme de docteur ou de master en droit. Les qualifications suivantes sont au minimum requises parmi les autres membres :

1° docteur en médecine ;

2° bachelier en soins infirmiers ;

3° bachelier ou master d'assistant social ou expérience équivalente.

Le président et les membres de la commission du recours administratif sont nommés par le ministre pour un terme de cinq ans, renouvelable.

Le secrétariat d'une chambre de la commission du recours administratif est assuré par un membre du personnel de l'agence. Il ne dispose pas du droit de vote.

Une chambre de la commission du recours administratif est habilitée à déterminer la gravité et la durée de la réduction de l'autonomie de l'usager.

La commission du recours administratif règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le ministre. Si plusieurs chambres ont été instituées au sein de la commission du recours administratif, le règlement d'ordre intérieur ou sa modification sont examinés au sein des chambres réunies.

Une chambre de la commission du recours administratif ne peut émettre un avis valable que lorsqu'au moins deux membres, ou leurs suppléants, sont présents. La commission du recours administratif décide à la majorité simple. En cas de parité, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Art. 145. § 1er. Le recours est recevable lorsqu'il remplit toutes les conditions suivantes :

1° il est motivé ;

2° toutes les pièces pertinentes y sont jointes ;

3° le recours a été transmis à l'agence dans le délai fixé.

Lorsque l'usager ou son représentant désire être entendu, la demande doit, à peine de nullité, en être faite dans le recours.

Lorsque des pièces pertinentes, telles que visées à l'alinéa 1er, 2°, font défaut lors de l'introduction du recours, l'agence les réclame par lettre recommandée auprès de l'usager ou de son représentant. La lettre précitée mentionne les pièces à fournir et le délai d'un mois dans lequel elles doivent être transmises. Si les pièces pertinentes ne sont pas transmises à l'agence dans le mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, le recours est irrecevable. À la demande de l'usager ou de son représentant dans ce délai, ce délai est prolongé d'un mois.

Le ministre détermine les modalités de la transmission du recours à l'agence.

§ 2. Si le recours administratif est irrecevable, l'agence envoie la décision à l'usager ou à son représentant. Le dossier n'est alors pas communiqué à la commission du recours administratif.

§ 3. Si le recours administratif est recevable, l'agence transmet le recours à la commission du recours administratif dans les quinze jours suivant la réception du recours. Dans le même délai, l'agence informe la caisse d'assurance soins de l'introduction d'un recours recevable. La caisse d'assurance soins peut demander à être entendue.

Art. 146. Une chambre de la commission du recours administratif rend son avis motivé à l'agence dans les trois mois de la réception du recours.

Si la commission du recours administratif juge, sur la base de la motivation du recours administratif, qu'une indication supplémentaire est souhaitable, une indication supplémentaire peut être établie par un indicateur mandaté choisi au hasard qui n'a pas encore été impliqué dans le dossier antérieurement. Cette nouvelle indication remplace l'avis motivé de la commission de recours visé à l'alinéa 1er.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision dans le mois de la réception de l'avis ou, le cas échéant, de la nouvelle indication.

L'agence envoie la décision du fonctionnaire dirigeant par lettre recommandée à l'usager ou à son représentant et à la caisse d'assurance soins en question.

Le ministre fixe les modalités de l'exécution du traitement du recours administratif.

Titre 2. — *Budget de soins pour personnes fortement dépendantes*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 147. Le titre 2 s'applique au budget de soins pour personnes fortement dépendantes, visé à l'article 4, alinéa 1er, 1°, du décret du 18 mai 2018.

Chapitre 2. — *Conditions*

Section 1re. — Conditions de résidence : soins résidentiels ou soins de proximité et à domicile

Art. 148. Pour pouvoir prétendre à un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels tels que visés à l'article 149, l'usager doit résider dans l'une des structures de soins suivantes :

1° une structure de soins résidentiels agréée par le Gouvernement flamand ou assimilée, telle que visée à l'article 79, alinéa 1er, 2°, du décret du 18 mai 2018 ;

2° une structure ayant introduit une demande d'agrément en tant que structure de soins résidentiels auprès de la Communauté flamande.

La caisse d'assurance soins effectue les interventions pour les personnes résidant dans une structure de soins telle que visée à l'alinéa 1er, 2°, avec effet rétroactif à partir du moment où la structure de soins est une structure de soins résidentiels agréée.

Pour pouvoir continuer à prétendre à un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels, une personne doit remplir les conditions suivantes :

1° elle a une convention de résidence avec la structure de soins lorsqu'elle réside dans un centre de soins résidentiels ;

2° elle a été admise dans une maison de soins psychiatriques et n'est pas absente plus d'un mois calendrier complet.

Lorsque l'usager ne remplit plus les conditions visées à l'alinéa 3, un changement de la forme de soins en soins de proximité et à domicile est demandé. Lorsque l'usager ne demande pas de changement de forme des soins, la caisse d'assurance soins met fin à la décision à partir du premier jour du premier mois calendrier complet de son absence.

Le ministre détermine les modalités des conditions pour le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels visé aux alinéas 1er à 4.

Art. 149. Les institutions suivantes sont considérées comme des structures de soins résidentiels agréées ou assimilées à un agrément :

1° les centres de soins résidentiels, sauf en ce qui concerne les personnes dont l'autonomie n'est pas affectée et qui, conformément à l'article 53/1 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement sont admises en dehors de la capacité agréée ;

2° les maisons de soins psychiatriques ;

3° les structures de soins établies en Belgique mais pas dans la région de langue néerlandaise, qui offrent une aide et des services similaires aux structures de soins visées aux points 1° et 2° et qui exercent leurs activités de manière légitime ;

4° les structures de soins et les prestataires de soins professionnels non établis en Belgique, mais dans un État membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen autre que la Belgique ou en Suisse, qui offrent une aide et des services similaires aux structures visées aux points 1° et 2° et qui exercent leurs activités de manière légitime au sein de l'État membre d'établissement.

Art. 150. Pour pouvoir prétendre et continuer à prétendre à un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile, l'usager ne peut séjourner à l'hôpital à la date de la demande, à moins que l'indication n'ait lieu à un moment où l'usager séjourne à domicile. Cette condition devient caduque en cas de révision ou de prolongation.

Si un usager séjourne à l'hôpital au moment de l'indication, il peut tout de même prétendre à un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile lorsqu'il séjourne à domicile à la date de la demande.

Section 2. — Condition de l'autonomie réduite grave et de longue durée

Art. 151. § 1er. Au moyen d'une attestation, un usager peut entrer en considération pour un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile si l'un des critères suivants est rempli :

1° un score minimum de 13 au BelRAI screener ou minimum 6 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener, constaté dans le cadre des activités soins personnels, aide ménagère ou aide sanitaire, effectuées par un service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, ou de l'activité aide sanitaire, effectuée par un service d'aide logistique dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;

2° un score minimum de 35 sur l'échelle de profil BEL, constaté dans le cadre des activités soins personnels, aide ménagère ou aide sanitaire, effectuées par un service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, ou de l'activité aide sanitaire, effectuée par un service d'aide logistique dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;

3° un score minimum B sur l'échelle de Katz dans les soins infirmiers à domicile ;

4° un score minimum de 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit aux allocations d'intégration, à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ou au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ;

5° supplément d'allocations familiales basé sur 18 points minimum sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3 ;

6° un score minimum C sur l'échelle de Katz dans un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour ;

7° une attestation Kiné E en cas de prolongation au moment où un usager dispose, durant trois ans au moins sans interruption, d'une décision positive pour les soins de proximité et à domicile sur la base d'une indication à l'aide de l'échelle de profil BEL. Une telle décision positive de prolongation peut également être reconduite au moyen d'une attestation Kiné E.

À l'alinéa 1er, l'attestation Kiné E s'entend de l'attestation dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie-invalidité, visée à l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour l'application de l'alinéa 1er, on entend par :

1° service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile : le service visé à l'article 5 du décret sur les soins et le logement et agréé en application du décret précité ;

2° service d'aide logistique : le service visé à l'article 8 du décret sur les soins et le logement et agréé en application du décret précité.

§ 2. Pour obtenir un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels, l'usager doit démontrer, au moyen d'une attestation de résidence, qu'il est frappé par réduction de l'autonomie grave et de longue durée.

L'attestation de résidence prouve le séjour dans une structure de soins résidentiels agréée ou assimilée à un agrément. Il s'agit de l'une des attestations suivantes :

1° une attestation de la structure de soins, qui mentionne au moins la date d'admission ;

2° une attestation basée sur le score sur l'échelle de Katz dans un centre de soins résidentiels.

§ 3. Le ministre fixe les modalités de l'attestation visée aux paragraphes 1er et 2.

Art. 152. À défaut de l'attestation visée à l'article 151, une indication montre le degré de réduction d'autonomie afin d'obtenir un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile pour les usagers de plus de cinq ans.

Art. 153. Lors d'une indication, un usager peut entrer en considération pour un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile si l'un des critères suivants est rempli :

1° minimum 35 points sur l'échelle de profil BEL, lorsqu'un usager est âgé de dix-huit ans ou plus ;

2° minimum 10 points sur le bloc AVQ physique de l'échelle de profil BEL lorsqu'un usager est âgé de cinq à dix-huit ans ;

3° minimum 13 points au BelRAI screener ou minimum 6 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener lorsqu'un usager est âgé de dix-huit ans ou plus.

Le BelRAI screener visé à l'alinéa 1er, 3°, ne peut entrer en considération pour une intervention que lorsque la personne qui effectue l'indication a suivi l'une des formations suivantes :

1° une formation à l'exécution d'évaluations avec le BelRAI screener, auprès d'une instance qui possède cette expérience et peut en apporter la preuve ;

2° une formation à l'exécution d'évaluations avec le BelRAI screener, auprès d'une personne ayant suivi une formation telle que visée au point 1°.

Le ministre détermine les modalités selon lesquelles une instance telle que visée à l'alinéa 2, 1°, peut apporter la preuve de son expérience.

Le ministre peut déterminer les modalités de l'organisation et du contenu de la formation visée à l'alinéa 2.

Art. 154. Les structures de soins suivantes sont habilitées de plein droit pour une durée indéterminée en tant qu'indicateur mandaté :

1° les associations d'aide sociale visées à l'article 475 du décret du 22 décembre 2017 sur l'administration locale, et le centres publics d'action sociale ;

2° les services d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile visés à l'article 5 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;

3° les services sociaux de la mutualité visés à l'article 14 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement.

Art. 155. Une indication effectuée dans l'année d'une indication antérieure qui ne remplit pas les critères visés à l'article 153, alinéa 1er, 1°, 2° ou 3°, ne tient pas lieu de preuve d'une réduction de l'autonomie grave et de longue durée.

Par dérogation à l'alinéa 1er, l'indication peut tout de même tenir lieu de preuve lorsque la réindication est effectuée par la même personne que celle qui a effectué l'indication précédente. Si cette personne se trouve dans l'impossibilité d'effectuer à nouveau l'indication, l'indication doit être effectuée par un autre membre du personnel de l'indicateur mandaté concerné ou de l'organisme de contrôle. Si l'indicateur mandaté concerné se trouve dans l'impossibilité d'effectuer à nouveau l'indication, suite au déménagement de la personne dépendante, l'indication peut être effectuée par un autre indicateur mandaté.

Le ministre peut préciser les modalités à remplir par l'indication effectuée dans l'année conformément à l'alinéa 2.

Art. 156. Un usager ou son représentant choisit un indicateur mandaté. Les indications sont effectuées à l'aide de l'échelle de profil BEL ou du BelRAI screener par les personnes travaillant dans les structures de soins qui agissent en qualité d'indicateurs mandatés.

La personne qui effectue l'indication est titulaire de l'un des diplômes suivants :

1° bachelier dans la discipline des soins de santé ;

2° bachelier dans la discipline du travail socio-éducatif ;

3° bachelier en sciences familiales ;

4° un diplôme qui, tant en termes de contenu que de niveau, est assimilé par le Ministère flamand de l'Enseignement et de la Formation à un diplôme, tel que visé aux points 1°, 2° ou 3°.

La personne qui effectue l'indication avec le BelRAI screener a suivi l'une des formations visées à l'article 153, alinéa 2.

L'indication est signée par la personne qui l'a effectuée.

Art. 157. Pour un usager qui n'habite pas dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui ne dispose pas d'une attestation, l'indication est effectuée conformément à l'article 156.

Art. 158. L'agence met le formulaire « rapport descriptif » à la disposition de l'usager visé à l'article 157. Ce rapport descriptif est complété par un médecin agréé dans le pays de résidence. L'indication a lieu sur la base du rapport descriptif complété.

Art. 159. Le ministre détermine les modalités de l'exécution de l'indication.

Chapitre 3. — *Octroi automatique et demande*

Art. 160. À défaut d'octroi automatique tel que visé à l'article 138, alinéa 1er, l'usager introduit une demande d'intervention auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. À cet effet, il complète le formulaire de demande mis à disposition par l'agence. Un usager signe le formulaire et la caisse d'assurance soins date le formulaire de demande.

Un représentant peut intervenir au nom et pour compte d'un usager. Le ministre détermine les modalités de l'intervention d'un représentant.

Une mutualité ou les structures de soins ou prestataires de soins professionnels agréés ou mandatés par le présent arrêté peuvent introduire une demande pour l'usager s'ils y ont été autorisés par l'usager ou son représentant.

Art. 161. Les personnes visées à l'article 3, § 2, alinéas 1er, 3, 4 et 5, du décret du 18 mai 2018 peuvent introduire une demande d'intervention avec effet rétroactif au jour où elles auraient dû ou pu s'affilier au plus tôt. À cet effet, un usager ou son représentant doit introduire la demande auprès de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit la date à laquelle l'agence a reçu de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale le fichier dans lequel une personne a été reprise pour la première fois.

Le ministre peut fixer les modalités d'introduction de la demande.

Chapitre 4. — *Décision quant à l'intervention*

Section 1re. — Prise de la décision

Art. 162. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

Un usager ou son représentant peut introduire un recours contre cette décision auprès de l'agence, conformément aux dispositions des articles 143 à 146, dans les trois mois de l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

Un représentant peut intervenir au nom et pour compte d'un usager. Le ministre détermine les modalités de l'intervention d'un représentant.

Art. 163. Lorsqu'une caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les soixante jours à défaut de preuve d'une réduction de l'autonomie grave et de longue durée, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit.

Dans le cas visé à l'alinéa 1er, le délai de soixante jours est prorogé de trente jours.

Art. 164. Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre la décision visée à l'article 80, § 1er, alinéa 1er, du décret du 18 mai 2018 et à l'article 163, alinéa 2, ne s'appliquent pas aux usagers qui ne résident pas dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Art. 165. Par dérogation à l'article 83, alinéa 2, du décret du 18 mai 2018, il n'y a pas de délai de carence et l'exécution de l'intervention prend cours au plus tôt le premier jour du mois suivant la date d'ouverture du droit à une intervention, lorsque l'usager a droit, avant le premier jour du quatrième mois suivant la date d'ouverture du droit à une intervention, à l'intervention forfaitaire visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés royaux des 9 mai 2008 et 12 février 2009.

Art. 166. Le ministre fixe les modalités de décision quant à l'intervention visée aux articles 162 et 163.

Section 2. — Durée de validité

Art. 167. § 1er. La caisse d'assurance soins décide de la durée de validité d'une décision positive.

§ 2. Pour les soins de proximité et à domicile, la durée de validité d'une décision positive est de six mois au moins et trois ans au plus.

Par dérogation à l'alinéa 1er, la durée de validité d'une décision positive pour le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile est calculée comme suit :

1° dans le cas d'un score minimum B sur l'échelle de Katz dans les soins infirmiers à domicile, la durée de validité de la décision est de six mois ;

2° dans le cas d'une attestation basée sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à l'allocation d'intégration et au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, la décision court jusqu'à la fin du mois de l'expiration de l'attestation. La durée de validité est de six mois au moins. En cas d'attestation à durée indéterminée, la décision positive est également valable pour une durée indéterminée ;

3° dans le cas d'une attestation basée sur le supplément d'allocations familiales, la durée de validité de la décision court jusqu'à la fin du mois de l'expiration de l'attestation. La durée de validité est de six mois au mois et court au maximum jusqu'à la fin du mois du vingt et unième anniversaire de l'usager. Les interventions se poursuivent après la fin du mois du mois du vingt et unième anniversaire de l'usager s'il est démontré qu'une demande d'allocation d'intégration a été introduite pour l'usager. Une copie de la demande d'allocation d'intégration en constitue la preuve. Si la demande d'allocation d'intégration ne donne pas lieu à une attestation démontrant la gravité et la durée de la réduction de l'autonomie en vue d'une intervention pour les soins de proximité et à domicile, la caisse d'assurance soins récupère les interventions payées indûment, lorsque celles-ci ont été effectuées après la fin du mois du vingt et unième anniversaire de l'usager ;

4° dans le cas d'une indication telle que visée à l'article 152, avec une durée de réduction de l'autonomie grave et de longue durée de 36 mois au moins, la décision est valable pour une durée indéterminée si la personne est âgée de 80 ans au moins moment de l'indication.

§ 3. Un décision positive pour le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels est valable pour une durée indéterminée.

Section 3. — Révision

Art. 168. Un usager ou son représentant a le droit de demander à tout moment à la caisse d'assurance soins une révision de la décision positive relative à l'intervention. La procédure de la demande d'intervention s'applique par analogie.

Si la révision donne lieu à une décision positive quant à l'intervention, cette décision prend effet à partir du premier jour du mois qui suit la date à laquelle la révision a été demandée par l'usager ou par son représentant.

Le ministre fixe les modalités de la révision.

Section 4. — Prolongation

Art. 169. Avant la fin de la durée de validité de la décision d'intervention visée à l'article 167, § 2, la caisse d'assurance soins avertit un usager ou son représentant par écrit de ce que l'usager doit demander la prolongation de la décision ou la caisse d'assurance soins informe à l'usager de la décision de prolongation avant la fin de la durée de validité de la décision.

Art. 170. La prolongation est automatiquement accordée si les conditions visées à l'article 151 sont remplies.

Art. 171. § 1er. À défaut d'octroi automatique de la prolongation tel que visé à l'article 170, la demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication est introduite auprès de la caisse d'assurance soins au moyen d'une attestation, d'une indication ou d'un formulaire de demande.

§ 2. Si l'octroi automatique de la prolongation tel que visé à l'article 170 ou la demande de prolongation visée au paragraphe 1er intervient après l'expiration de la durée de validité de la décision précédente, la décision ne peut être prolongée.

§ 3. Si l'usager ou son représentant introduit un formulaire de demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue de la prolongation, la caisse d'assurance soins communique par écrit sa décision quant à la prolongation dans les soixante jours.

Lorsqu'une caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les soixante jours à défaut de preuve de la réduction de l'autonomie grave et de longue durée, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit. Dans ce cas, le délai de soixante jours est prorogé de trente jours.

§ 4. Les procédures d'octroi automatique et de demande d'intervention s'appliquent par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication.

Art. 172. § 1er. La demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation est introduite auprès de la caisse d'assurance soins au moyen d'une attestation ou d'une indication.

§ 2. La décision prise antérieurement sur la base d'une attestation est prolongée lorsque l'attestation ou l'indication a été transmise à la caisse d'assurance soins au plus tard nonante jours après l'expiration de la durée de validité.

Si la caisse d'assurance soins n'a pas reçu d'attestation ou d'indication soixante jours après l'expiration de la durée de validité de la décision précédente, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit.

§ 3. La procédure de la demande d'intervention s'applique par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation.

Art. 173. La décision positive de prolongation visée aux articles 170, 171 et 172 prend effet le premier jour du mois suivant celui de l'expiration de la durée de validité de la décision précédente. Après expiration de la décision précédente, aucune intervention ne peut être payée tant que la caisse d'assurance soins n'a pas pris de décision positive de prolongation.

Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre une décision sur la prolongation visée aux articles 171 et 172 ne s'appliquent pas aux usagers qui ne résident pas dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les délais visés aux articles 171 et 172 ne s'appliquent pas à la prolongation de la décision sur la base d'une attestation basée sur le supplément d'allocations familiales.

Art. 174. Le ministre fixe les modalités de la prolongation.

Section 5. — Cessation

Art. 175. La caisse d'assurance soins met fin à une décision lorsque l'usager ne remplit plus les conditions.

La décision de cessation prend effet le premier jour du mois qui suit le jour où :

1° un usager disposant d'un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels ne remplit plus les conditions de résidence visées à l'article 151, paragraphe 2, du présent arrêté ;

2° un usager ne remplit plus les conditions à caractère administrative visées à l'article 41 du décret du 18 mai 2018 ;

3° la caisse d'assurance soins prend la décision de cessation lorsqu'un usager qui fait l'objet d'une décision positive pour des soins de proximité et à domicile ne remplit plus la condition de réduction de l'autonomie grave et de longue durée visée à l'article 78 du décret du 18 mai 2018.

La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant. L'usager ou son représentant peut former auprès de l'agence un recours administratif contre la décision, conformément aux dispositions des articles 143 à 146, dans les trois mois de l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

Le ministre fixe les modalités de la cessation d'une décision.

Section 6. — Changement de forme des soins

Art. 176. L'usager qui bénéficie d'une intervention et souhaite changer de forme de soins en informe la caisse d'assurance soins par écrit, soit lui-même soit via son représentant La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant. La caisse d'assurance soins décide de la durée et de la validité de la décision, conformément à l'article 167.

En cas de changement des soins de proximité et à domicile en soins résidentiels, le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de la nouvelle forme de soins prend effet, le cas échéant avec effet rétroactif, à partir du premier jour du premier mois complet au cours duquel l'usager séjourne dans une structure de soins résidentiels agréée ou assimilée à un agrément.

En cas de changement des soins résidentiels en soins de proximité et à domicile, le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de la nouvelle forme de soins prend effet, le cas échéant avec effet rétroactif, à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'usager a quitté une structure de soins résidentiels agréée ou assimilée à un agrément.

Art. 177. Si une demande de changement de forme des soins en soins résidentiels est introduite avant qu'une décision au sujet d'une demande antérieure de soins de proximité et à domicile ne soit prise, les deux demandes peuvent être acceptées. À cet effet, l'intéressé doit être admis, avant le premier jour du quatrième mois qui suit la demande de soins de proximité et à domicile, dans une structure de soins résidentiels avec au minimum un forfait B sur l'échelle de Katz au sein d'un centre de soins résidentiels, d'un centre de soins de jour ou d'un centre de court séjour.

Art. 178. Si, lors du changement des soins de proximité et à domicile en soins résidentiels, un usager décède au cours du premier mois complet de son séjour dans la structure de soins résidentiels, le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels est encore versé pour le mois du décès.

Si, lors du changement des soins de proximité et à domicile en soins résidentiels, l'usager séjourne dans une structure de soins non agréée en tant que structure de soins résidentiels ou non assimilée à un agrément, le changement de forme de soins est refusé. Dans ce cas, le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile court jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure de soins résidentiels.

Art. 179. Le ministre fixe les modalités du changement de forme de soins.

Section 7. — Exécution des interventions

Art. 180. Le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile et le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels ne sont pas cumulables.

Art. 181. Les interventions rétroactives telles que visées à l'article 60 du décret du 18 mai 2018 sont effectuées aux conditions suivantes :

1° les interventions rétroactives sont limitées à six mois maximum ;

2° le premier mois, l'intervention rétroactive n'est pas exécutée.

Une intervention est considérée comme rétroactive lorsque la date de la demande tombe au cours d'un mois qui suit la date du droit à l'ouverture d'une intervention visé à l'article 83, alinéa 1er, 1° et 2°, du décret du 18 mai 2018.

Le ministre fixe les formalités administratives à remplir pour exercer le droit aux interventions rétroactivement.

Art. 182. L'intervention est suspendue si l'usager remplit l'une des conditions suivantes :

1° il dispose d'un budget de soins et de soutien non directement accessibles tel que visé dans le décret portant le financement qui suit la personne;

2° il fait appel à un budget d'assistance personnelle ;

3° il séjourne à temps plein, conformément à un protocole de résidence, dans un centre multifonctionnel pour personnes handicapées, agréé par l'Agence flamande pour les personnes handicapées ;

4° il est inscrit dans un internat ou un internat ouvert en permanence d'un institut médico-pédagogique de l'enseignement communautaire ;

5° il séjourne dans une structure résidentielle pour personnes handicapées agréée en Belgique par une autorité autre que l'Autorité flamande ;

6° il séjourne dans une structure résidentielle pour personnes handicapées qui n'est pas établie en Belgique et qui offre une aide et des services similaires à la structure visée au point 5°.

Art. 183. Les interventions sont suspendues conformément à l'article 182 à partir du premier jour du mois qui suit le début du budget, de l'inscription ou du séjour visés à l'alinéa 1er jusqu'à la fin du mois du budget, de l'inscription ou du séjour, si la notification est faite à la caisse d'assurance soins avant ou à la date du début du budget.

Art. 184. Lorsque le début du budget, de l'inscription ou du séjour visés à l'article 182 est notifié à la caisse d'assurance soins après la date du début, la caisse d'assurance soins suspend les interventions à partir du premier jour du mois de la notification.

Art. 185. Par dérogation à l'article 182, 3° et 4°, et tant que l'intéressé ne dispose pas d'un budget de soins et de soutien non directement accessibles tel que visé à l'article 182, 1°, l'exécution de l'intervention pour soins de proximité et domicile peut avoir lieu pendant un mois lorsque l'intéressé remplit toutes les conditions suivantes :

1° il est absent de la structure de soins pendant plus de trente jours au cours de la période du 1er septembre de l'année précédente au 31 août inclus ;

2° il avait droit à l'intervention pour soins de proximité et à domicile au 31 août.

Par dérogation à l'article 182, 3° et 4°, et tant que l'intéressé ne dispose pas d'un budget de soins et de soutien non directement accessibles tel que visé à l'article 182, 1°, l'exécution de l'intervention pour soins de proximité et domicile peut avoir lieu pendant deux mois lorsque l'intéressé remplit toutes les conditions suivantes :

1° il est absent de la structure de soins pendant plus de cent jours au cours de la période du 1er septembre de l'année précédente au 31 août inclus ;

2° il avait droit à l'intervention pour soins de proximité et à domicile au 31 août.

Art. 186. Le ministre détermine les modalités relatives au cumul des interventions.

Chapitre 5. — *Contrôle de l'indication*

Art. 187. Un organisme de contrôle peut contrôler le degré de besoin en matière de soins chez l'usager qui fait l'objet d'une décision positive pour le budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile.

L'organisme de contrôle procède à des contrôles d'initiative et à la demande de l'agence.

Le ministre désigne l'organisme de contrôle.

Art. 188. Les personnes qui effectuent les contrôles sont soumises aux mêmes exigences de diplôme que les personnes qui effectuent les indications.

Art. 189. L'organisme de contrôle transmet le résultat de l'indication immédiatement à la caisse d'assurance soins et à l'usager ou à son représentant.

Art. 190. § 1er. La caisse d'assurance soins prend une décision sur la base de l'indication visée à l'article 189.

Les dispositions relatives à la prise d'une décision par la caisse d'assurance soins, visées aux articles 162 et 167, s'appliquent par analogie.

La caisse d'assurance soins communique immédiatement sa décision à l'usager ou à son représentant.

La décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

Un usager ou son représentant peut former auprès de l'agence un recours administratif contre la décision, conformément aux dispositions des articles 143 à 146, dans les trois mois de l'envoi de la décision par la caisse d'assurance soins.

§ 2. La décision prend effet à partir du premier jour du mois qui suit la date de la décision.

§ 3. Si un usager n'est pas disponible pour un contrôle à deux reprises sans avertissement préalable ou refuse de collaborer au contrôle à deux reprises, la caisse d'assurance soins met fin à la décision.

Par dérogation au paragraphe 1er, alinéa 5, la cessation de la décision pour indisponibilité ou refus de collaboration au contrôle prend effet le premier jour du mois suivant la date du premier contrôle.

Art. 191. Le ministre fixe les modalités de l'exécution du contrôle visé à l'article 187.

Titre 3. — *Budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 192. Le titre 3 s'applique au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, visé à l'article 4, alinéa 1er, 2°, du décret du 18 mai 2018.

Chapitre 2. — *Conditions*

Section 1re. — Réduction de l'autonomie

Art. 193. § 1er. La réduction de l'autonomie est mesurée à l'aide de l'échelle médico-sociale et du guide qui l'accompagne, annexé à l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration, et selon lesquels il est tenu compte des facteurs suivants :

1° possibilités de se déplacer ;

2° possibilités d'absorber ou de préparer sa nourriture ;

3° possibilités d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller ;

4° possibilités d'entretenir son habitat et d'accomplir des tâches ménagères ;

5° possibilités de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers ;

6° possibilités de communiquer et d'avoir des contacts sociaux.

Le ministre peut modifier le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie visé à l'alinéa 1er

§ 2. Pour chacun des facteurs mentionnés au paragraphe 1er, alinéa 1er, un nombre de points est attribué en fonction du degré d'autonomie de la personne à autonomie réduite, comme suit :

1° pas de difficultés, pas d'effort spécial ni de moyens auxiliaires spéciaux : 0 point ;

2° difficultés limitées ou effort supplémentaire limité ou usage limité de moyens auxiliaires spéciaux : 1 point ;

3° difficultés importantes ou effort supplémentaire important ou usage important de moyens auxiliaires spéciaux : 2 points ;

4° impossible sans l'aide d'une tierce personne, sans accueil dans une structure de soins approprié ou sans environnement entièrement adapté : 3 points.

Les points attribués sont totalisés et, selon ce total, la personne à autonomie réduite appartient à une des catégories mentionnées à l'article 86 du décret du 18 mai 2018.

Section 2. — Revenus et composition du ménage

Art. 194. § 1er. Pour la personne à autonomie réduite qui appartient à la catégorie A, un montant de 14.149,83 euros du revenu n'est pas pris en considération. Pour la personne à autonomie réduite qui appartient à la catégorie B, un montant de 17.681,40 euros du revenu du ménage n'est pas pris en considération.

Les montants visés à l'alinéa 1er 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.

L'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2015 portant indexation de subventions, de forfaits et d'allocations, s'applique à cette liaison.

Pour l'application de l'alinéa 1er, les montants en vigueur sont pris en considération à la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention dans le cas d'une demande ou d'une demande de révision telle que visée à l'article 211 ou 223 ou le premier jour du mois calendrier qui suit le fait donnant lieu à la révision d'office visée aux articles 225 et 226.

§ 2. Les personnes ci-après appartiennent aux catégories suivantes :

1° la catégorie A : les personnes à autonomie réduite qui n'appartiennent pas à la catégorie B ;

2° la catégorie B : les personnes à autonomie réduite qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

a) elles forment un ménage, à l'exception des personnes qui vivent au sein d'une communauté religieuse ;

b) elles ont un ou plusieurs enfants à charge.

La preuve contraire concernant la catégorie visée à l'alinéa 1er peut être fournie par tous les moyens possibles par l'usager à sa caisse d'assurance soins ou par la caisse d'assurance soins.

§ 3. Le ménage visé au paragraphe 2, alinéa 1er, 2°, a), s'entend de toute forme de cohabitation de deux personnes qui ne sont ni parentes ni alliées au premier, deuxième ou troisième degré. Ces personnes ont leur résidence principale à la même adresse. La preuve contraire peut être fournie par tous les moyens possibles par l'usager à sa caisse d'assurance soins ou par la caisse d'assurance soins.

La personne placée dans une famille d'accueil et les parents d'accueil sont considérés comme parents au premier degré.

Si l'un des membres du ménage est incarcéré dans un établissement pénitentiaire ou admis dans une institution, une section ou un centre tels que visés à l'article 61 du décret du 18 mai 2018, le ménage cesse d'exister.

§ 4. L'enfant à charge visé au paragraphe 2, alinéa 1er, 2°, b), s'entend de la personne âgée de moins de 25 ans :

1° pour laquelle l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage perçoit des allocations familiales ;

2° pour laquelle l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage perçoit une pension alimentaire fixée par jugement ou par une convention signée dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel ;

3° pour laquelle l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage paie une pension alimentaire fixée par jugement ou par une convention signée dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel ;

4° dont l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage s'occupe, comme prévu par jugement ou par une convention signée dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel, tandis que l'ex-conjoint perçoit les allocations familiales ;

La personne qui est placée dans une famille d'accueil est assimilée à un enfant à charge tel que visé au paragraphe 3.

§ 5. Par ménage, seule une personne peut bénéficier d'un abattement correspondant à la catégorie B. Si, dans un ménage, deux personnes à autonomie réduite appartiennent à la catégorie B, chacune d'entre elles bénéficie d'un abattement égal à la moitié de l'abattement correspondant à la catégorie B.

Art. 195. § 1er. L'intervention est octroyée sur la base du résultat d'une enquête sur les revenus. Sous réserve de l'application du paragraphe 2, tous les revenus, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, dont disposent la personne à autonomie réduite et éventuellement la personne avec laquelle elle forme un ménage, sont pris en considération

Si, dans un ménage, deux personnes à autonomie réduite appartiennent à la catégorie B, il est tenu compte pour chacune des deux personnes de la moitié du revenu du ménage.

§ 2. Pour le calcul du revenu, il n'est pas tenu compte :

1° des prestations familiales ;

2° des rentes alimentaires entre ascendants et descendants ;

3° des rentes de chevrons de front et de captivité pas plus que des rentes attachées à un ordre national pour fait de guerre ;

4° des interventions aux personnes handicapées, octroyées à la personne avec laquelle la personne à autonomie réduite forme un ménage :

a) une allocation d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus telle que visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

b) une allocation ordinaire ou une allocation spéciale en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;

c) une allocation pour aide de tiers, conformément à l'article 2 de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;

d) une allocation complémentaire ou une allocation complémentaire du revenu garanti aux personnes âgées ;

5° du pécule de vacances et du pécule complémentaire payés à charge du régime de pension des travailleurs salariés, de l'allocation spéciale payée à charge du régime de pension des travailleurs indépendants ainsi que du pécule de vacances à charge du régime de pension du secteur public ;

6° des indemnités qui sont accordées dans le cadre des agences locales pour l'emploi à la personne avec laquelle la personne à autonomie réduite forme un ménage ;

7° de la partie de la pension qui correspond au montant de la rente alimentaire payée au conjoint ou l'ex-conjoint par la personne à autonomie réduite séparée de corps, séparée de fait ou divorcée qui jouit d'une pension lorsque l'obligation de payer la rente alimentaire est fixée par décision judiciaire ;

8° des indemnités payées par les autorités allemandes en dédommagement de la détention durant la Deuxième Guerre mondiale ;

9° des indemnités qui sont octroyées en application des articles 10 et 11 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, à condition que ces indemnités satisfassent aux conditions prévues à l'article 10, alinéas 1er et 3, et à l'article 11, de la loi précitée ;

10° des allocations dans le cadre de la protection sociale flamande.

§ 3. Pour l'application du présent article, les revenus à prendre en considération sont les revenus auxquels l'usager a droit à la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention dans le cas d'une demande ou d'une demande de révision telle que visée à l'article 211 ou 223 ou le premier jour du mois calendrier qui suit le fait donnant lieu à la révision d'office visée aux articles 225 et 226. En vue de leur déduction du montant de l'intervention, les montants des revenus visés au présent article sont sur une base annuelle.

Art. 196. § 1er. Dans le présent article, l'année de référence s'entend de l'année -2, soit la deuxième année calendrier précédant :

1° la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention dans le cas d'une demande ou d'une demande de révision telle que visée à l'article 211 ou 223 ;

2° le mois calendrier qui suit le fait donnant lieu à la révision d'office visée aux articles 225 et 226.

§ 2. Lorsque l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage exerce une activité professionnelle en tant que travailleur salarié, il est tenu compte, pour le calcul du revenu, du salaire imposable de l'année de référence.

§ 3. Dans le cas d'un travailleur indépendant, le revenu professionnel à prendre en considération est le montant du revenu visé à l'article 11 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, afférent à l'année de référence.

En cas de début ou de reprise d'une activité professionnelle en qualité de travailleur indépendant, aussi longtemps qu'il ne peut être fait application de l'alinéa 1er, et dans tous les cas où il ne peut être fait référence à des revenus professionnels déterminés par l'Administration des Contributions directes, il est tenu compte des revenus professionnels déclarés par l'usager ou, le cas échéant, par la personne avec laquelle il forme un ménage. Ces revenus peuvent être vérifiés et, le cas échéant, rectifiés sur la base d'éléments recueillis auprès de l'Administration des Contributions directes.

Lorsque l'usager continue l'activité professionnelle de travailleur indépendant de la personne décédée avec laquelle il formait un ménage, les revenus acquis par cette dernière au cours de l'année de référence qui doit être retenue pour l'établissement des revenus sont censés acquis par l'usager.

§ 4. Lorsqu'à la date visée au paragraphe 1er, 1° ou 2°, l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage a cessé l'activité professionnelle en vue d'obtenir une pension ou une garantie de revenus aux personnes âgées, il n'est plus tenu compte d'aucun revenu professionnel.

§ 5. Lorsque le revenu professionnel de l'année de référence provient d'une activité exercée alors que l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage n'étaient pas encore pensionnés, tandis qu'à la date visée au paragraphe 1er, 1° ou 2°, cette personne ou ces personnes bénéficient d'une pension tout en exerçant une activité professionnelle autorisée, le montant du revenu professionnel à prendre en considération est le montant de l'activité professionnelle autorisée, calculé sur une base annuelle.

§ 6. Lorsqu'à la date visée au paragraphe 1er, 1° ou 2°, l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage perçoit un revenu de remplacement, à l'exception des revenus de pensions visés à l'article 197, il est tenu compte, pour le calcul du revenu, du montant de l'année de référence. Le montant imposable est pris en compte.

§ 7. Les revenus provenant d'une cession d'entreprise sont portés en compte en application des articles 205 à 210.

Art. 197. Pour le calcul des revenus, un montant égal à 90 % des pensions octroyées à l'usager ou à la personne avec laquelle il forme un ménage est pris en considération Le précompte professionnel, la cotisation pour l'assurance maladie-invalidité et la cotisation de solidarité ne sont pas pris en compte dans la pension.

Les avantages suivants sont considérés comme pension : les avantages accordés soit en application d'un régime obligatoire belge de pension, institué par ou en vertu d'une loi, d'un règlement provincial ou par la Société nationale des Chemins de fer belges, soit en application d'un régime obligatoire étranger de pension, soit en application d'un régime obligatoire de pension du personnel d'une institution de droit international public, soit au titre d'indemnités, d'allocations ou pensions accordées à titre de réparation ou de dédommagement à des victimes de la guerre ou à leurs ayants droit.

Le montant visé à l'alinéa 1er est le montant réellement versé augmenté, le cas échéant, du montant correspondant à la réduction dans l'un des cas suivants :

1° récupération de l'indu ;

2° suspension à titre de sanction.

Art. 198. Pour le calcul du revenu, un montant de 1500 euros est déduit du revenu cadastral global des biens immeubles bâtis, dont l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage ont la pleine propriété ou l'usufruit. Ce montant est majoré de 250 euros pour chaque enfant à charge.

Art. 199. Si l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage n'ont que la pleine propriété ou l'usufruit de biens immeubles non bâtis, il est tenu compte, pour le calcul du revenu, du montant des revenus cadastraux de ces biens, diminué de 60,00 euros.

Art. 200. Pour le calcul du revenu, il est tenu compte :

1° en ce qui concerne les biens immeubles bâtis : du montant du revenu cadastral non exonéré multiplié par 3 ;

2° en ce qui concerne les biens immeubles non bâtis : du montant du revenu cadastral non exonéré multiplié par 9.

Art. 201. Les biens immobiliers situés à l'étranger sont pris en considération conformément aux dispositions applicables aux biens immobiliers situés en Belgique.

À l'alinéa 1er, le revenu cadastral s'entend de toute base d'imposition analogue prévue par la législation fiscale du lieu où se situent les biens.

Art. 202. Le revenu cadastral d'une partie d'un bien immeuble est égal au revenu cadastral du bien immeuble multiplié par la fraction représentant la partie de ce bien immeuble.

Si l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage ont la qualité de propriétaire ou d'usufruitier indivis, le revenu cadastral est multiplié, avant l'application des articles 198 à 202, par la fraction qui exprime l'importance des droits, en pleine propriété ou en usufruit, de l'usager ou de la personne avec laquelle il forme un ménage.

Art. 203. Lorsque le bien immeuble est grevé d'hypothèque, le montant pris en compte pour l'établissement du revenu peut être diminué du montant annuel des intérêts hypothécaires, pour autant que :

1° la dette ait été contractée par l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage pour des besoins propres et que la destination donnée au capital emprunté soit prouvée ;

2° que la preuve soit fournie que les intérêts hypothécaires étaient exigibles et ont été réellement acquittés pour l'année précédant celle de la prise de cours de l'exécution de l'intervention.

Toutefois, le montant de la réduction ne peut être supérieur à la moitié du montant à prendre en considération.

Si l'immeuble a été acquis moyennant le paiement d'une rente viagère, le montant pris en considération pour l'établissement du revenu est diminué du montant de la rente viagère payée effectivement par l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage. L'alinéa 2 est applicable à la réduction précitée.

Art. 204. Pour les capitaux mobiliers, placés ou non, il est porté en compte une somme égale à 6 % des capitaux.

Art. 205. Il est tenu compte de 6 % de la valeur vénale des biens au moment de la cession si l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage ont cédé à titre gratuit ou à titre onéreux des biens immobiliers ou mobiliers au cours des dix années qui précèdent :

1° la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention dans le cas d'une demande ou d'une demande de révision telle que visée à l'article 211 ou 223 ;

2° le premier jour du mois calendrier qui suit le fait donnant lieu à la révision d'office visée aux articles 225 et 226.

Art. 206. Pour l'application de l'article 205, la valeur vénale des biens meubles ou immeubles cédés, dont l'usager ou la personne avec laquelle il forme un ménage étaient propriétaires ou usufruitiers indivis, est multipliée par la fraction qui exprime l'importance des droits de l'usager ou de la personne avec laquelle il forme un ménage.

Pour l'application de ces dispositions, la valeur respective de l'usufruit et de la nue-propriété sera évaluée comme en matière de droits de succession.

Art. 207. En cas de cession à titre onéreux de biens meubles ou immeubles, les dettes personnelles de l'usager ou de la personne avec laquelle il forme un ménage sont déduites de la valeur vénale des biens cédés au moment de la cession. Les dettes personnelles doivent être antérieures à la cession et éteintes à l'aide du produit de la cession.

Art. 208. En cas de cession à titre onéreux de biens meubles ou immeubles, et sans préjudice des dispositions de l'article 207, il est déduit de la valeur vénale des biens, en vue de l'application de l'article 205, un abattement annuel de 1500 euros.

L'abattement déductible est calculé proportionnellement au nombre de mois compris entre le premier du mois suivant la date de la cession et la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention.

Si l'usager ou la personne avec laquelle ont procédé à plusieurs cessions, l'abattement ne peut être appliqué qu'une seule fois pour une même période.

Art. 209. Les articles 205 à 208 ne s'appliquent pas au produit de la cession, dans la mesure où ce produit se retrouve encore entièrement ou en partie dans le patrimoine pris en considération. Les articles 198 à 204 s'appliquent, selon le cas, au produit précité.

Art. 210. Lorsqu'un bien mobilier ou immobilier est mis en rente viagère, il est porté en compte un montant qui, pendant les dix premières années qui suivent la cession, est calculé conformément aux dispositions des articles 205 à 208. Ce montant ne peut toutefois pas être inférieur à celui de la rente viagère. Après la période de dix ans susvisée, ce montant est égal au montant de la rente viagère.

Chapitre 3. — *Examen et décision*

Section 1re. — La demande

Art. 211. L'usager introduit une demande d'intervention auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. Une demande ne peut être introduite que par voie électronique.

Un service social de la mutualité, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding, la commune ou le centre public d'action sociale peut introduire une demande pour l'usager sans mandat spécial.

Section 2. — La constatation

Art. 212. La réduction de l'autonomie est constatée par un médecin désigné à cet effet ou par une équipe multidisciplinaire, sous le contrôle d'un service avec lequel le ministre signe une convention. Si nécessaire, des renseignements complémentaires sont demandés à l'usager ou à la personne que l'usager a habilitée à cet effet.

Si les renseignements complémentaires visés à l'alinéa 1er ne sont pas fournis dans le mois, l'usager en est informé.

Si nécessaire, l'usager est convoqué pour un examen.

Si l'usager se trouve dans l'impossibilité de se déplacer, l'examen est pratiqué sur place.

L'examen est soumis à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ce qui implique entre autres que l'usager a le droit de se faire assister par une personne de confiance.

Si l'usager omet de se présenter à l'examen, il reçoit une deuxième convocation. Si l'usager, malgré la deuxième convocation, omet de se présenter à l'examen, ou si les renseignements complémentaires font encore défaut après expiration d'un délai d'un mois suivant la notification visée à l'alinéa 2, le service désigné par le ministre, visé à l'alinéa 1er, prend une décision quant à la réduction de l'autonomie sur la base des éléments disponibles.

Art. 213. Le service visé à l'article 212, alinéa 1er, reçoit une indemnité pour les constatations de réduction de l'autonomie. La fixation de l'indemnité et les modalités de paiement de cette indemnité sont réglés dans la convention conclue par le ministre avec le service.

Section 3. — L'examen de la demande

Art. 214. La caisse d'assurance soins est tenue de s'adresser au Registre national des personnes physiques pour obtenir les informations visées à l'article 3, alinéas 1er et 2, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques ou lorsqu'elle vérifie l'exactitude de ces informations. Elle ne peut recourir à une autre source que si les informations nécessaires ne peuvent pas être obtenues auprès du Registre national.

Art. 215. La caisse de soins examine la demande sur la base des renseignements fournis par l'usager et des renseignements qu'elle recueille, conformément à l'article 23, § 1er, du décret du 18 mai 2018, directement auprès de l'instance ou de la personne qui dispose des informations. Les renseignements, documents et pièces justificatives fournis par l'usager sont considérés comme authentiques, indépendamment de la compétence de contrôle de la caisse d'assurance soins.

En vue de l'examen administratif, la caisse d'assurance soins recueille auprès de l'instance qui dispose des renseignements entre autres les données suivantes :

1° les données d'identification légales, contenues dans le Registre national des personnes physiques ;

2° le revenu professionnel et le revenu de remplacement de l'année -2, visée à l'article 196 ;

3° le revenu de pensions visé à l'article 197 ;

4° les informations relatives aux biens immobiliers visés aux articles 198 à 203.

Si la caisse d'assurance soins est obligée de recueillir des renseignements complémentaires auprès de l'usager, l'usager est tenu de fournir ces informations complémentaires dans le mois. Si les renseignements complémentaires ne sont pas fournis dans le mois, l'usager reçoit de la caisse d'assurance soins un rappel l'invitant à nouveau à fournir les renseignements complémentaires.

Si, malgré le rappel visé à l'alinéa 3, l'usager omet de fournir les renseignements demandés pendant plus d'un mois, la caisse d'assurance soins prend une décision sur la base des éléments dont elle dispose. Si ces éléments ne lui permettent pas de prendre une décision, le droit à l'allocation s'éteint.

Art. 216. Les interventions peuvent être refusées sans examen complémentaire s'il apparaît, sur la base d'éléments suffisants, que l'usager ne remplit pas les conditions pour obtenir les interventions.

Art. 217. § 1er. Le délai entre, d'une part, la date de réception de la demande ou de la demande de révision ou la date de notification du fait donnant lieu à une révision par la caisse de soins, et, d'autre part, la date de la décision de la caisse d'assurance soins, ne peut être supérieur à six mois.

Si la prise d'une décision nécessite l'intervention d'une institution de sécurité sociale, cette institution est interrogée par la caisse d'assurance soins.

§ 2. Le délai visé au paragraphe 1er est suspendu tant que l'usager ou une institution étrangère n'a pas fourni complètement les renseignements demandés par la caisse d'assurance soins, nécessaires pour prendre une décision La demande de renseignements complémentaires visés à l'article 215, alinéa 3, à l'usager ne suspend toutefois pas le délai, à condition que l'usager transmette les données demandées à la caisse d'assurance soins dans le mois qui suit l'envoi de la demande par la caisse d'assurance soins.

§ 3. Les interventions produisent de plein droit des intérêts moratoires à partir de leur exigibilité, mais au plus tôt à partir de l'expiration du délai visé au paragraphe 1er.

Les intérêts visés à l'alinéa 1er sont calculés au taux légal. Ils s'appliquent aux mensualités ainsi qu'aux arriérés éventuels.

À l'alinéa 2, les arriérés s'entendent des sommes qui auraient dû être liquidées à la personne à autonomie réduite à titre de mensualités après l'expiration du délai visé au paragraphe 1er.

Le nombre de jours sur lequel des intérêts doivent être payés est déterminé comme suit :

1° pour les mensualités : le nombre de jours entre la date de fin du délai visé au paragraphe 1er et le premier jour du mois qui suit la date de décision de la caisse d'assurance soins ;

2° pour les arriérés : le nombre de jours entre le quinzième jour du mois auquel se rapporte l'intervention et le premier jour du mois qui suit la décision de la caisse d'assurance soins.

§ 4. Les intérêts moratoires visés au paragraphe 3 ne sont pas payés pour la période pour laquelle des intérêts judiciaires doivent être payés.

Section 4. — La décision

Art. 218. La caisse d'assurance soins prend une décision au sujet de l'intervention sur la base de l'enquête sur les revenus, sur la réduction de l'autonomie et sur les autres conditions fixées dans le décret du 18 mai 2018 ou en vertu de celui-ci. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

Si la personne a déménagé d'une autre région linguistique pour s'installer dans la région de langue néerlandaise et qu'elle disposait d'un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ou équivalent au moment du déménagement, l'usager doit à nouveau introduire une demande conformément au présent arrêté à partir du moment où il est installé dans la région linguistique néerlandaise. En cas de décision positive, l'exécution de l'intervention prend cours à compter du premier jour du mois qui suit le déménagement, à condition que la demande ait été introduite dans les trois mois suivant le déménagement.

La caisse d'assurance soins vérifie quelle est l'intervention la plus avantageuse pour l'usager, si au moment de la demande d'intervention, la personne dispose encore de l'une des interventions suivantes :

1° une allocation d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus telle que visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

2° une allocation ordinaire ou une allocation spéciale en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;

3° une allocation pour aide de tiers, conformément à l'article 2 de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;

4° une allocation complémentaire ou une allocation complémentaire du revenu garanti aux personnes âgées.

Si le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est plus avantageux pour l'usager que l'autre intervention visée à l'alinéa 3, la caisse d'assurance soins prend une décision positive quant au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins. Jusqu'au mois de sa décision inclus, la caisse d'assurance soins ne paie que le montant supplémentaire au-delà du montant de l'autre intervention. Si le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins n'est pas plus avantageux, il n'est pas octroyé.

Art. 219. Si la caisse d'assurance soins notifie une décision après la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention, elle tient compte de plein droit des faits survenus et des éléments présentés entre la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention et la date de sa notification si ces faits et ces éléments ont été portés à la connaissance de la caisse d'assurance soins avant la date de la notification de la décision.

Art. 220. La caisse d'assurance soins peut rapporter sa décision et en prendre une nouvelle dans le délai d'introduction d'un recours devant la juridiction du travail compétente ou, si un recours a déjà été introduit, jusqu'à la clôture des débats lorsque :

1° à la date de prise de cours de l'exécution de l'intervention, le droit a été modifié par une disposition légale ou réglementaire ;

2° un fait nouveau ou des éléments de preuve nouveaux ayant une incidence sur les droits du demandeur sont invoqués en cours d'instance ;

3° il est constaté que la décision administrative est entachée d'irrégularité ou d'erreur matérielle.

Art. 221. Sous réserve de l'application des articles 223 à 226, la décision de la caisse d'assurance soins est valable pour une durée indéterminée, sauf dans les cas suivants :

1° la caisse d'assurance soins prend une décision pour douze mois si la décision est prise sur la base d'éléments à caractère provisoire ou évolutif ;

2° la caisse d'assurance soins prend une décision valable jusqu'à la date de la fin de la réduction de l'autonomie visée à l'article 212.

Art. 222. Le ministre fixe les modalités de la décision quant à l'intervention visée aux articles 218 à 221.

Section 5. — Demande de révision

Art. 223. Une demande de révision peut être introduite si, selon le demandeur, des modifications justifiant la majoration des interventions se produisent.

Les demandes de révision sont introduites auprès de la caisse d'assurance soins conformément à l'article 211.

La demande de révision est examinée conformément aux articles 214 à 217. Il n'est procédé à un nouvel examen médical que si la demande de révision porte sur l'appréciation du degré d'autonomie.

L'exécution de l'intervention prend cours à partir du premier jour du mois qui suit la date d'introduction de la demande de révision.

Par dérogation à l'alinéa 4, si la demande de révision est introduite dans les trois mois suivant la date de survenance d'un fait justifiant la majoration de l'allocation ou la date à laquelle le demandeur en a eu connaissance, l'exécution de l'intervention consécutive à la nouvelle décision peut prendre cours le premier jour du mois suivant la date visée en premier lieu et au plus tôt à la même date que celle de la décision à modifier.

Section 6. — La déclaration

Art. 224. La communication visée à l'article 88 du décret du 18 mai 2018 est adressée à la caisse d'assurance soins. L'usager mentionne dans celle-ci les éléments nouveaux susceptibles de donner lieu à une réduction du montant de l'allocation. Cette déclaration est faite dans les trois mois qui suivent la date du fait ou de la notification du fait à l'usager.

Section 7. — La révision d'office de la décision par la caisse d'assurance soins

Art. 225. Si la caisse d'assurance soins constate que la décision est entachée d'une erreur juridique ou matérielle, elle prend d'office une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet. Si l'erreur est due à la caisse d'assurance soins et que le droit à l'intervention est inférieur à celui reconnu initialement, la nouvelle décision prend cours le premier jour du mois qui suit sa notification à l'usager.

Art. 226. § 1er. Sous réserve de l'application de l'article 225, la caisse d'assurance soins procède à une révision du droit à l'intervention :

1° si l'usager ne remplit plus les conditions visées à l'article 41 du décret du 18 mai 2018 ;

2° si l'usager déménage dans la région de langue française ou de langue allemande et que, de ce fait, il n'entre plus dans le champ d'application de la protection sociale flamande, visé à l'article 3 du décret du 18 mai 2018 ;

3° si l'usager déménage dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, dans la région de langue française ou de langue allemande, continue à entrer dans le champ d'application de la protection sociale flamande, visé à l'article 3 du décret du 18 mai 2018, mais peut prétendre dans cette région linguistique à une forme de budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ;

4° en cas de modification du nombre d'enfants à charge de l'usager ayant une incidence sur le droit à l'intervention de l'usager ;

5° s'il a été communiqué à la caisse d'assurance soins que les revenus ont baissé par rapport à la décision précédente ;

6° si la caisse d'assurance soins constate que les revenus ont augmenté de 10 % au moins par rapport à la décision précédente ;

7° en cas de modification de la composition de ménage ayant une incidence sur le droit aux interventions de l'usager ;

8° en cas de modification du degré d'autonomie de l'usager ;

9° à la date fixée par une décision précédente, si celle-ci a été prise sur la base d'éléments à caractère provisoire ou évolutif.

§ 2. La nouvelle décision prise à la suite de l'un des cas visés au paragraphe 1er, 1°, 2° et 3°, produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'usager se trouve dans le cas visé.

§ 3. La nouvelle décision qui entraîne une diminution ou la cessation de l'intervention :

1° à la suite de l'un des cas visés au paragraphe 1er, 4° et 6° :

a) prend cours le premier jour du mois suivant la date de la notification de la décision par la caisse d'assurance soins, à condition que la déclaration ait été faite à temps ;

b) produits ses effets à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'usager se trouve dans l'un de ces cas, si l'usager ou son représentant n'a pas déclaré le fait dans les délais.

2° à la suite de l'un des cas visés au paragraphe 1er, 7°, 8° et 9°, prend cours le premier jour du mois suivant la date de la notification de la décision. Si l'usager se trouve dans le cas visé au paragraphe 1er, 9°, la nouvelle décision prend cours au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'expiration de la décision précédente.

§ 4. La nouvelle décision qui entraîne une majoration de l'allocation :

1° à la suite de l'un des cas visés au paragraphe 1er, 4°, 5°, 7° ou 8°, produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit la notification à la caisse d'assurance soins de la situation dans laquelle l'usager se trouve ;

2° à la suite du cas visé au paragraphe 1er, 9°, prend cours le premier jour du mois qui suit l'expiration de la décision précédente.

Par dérogation à l'alinéa 1er, 1°, la nouvelle décision produit ses effets à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'usager se trouve dans le cas visé au paragraphe 1er et au plus tôt à la même date que celle de la décision à modifier, si:

1° l'usager ou son représentant a notifié la situation à la caisse d'assurance soins dans les trois mois suivant la date de survenance du cas visé au paragraphe 1er ou la date à laquelle le demandeur en a eu connaissance ;

2° l'usager n'est pas tenu de communiquer la modification à la caisse d'assurance soins conformément à l'article 141, alinéa 2.

§ 5. La nouvelle décision ne peut avoir effet avant la date de prise de cours de la décision qui attribue pour la première fois une intervention.

§ 6. Les articles 218 à 222 s'appliquent par analogie à la décision en cas de révision par la caisse d'assurance soins.

Chapitre 4. — *Exécution des interventions*

Section 1re. — Modalités de paiement

Art. 227. Les arriérés sont versés en même temps que la première mensualité.

La personne à laquelle une intervention est versée accepte que les montants payés indûment en cas de décès ou de départ à l'étranger puissent être récupérés via l'organisme qui gère le compte financier.

Art. 228. Le montant des interventions à payer est arrondi à l'unité inférieure si la première décimale est inférieure à cinq. Le montant est arrondi à l'unité supérieure si la première décimale est égale ou supérieure à cinq.

Section 2. — Le paiement d'avances

Art. 229. Si l'article 90, alinéa 2, du décret du 18 mai 2018 est appliqué, le demandeur de l'avance doit :

1° indiquer sur quelles prestations ou indemnités il souhaite obtenir une avance, par qui celles-ci sont, selon son avis, dues et pour quelle période ;

2° communiquer à la caisse d'assurance soins si les instances qui doivent les prestations ou indemnités ont accordé des avances ;

3° avertir la caisse d'assurance soins dès qu'il obtient ces prestations ou indemnités.

L'avance n'est pas accordée pour des périodes antérieures à la demande. Elle est accordée jusqu'à concurrence des montants de l'intervention à laquelle l'usager peut prétendre.

Section 3. — Conditions de paiement

Art. 230. En cas de décès de l'usager, les interventions non encore payées, y compris l'intervention pour le mois du décès, sont payées dans l'ordre suivant :

1° à l'époux ou l'épouse, inscrit(e) à la même adresse que l'usager ;

2° à la personne avec laquelle l'usager formait un ménage, tel que visé à l'article 194, § 3 ;

3° aux enfants avec lesquels l'usager vivait au moment de son décès ;

4° aux père et mère avec lesquels le bénéficiaire vivait au moment de son décès ;

5° à toute personne avec laquelle l'usager vivait au moment de son décès ;

6° à la personne physique qui est intervenue dans les frais d'hospitalisation ;

7° à la personne physique qui a acquitté les frais funéraires ;

8° à l'époux qui vivait séparé de fait au moment du décès de l'usager.

Les ayants droit visés à l'alinéa 1er, 5° à 8°, introduisent une demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue d'obtenir le paiement visé à l'alinéa 1er.

La demande datée et signée est introduite sur un formulaire dont le modèle est établi par l'agence.

Sous peine de forclusion, les demandes de paiement d'arrérages sont introduites dans un délai de six mois. Ce délai prend cours le jour du décès de l'usager ou le jour de l'envoi de la notification de la décision, si celle-ci a été envoyée après le décès.

Section 4. — *Refus ou diminution des interventions en cas d'intervention ou d'indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien*

Art. 231. § 1er. En application des articles 74 et 75 du décret du 18 mai 2018, le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est refusé ou diminué en cas d'intervention ou d'indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien.

§ 2. Une indemnisation telle que visée aux articles 74 et 75 du décret du 18 mai 2018 ne peut être liquidée que sous la forme de capitaux ou de valeurs de rachat. Dans ce cas, leur contre-valeur en prestation périodique est prise en compte pour l'usager à concurrence d'un montant de la rente viagère. Cette rente viagère précitée est le résultat d'une conversion. Il s'agit d'une conversion effectuée suivant le pourcentage indiqué au tableau repris à l'annexe 1 jointe au présent arrêté en regard de l'âge révolu de l'usager à la date du fait qui a donné lieu à la liquidation.

Dans les cas où le jugement ou l'accord amiable ne précise pas la partie du capital affectée à l'indemnisation de la réduction d'autonomie, la conversion en rente viagère hypothétique se fait sur la base de 30 % du capital-indemnité alloué à l'usager en indemnisation de la réduction d'autonomie.

L'application du refus ou de la diminution visés au paragraphe 1er :

1° prend cours le premier jour du mois qui suit la date de notification de la décision par la caisse d'assurance soins, si la communication visée à l'article 88 du décret du 18 mai 2018 a été faite à temps ;

2° produit ses effets à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'usager se trouve dans ce cas, si l'usager ou son représentant n'a pas déclaré ce fait à temps.

Aucun abattement n'est appliqué à la compensation conformément à l'article 194, § 1er.

§ 3. le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins est en tout cas refusé :

1° à la personne qui habite dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui peut prétendre à une forme comparable de budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, organisée par la Commission communautaire commune dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

2° à la personne qui n'habite pas en Belgique et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le système de sécurité sociale belge, et qui peut prétendre à une forme comparable de budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, organisée par la Commission communautaire commune dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

3° à la personne qui habite dans la région de langue française ou allemande, qui a fait usage du régime européen de libre circulation et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi dans la région de langue néerlandaise, le système de sécurité sociale belge, et qui peut prétendre à une forme comparable de budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, organisée par la Communauté française ou la Communauté germanophone ;

4° à la personne qui habite dans la région de langue française ou allemande, qui a fait usage du régime européen de libre circulation et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le système de sécurité sociale belge, et qui peut prétendre à une forme comparable de budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, organisée par la Communauté française ou la Communauté germanophone.

§ 4. Le ministre peut définir les modalités du refus ou de la diminution des interventions en cas d'intervention ou d'indemnisation pour le même besoin de soins et de soutien.

Titre 4. — *Budget d'assistance de base*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 232. Le titre 4 du présent arrêté s'applique au budget d'assistance de base visé à l'article 4, alinéa premier, 3°, du décret du 18 mai 2018.

Chapitre 2. — *Condition d'autonomie réduite grave*

Art. 233. En exécution de l'article 5, § 2, du décret portant le financement qui suit la personne, l'Agence flamande pour les personnes handicapées ou la porte d'entrée reconnaît automatiquement, pour l'application du présent livre, un usager comme personne handicapée avec un besoin de soins et de soutien clairement constaté, tel que visé à l'article 4, alinéa premier, 2°, du décret portant le financement qui suit la personne, lorsque cette personne dispose d'une attestation qui démontre qu'elle se trouve dans l'une des situations suivantes :

1° l'usager est pris en compte pour l'obtention d'un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles ;

2° l'usager a droit à des allocations familiales supplémentaires sur la base :

a) d'au moins douze points sur l'échelle médicosociale, composée des piliers P1, P2 et P3 ;

b) d'au moins quatre points au pilier P1 sur l'échelle médicosociale, composée des piliers P1, P2 et P3, si l'usager a un score de moins de douze points pour tous les trois piliers ;

3° l'usager a un score d'au moins douze points sur l'échelle médicosociale qui est utilisée pour l'évaluation du degré d'autosuffisance en vue de l'enquête du droit à l'allocation d'intégration.

Chapitre 3. — *Décision quant à l'intervention*

Section 1ère. — Prise de la décision

Art. 234. § 1er. La caisse d'assurance soins prend une décision sur l'intervention fondée sur les données provenant de fichiers dont il ressort que l'usager remplit les conditions énoncées à l'article 233 ou aux articles 636 à 641 inclus, et après examen des autres conditions, définies par le ou en vertu du décret du 18 mai 2018. Cette décision est prise dans les soixante jours qui suivent la réception dudit fichier.

Le délai visé à l'alinéa premier ne s'applique pas aux usagers qui ne résident pas en région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 2. La caisse d'assurance soins fait part de sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

Le Ministre définit les modalités relatives aux décisions d'intervention visées au paragraphe 1er.

Section 2. — Durée de validité

Art. 235. La caisse d'assurance soins prend une décision pour une durée indéterminée.

Par dérogation à l'alinéa premier, la durée de validité de la décision d'attribution pour les attestations de durée limitée visées aux articles 233, 636 et 638 à 641 inclus, est limitée jusqu'à la fin du mois durant lequel l'attestation expire.

Par dérogation à l'alinéa deux, la décision d'attribution s'applique jusqu'à l'âge de 21 ans pour les personnes disposant d'une attestation telle que visée à l'article 233, 1°, ou à l'article 640, qui expire avant l'âge de vingt et un ans.

Section 3. — Prolongation et cessation

Art. 236. La caisse d'assurance soins prolonge la décision sur la base d'une attestation de durée limitée lorsqu'une autre attestation avec une date consécutive est disponible, quelle que soit la date de remise de cette attestation à la caisse d'assurance soins.

Art. 237. La caisse d'assurance soins met fin à sa décision lorsque l'usager ne remplit plus les conditions.

La décision de cessation visée à l'alinéa premier prend effet le premier jour du mois qui suit le jour où :

1° l'usager ne remplit plus les conditions de nature administrative ;

2° la caisse d'assurance soins prend la décision d'arrêt lorsque l'usager ne remplit plus la condition d'agrément en tant que personne handicapée ayant un besoin de soins et de soutien clairement constaté ;

3° un budget de soins et de soutien non directement accessibles est mis à la disposition de l'usager, ou un budget d'assistance personnelle est mis à disposition, ou l'usager est inscrit ou réside dans une structure telle que visée à l'article 238, lorsque la mention à la caisse d'assurance soins se fait avant ou à la date de début du budget, de l'inscription ou du séjour.

Lorsque la mention à la caisse d'assurance soins, visée à l'alinéa deux, 3°, est faite après la date de début du budget, de l'inscription ou du séjour, la caisse d'assurance soins met fin à la décision le premier jour du mois de la mention.

La caisse d'assurance soins fait part de sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la cessation d'une décision.

Chapitre 4. — *Cumul de l'allocation avec d'autres dispositions légales ou décrétales*

Art. 238. L'exécution de l'intervention n'a pas lieu lorsque l'usager remplit une des conditions suivantes :

1° L'usager est inscrit dans un internat ou dans un internat ouvert en permanence d'un institut médicopédagogique de l'enseignement communautaire ;

2° l'usager recourt à un budget d'assistance personnelle ;

3° l'usager recours à un centre multifonctionnel pour personnes handicapées mineures, agréé par l'Agence flamande pour les personnes handicapées ;

4° l'usager réside dans une structure résidentielle pour personnes handicapées, agréée en Belgique par une autorité autre que l'Autorité flamande ;

5° l'usager réside dans une structure résidentielle pour personnes handicapées non établie en Belgique et qui propose une assistance et des services comparables à ceux proposés par la structure visée au point 4° ;

6° l'usager réside dans un établissement de soins psychiatriques ;

7° l'usager recourt à une aide à la jeunesse non directement accessible et séjourne dans une organisation d'aide spéciale à la jeunesse ;

8° l'usager séjourne dans une institution communautaire ;

9° l'usager recourt à une structure ambulatoire pour personnes handicapées qui propose une assistance et des services comparables à ceux des soins et du soutien non directement accessibles tels que visés à l'article 6 du décret portant le financement qui suit la personne et qui :

a) est agréée en Belgique par une autorité autre que l'Autorité flamande ;

b) n'est pas établie en Belgique ;

10° l'usager recourt à une aide à la jeunesse non directement accessible et séjourne dans un centre d'aide aux enfants et d'assistance des familles ;

11° l'usager recourt au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents, telles que visées à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents ;

12° l'usager recourt à une unité pour internés visée à l'article 11 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement de structures offrant du soutien aux personnes handicapées en prison, et d'unités pour internés ;

13° l'usager recourt à une unité d'observation, de diagnostic ou de traitement visée dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 décembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement d'unités d'observation, de diagnostic et de traitement ;

14° l'usager recourt à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles.

Le Ministre peut définir les modalités relatives au cumul des allocations.

Partie 2. — Intervention pour les aides à la mobilité

Titre 1er. — *Conditions*

Art. 239. Une intervention pour une aide à la mobilité ne peut être octroyée à un usager que lorsque l'usager :

1° remplit les conditions de remboursement de l'aide à la mobilité en question à la date d'introduction de la demande d'intervention ;

2° remplit les conditions de remboursement de l'aide à la mobilité en question pour ce qui concerne la location d'aides à la mobilité durant le mois sur lequel porte la facturation du forfait de location ;

3° a payé, à la date de l'introduction de la demande d'intervention, toutes les primes dues pour la protection sociale flamande pour les années qui précèdent, conformément à l'article 112.

Lorsque le fournisseur d'aides à la mobilité constate que l'usager n'est pas affilié à une caisse d'assurance soins, il communique à l'usager les informations nécessaires en rapport avec l'affiliation à une caisse d'assurance soins ainsi qu'avec les différentes étapes de la procédure d'affiliation.

Art. 240. La liste des prestations est établie par le Ministre.

Sans préjudice de l'application des conditions de remboursement incluses dans les dispositions du présent arrêté, la liste des prestations dans le cadre de l'achat et de la location d'aides à la mobilité mentionne les codes de prestations et conditions de remboursements suivants :

1° les indications fonctionnelles pour l'usager ;

2° les spécifications fonctionnelles des aides à la mobilité ;

3° les adaptations pouvant être prévues pour les aides à la mobilité ainsi que les règles de cumul des adaptations.

Les aides à la mobilité incluses dans la liste des prestations sont réparties en groupes principaux et sous-groupes.

Art. 241. § 1er. Le financement des aides à la mobilité prend la forme d'interventions dans le cadre de l'achat d'aides à la mobilité ou d'interventions sous forme de forfaits de location périodiques.

Les usagers ne sont pris en compte pour une intervention pour l'achat d'une aide à la mobilité que lorsqu'ils n'entrent pas dans le champ d'application du titre 3 ou que la location d'une aide à la mobilité ne permet pas de répondre à leurs besoins particuliers.

§ 2. Les conditions relatives au cumul des aides à la mobilité pour lesquelles des interventions sont octroyées, sont reprises à l'annexe 3 jointe au présent arrêté.

Art. 242. L'usager ne peut introduire une demande d'intervention pour une aide à la mobilité dans le cadre du présent arrêté lorsqu'il séjourne dans un hôpital ou un hôpital de revalidation, à l'exception des cas dans lesquels il séjourne dans un hôpital psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général.

Par dérogation à l'alinéa premier, les usagers qui séjournent dans un hôpital sont pris en compte pour l'obtention d'une intervention dans chacun des cas suivants :

1° le régime de licenciement de l'usager est connu ;

2° il est question d'une préparation à la sortie dans le plan de revalidation de l'usager.

La preuve qu'il a été satisfait aux conditions énoncées à l'alinéa deux doit ressortir des documents joints à la demande d'intervention pour une aide à la mobilité.

Art. 243. Les aides à la mobilité ne peuvent être délivrées tant qu'un usager est enfermé dans un établissement pénitentiaire ou admis dans un établissement, une institution ou un centre tels que visés à l'article 61 du décret du 18 mai 2018.

Art. 244. § 1er. L'usager qui s'adresse à un fournisseur d'aides à la mobilité dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, dans un État membre autre que la Belgique qui est partie à l'Espace économique européen, ou en Suisse, peut prétendre au remboursement des frais liés à une aide à la mobilité en vertu de l'article 121, § 2, 2°, du décret du 18 mai 2018, lorsqu'il a été satisfait à toutes les conditions suivantes :

1° le présent arrêté prévoit une intervention pour l'aide à la mobilité en question ;

2° l'usager remplit les conditions auxquelles il y a lieu de satisfaire en vertu du présent arrêté pour qu'une intervention pour une aide à la mobilité puisse être octroyée ;

3° l'usager introduit une demande de remboursement auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. Les procédures visées au titre 4 s'appliquent par analogie, étant entendu que les modèles de documents à joindre à la demande définis par le Ministre ne doivent pas être utilisés lorsque toutes les informations requises figurent également dans les documents utilisés ;

4° l'aide à la mobilité est octroyée par un fournisseur autorisé par la législation du pays en question à fournir des aides à la mobilité dans le pays de l'octroi ;

5° au moment où l'intervention pour une aide à la mobilité est demandée, l'usager a déjà payé les frais liés à l'aide à la mobilité et apporte la preuve du paiement en question.

Le Ministre peut définir les modalités selon lesquelles la preuve visée à l'alinéa premier, 5°, doit être apportée.

§ 2. L'usager introduit la demande de remboursement des frais visés au paragraphe premier auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié.

§ 3. Les frais sont remboursés à l'usager conformément aux tarifs fixés conformément aux dispositions du présent arrêté, étant entendu que le montant remboursé ne peut excéder le montant des frais réellement exposés.

Art. 245. Les usagers qui, par le passé, ont été soumis à la réglementation de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale ou à la réglementation de la région linguistique française ou allemande et qui, dans ce cadre, ont bénéficié d'une intervention pour l'achat d'une aide à la mobilité, ne peuvent demander une intervention pour une aide à la mobilité dans le cadre de la protection sociale flamande conformément aux dispositions du présent arrêté qu'à l'expiration du délai de renouvellement de l'aide à la mobilité en question.

Le délai de renouvellement visé à l'alinéa premier est le délai de renouvellement défini à l'annexe 2, jointe au présent arrêté, pour une aide à la mobilité dont l'aide à la mobilité de l'usager se rapproche le plus.

Les règles de renouvellement anticipé et d'adaptations anticipées visées aux articles 271 et 284 ainsi qu'aux articles 322 à 327 inclus, s'appliquent par analogie.

Titre 2. — *Procédures*

Chapitre 1er. — *Procédure de demande simplifiée*

Art. 246. Le présent chapitre s'applique à la procédure de demande simplifiée.

Art. 247. Dans le cadre de la procédure de demande simplifiée, l'intervention pour une aide à la mobilité est octroyée sur la base d'une prescription médicale délivrée par un médecin et complétée par l'usager.

Art. 248. § 1er. L'usager introduit la demande d'intervention pour une aide à la mobilité auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié et joint à sa demande la prescription médicale visée à l'article 247.

§ 2. La caisse d'assurance soins est chargée de contrôler le statut d'assurance de l'usager ainsi que les conditions de remboursement de l'aide à la mobilité en question.

Un résultat positif du contrôle visé à l'alinéa premier donne lieu à une décision d'acceptation totale ou partielle de la demande d'intervention pour une aide à la mobilité.

Un résultat négatif du contrôle visé à l'alinéa premier donne lieu à une décision de refus de la demande d'intervention pour une aide à la mobilité.

Art. 249. La décision d'acceptation ou de refus visée à l'article 248, § 2, doit être prise par la caisse d'assurance soins dans les quinze jours ouvrables qui suivent la date à laquelle la demande d'intervention a été introduite conformément à l'article 248, § 1er.

Art. 250. Le fournisseur d'aides à la mobilité est informé par la caisse d'assurance soins de la décision d'acceptation ou de refus visée à l'article 248, § 2.

La caisse d'assurance soins informe également l'usager de la décision d'acceptation ou de refus de l'intervention demandée, et mentionne le cas échéant le motif du refus ainsi que les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé.

Chapitre 2. — *Procédure de base*

Art. 251. Le présent chapitre s'applique à la procédure de base.

Art. 252. Dans le cadre de la procédure de base, l'intervention pour une aide à la mobilité est octroyée sur la base d'une indication relative au contenu d'une prescription médicale délivrée par un médecin et complétée par l'usager.

L'usager s'adresse, muni de la prescription médicale visée à l'alinéa premier, à un fournisseur d'aides à la mobilité de son choix, qui, conformément à la prescription médicale, procède à une évaluation de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

Art. 253. § 1er. L'usager introduit la demande d'intervention pour une aide à la mobilité auprès de la caisse d'assurance soins auprès de laquelle il est affilié et joint à sa demande la prescription médicale visée à l'article 247.

§ 2. La caisse d'assurance soins est chargée de contrôler le statut d'assurance de l'usager ainsi que les conditions de remboursement de l'aide à la mobilité en question, et demande, si nécessaire, à obtenir les informations manquantes.

§ 3. À l'issue du contrôle visé au paragraphe 2, la demande d'intervention est soumise, selon les modalités définies par le Ministre, à un contrôle de la Commission des caisses d'assurance soins, qui rend un avis conforme dans les dix jours ouvrables, conformément à l'article 260. Le contrôle précité est effectué sur une base monodisciplinaire par un expert, qui peut faire appel à un médecin en cas de questions.

§ 4. La caisse d'assurance soins prend, compte tenu du résultat du contrôle et, le cas échéant, après avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins, la décision d'accepter totalement ou partiellement ou de refuser l'intervention demandée.

Si la demande est soumise au contrôle par la Commission des caisses d'assurance soins, la caisse d'assurance soins prend une décision dans les cinq jours ouvrables qui suivent l'introduction de la demande, étant entendu que le délai est suspendu tant que le délai nécessaire au contrôle et à l'avis de la Commission des caisses d'assurance soins est en cours.

Si la demande n'est pas soumise au contrôle de la Commission des caisses d'assurance soins, la caisse d'assurance soins prend une décision dans les quinze jours ouvrables qui suivent l'introduction de la demande.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins visé aux alinéas deux et trois est également suspendu lorsque la caisse d'assurance soins demande à obtenir des informations manquantes conformément à l'article 253, § 2, et recommence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations demandées. Le ministre peut définir ce qu'il y a lieu d'entendre par « informations manquantes ».

Art. 254. Le fournisseur d'aides à la mobilité est informé par la caisse d'assurance soins de la décision d'acceptation ou de refus visée à l'article 253, § 4.

La caisse d'assurance soins informe également l'usager de la décision d'acceptation ou de refus de l'intervention demandée, et mentionne le cas échéant le motif du refus ainsi que les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé.

Chapitre 3. — *Procédure étendue*

Art. 255. Le présent chapitre s'applique à la procédure étendue.

Art. 256. Les dispositions du chapitre 2 s'appliquent par analogie dans le cadre de la procédure étendue, étant entendu que :

1° le fournisseur d'aides à la mobilité est également chargé de l'établissement d'un rapport de motivation ;

2° le fournisseur d'aides à la mobilité est également chargé, conformément à l'article 311, de l'établissement d'un rapport de test, dont il ressort que le test a eu lieu avec l'aide à la mobilité sur laquelle porte la demande, lorsque la demande d'intervention concerne une voiturette électronique ou un scooter électronique.

Le Ministre définit le modèle de rapport de motivation visé à l'alinéa premier.

Les documents visés à l'alinéa premier sont joints lors de l'introduction de la demande.

Chapitre 4. — *Procédure complémentaire étendue*

Art. 257. La présente section s'applique à la procédure complémentaire étendue.

Art. 258. Les dispositions du chapitre 3 s'appliquent par analogie dans le cadre de la procédure complémentaire étendue, étant entendu que :

1° l'indication concerne l'établissement d'un rapport d'avis « type de voiturette » par une équipe consultative « type de voiturette », conformément au titre 7, chapitre 2 ;

2° le contrôle par la Commission des caisses d'assurance soins est effectué, le cas échéant, de manière multidisciplinaire, par un médecin et un expert.

Lors de la demande d'intervention pour l'achat d'un scooter, l'établissement d'un rapport d'avis « type de voiturette », tel que visé à l'alinéa premier, 1°, est précédé de l'établissement d'une prescription médicale rédigée par un médecin et complétée par l'usager.

Art. 259. Outre le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager, l'équipe consultative « type de voiturette » concernée est également informée par la caisse d'assurance soins de la décision de refuser l'intervention demandée ainsi que de la motivation de ladite décision.

Chapitre 5. — *Commission des caisses d'assurance soins*

Art. 260. § 1er. Lorsque la demande d'intervention est soumise au contrôle de la Commission des caisses d'assurance soins tel que visé à l'article 253, § 3, ou à l'article 303, § 1er, 1°, la Commission des caisses d'assurance soins rend, dans les dix jours ouvrables qui suivent la date de réception de la demande, un avis à la caisse d'assurance soins en rapport avec l'indication, dans le cadre de laquelle les codes qualificatifs CIF sont fournis à titre indicatif, ainsi qu'avec l'évaluation par le fournisseur d'aides à la mobilité de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

§ 2. La Commission des caisses d'assurance soins peut, dans le délai visé au paragraphe premier, demander des informations complémentaires à l'usager, au médecin qui a rédigé la prescription médicale ou au fournisseur d'aides à la mobilité qui a introduit la demande au nom de l'usager, lorsqu'elle juge lesdites informations nécessaires dans le cadre de sa mission de contrôle et de consultance. Lorsque la Commission des caisses d'assurance soins demande des informations complémentaires, elle dispose d'un nouveau délai de dix jours ouvrables pour rendre son avis. Le délai précité commence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations complémentaires.

§ 3. La Commission des caisses d'assurance soins peut, dans le délai visé au paragraphe premier, décider qu'un examen physique de l'usager lors d'une visite à domicile est nécessaire dans le cadre de sa mission de contrôle et de consultance. Les visites à domicile peuvent également avoir lieu à la demande de l'agence.

Si l'usager le souhaite, la visite à domicile visée à l'alinéa premier peut être remplacée par une visite de l'usager à la Commission des caisses d'assurance soins.

Dans les cas visés aux alinéas premier et deux, le délai visé au paragraphe premier est prolongé de 25 jours ouvrables.

Titre 3. — *Location*

Chapitre 1er. — *Centres de services de soins et de logement – soins à domicile*

Section 1ère. — Champ d'application

Art. 261. Le présent chapitre s'applique aux catégories d'usagers suivantes :

1° les usagers qui séjournent dans un centre de services de soins et de logement agréé par la Communauté flamande ;

2° les usagers âgés d'au moins 65 ans et qui ne séjournent pas dans un centre de services de soins et de logement agréé par la Communauté flamande ;

Section 2. — Location d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire ou d'une voiturette de soins

Art. 262. § 1er. Les interventions pour une voiturette standard, une voiturette modulaire ou une voiturette de soins demandées pour des usagers tels que visés à la section 1ère sont octroyées sous la forme de forfaits de location périodiques. Les forfaits de location couvrent la location mensuelle de l'aide à la mobilité, en ce compris tous les frais liés à la remise, à l'entretien, à la réparation et au reconditionnement de la voiturette, ainsi qu'aux adaptations requises, telles que visées dans la liste des prestations, et les frais de déplacement.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, le fournisseur d'aides à la mobilité est en droit de facturer une indemnité pour frais de transport à l'usager visé à l'article 261, 2°, lorsque le domicile de l'usager est situé en dehors d'un rayon de 30 kilomètres du siège social, de l'unité d'établissement la plus proche et du lieu de travail le plus proche du fournisseur d'aides à la mobilité ou de l'entreprise pour le compte de laquelle travaille le fournisseur d'aides à la mobilité.

L'indemnité visée à l'alinéa premier est calculée conformément à la réglementation alors en vigueur pour ce qui concerne l'indemnité kilométrique octroyée aux membres du personnel de l'Autorité flamande, et ne peut être facturée qu'à concurrence de la distance qui excède la distance de 30 kilomètres, avec l'accord écrit préalable de l'usager quant au coût en question.

§ 3. Le Ministre détermine le montant des forfaits de location visés au paragraphe 1er.

§ 4. Il ne peut être facturé aucun supplément à charge de l'usager pour des frais qui sont couverts par le forfait de location.

Art. 263. La demande d'intervention pour une voiturette standard telle que visée à l'article 262 est introduite conformément à la procédure de base.

La demande d'intervention pour une voiturette modulaire ou une voiturette de soins telle que visée à l'article 262 est introduite conformément à la procédure étendue.

Art. 264. § 1er. Après la décision d'acceptation de l'intervention demandée conformément à l'article 263, l'aide à la mobilité en question est octroyée par le fournisseur d'aides à la mobilité dans les quinze jours ouvrables qui suivent la notification de l'acceptation. Le délai précité ne peut être prolongé à trente jours ouvrables qu'en cas de force majeure, auquel cas la charge de la preuve repose sur le fournisseur d'aides à la mobilité, qui est tenu de motiver le cas de force majeure auprès de la caisse d'assurance soins.

Lorsque, au moment de la notification de l'acceptation, un délai de résiliation est toujours en cours à la suite de la résiliation d'un contrat de location relatif à une autre aide à la mobilité, le délai de remise ne commence qu'à courir, par dérogation à l'alinéa premier, qu'à l'expiration du délai de résiliation en question.

§ 2. Lors de la remise de l'aide à la mobilité, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un contrat de location à durée indéterminée.

Le Ministre définit le modèle de contrat de location visé à l'alinéa premier.

Art. 265. § 1er. Le contrat de location visé à l'article 264, § 2, comprend, dans le cadre de la remise de l'aide à la mobilité, les obligations suivantes dans le chef du fournisseur d'aides à la mobilité :

1° l'entretien et la réparation d'une voiturette ont lieu dans les cinq jours ouvrables qui suivent la demande de l'usager, sauf si ladite demande est manifestement excessive. En cas de contestation, le bandagiste communique la demande de l'usager à la caisse d'assurance soins, qui peut jouer un rôle de médiation ;

2° le fournisseur d'aides à la mobilité met à la disposition de l'usager une voiturette de remplacement adéquate dans les cas où l'entretien ou la réparation de l'aide à la mobilité ne peut être effectué immédiatement ;

3° le fournisseur d'aides à la mobilité est responsable de la location de toutes les voiturettes incluses à cet effet dans la liste des prestations. Il doit parvenir à la solution la plus adéquate, qui réponde à tous les besoins fonctionnels de l'usager. L'obligation précitée s'applique également lorsque la situation de l'usager change et qu'une autre voiturette est requise, après notification par l'usager ;

4° le fournisseur d'aides à la mobilité peut facturer à l'usager, éventuellement en partie, les dommages imputables à une négligence grave de l'usager, et ce après déduction de la garantie visée à l'article 266. Le montant facturé ne peut en aucun cas être supérieur à la valeur résiduelle de l'aide à la mobilité. En cas de contestation, l'usager peut s'adresser à la caisse d'assurance soins, qui soumet alors la contestation à la Commission des caisses d'assurance soins pour avis conforme. Pour autant que de besoin, la Commission des caisses d'assurance soins recueille l'avis technique de la Commission technique spéciale.

La valeur résiduelle de l'aide à la mobilité, visée à l'alinéa premier, 4°, est égale à la multiplication des facteurs suivants :

1° l'intervention qui aurait été octroyée pour l'aide à la mobilité en cas d'achat de l'aide à la mobilité ;

2° une fraction dont le numérateur est égal à 84, diminué du nombre de mois de location de l'aide à la mobilité déjà expiré, et dont le dénominateur est égal à 84.

§ 2. Le contrat de location comprend, dans le cadre de la remise de l'aide à la mobilité, l'obligation pour l'usager :

1° de faire un usage normal de la voiturette ;

2° de maintenir la voiturette propre ;

3° de ne pas vendre la voiturette ;

4° de prévoir l'entretien de la voiturette ;

5° de contacter uniquement le fournisseur d'aides à la mobilité ayant signé le contrat de location pour ce qui concerne les adaptations, l'entretien, les réparations ou la reprise de la voiturette ;

6° de rembourser au fournisseur d'aides à la mobilité le montant qui lui a été facturé en raison de dommages imputables à une négligence grave de l'usager.

Art. 266. § 1er. Lors de la signature du contrat de location visé à l'article 264, § 2, le fournisseur d'aides à la mobilité peut facturer une garantie à l'usager.

Le montant de la garantie visée à l'alinéa premier est égal au montant du forfait de location mensuel prévu pour l'aide à la mobilité en question, mais ne peut en aucun cas être supérieur au forfait de location mensuel d'une voiturette de soins.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, le fournisseur d'aides à la mobilité ne peut facturer de garantie aux catégories d'usagers suivantes :

1° les usagers qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance, telle que visée à l'article 37, § 19, de la Loi sur l'assurance maladie ;

2° les usagers qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt visée à l'article 46 du décret du 18 mai 2018.

§ 3. Le fournisseur d'aides à la mobilité ne peut utiliser la garantie visée au paragraphe 1er qu'en cas de négligence grave de l'usager ou d'aliénation de l'aide à la mobilité par l'usager.

§ 4. Le présent article ne s'applique pas dans le cadre de la location de voiturettes aux usagers visés à l'article 261, 1°.

Art. 267. § 1er. L'usager comme le fournisseur d'aides à la mobilité peuvent à tout moment mettre fin par courrier recommandé au contrat de location visé à l'article 264, § 2, moyennant un délai de préavis de trois mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date de réception du courrier recommandé.

Par dérogation à l'alinéa premier, l'usager peut mettre fin au contrat de location par courrier recommandé, sans délai de préavis, lorsque le fournisseur d'aides à la mobilité ne respecte pas ses obligations sur les plans fonctionnel, hygiénique et technique.

La résiliation du contrat de location conformément aux alinéas premier et deux est également notifiée par écrit à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, soit par le fournisseur d'aides à la mobilité, soit par l'usager, selon le cas.

§ 2. Le fournisseur d'aides à la mobilité peut mettre fin au contrat de location par courrier recommandé, sans délai de préavis, lorsqu'il est constaté des dommages à la voiturette qui sont imputables à des précautions insuffisantes ou à une manipulation inappropriée de la voiturette dans le chef de l'usager.

La résiliation d'un contrat de location conformément à l'alinéa premier est également notifiée par écrit par le fournisseur d'aides à la mobilité à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

§ 3. Le contrat de location prend fin de plein droit dans les cas suivants :

1° lors du décès de l'usager ;

2° lorsque le besoin de l'aide à la mobilité de l'usager cesse d'exister ;

3° lorsque l'usager n'entre plus dans le champ d'application du présent chapitre, tel que visé à l'article 261 ;

4° lorsque la personne en question n'entre plus dans le champ d'application de la protection sociale flamande ou n'est plus affiliée à une caisse d'assurance soins ;

5° en cas de cessation des activités de l'entreprise pour le compte de laquelle travaille le fournisseur d'aides à la mobilité.

§ 4. Par dérogation au paragraphe 3, 4°, la résiliation du contrat de location a lieu au plus tard trois mois après la date à laquelle la personne en question est partie habiter dans la région linguistique française, dans la région linguistique allemande ou dans la région linguistique bilingue de Bruxelles-Capitale, et n'entre plus dans le champ d'application de la protection sociale flamande ou choisit, le cas échéant, de ne plus être affiliée à une caisse d'assurance soins.

L'article 262, § 2, s'applique par analogie dans le cadre de l'enlèvement de l'aide à la mobilité à l'expiration de la période visée à l'alinéa premier.

Art. 268. Les aides à la mobilité données en location conformément au présent chapitre doivent être neuves au moment de la première mise en service de l'aide à la mobilité dans le cadre du système de location. La date de production de l'aide à la mobilité ne peut alors être antérieure à douze mois.

Une aide à la mobilité datant de plus de sept ans ne peut plus être donnée en location à un nouvel usager.

La charge de la preuve relative aux exigences figurant dans le présent article repose sur le fournisseur d'aides à la mobilité.

Art. 269. Le fournisseur d'aides à la mobilité conserve, pour chaque aide à la mobilité qu'il a donnée en location, et pour chaque usager, les données suivantes :

1° le contrat de location ;

2° le numéro de série de l'aide à la mobilité remise à l'usager ;

3° la date de production de l'aide à la mobilité ;

4° la date de la première mise en service de l'aide à la mobilité ;

5° les adaptations prévues sur l'aide à la mobilité remise à l'usager ;

6° les dates de remise, d'entretien et de réparation de l'aide à la mobilité;

7° l'identification de l'usager ;

8° l'identification du centre de services de soins et de logement où séjourne l'usager ;

9° les dates de début et de fin de la location de l'aide à la mobilité louée à l'usager ;

10° la date à laquelle l'aide à la mobilité sera supprimée du système de location.

Art. 270. Dans le cas de l'usager qui entre dans le champ d'application du présente chapitre conformément à l'article 261, 1°, ni la demande introduite, ni la décision d'acceptation de l'intervention demandée n'expirent pas au moment où l'usager ne remplit plus la condition d'application visée à l'article 261, 1°, mais où il reste dans le champ d'application parce qu'il remplit la condition d'application visée à l'article 261, 2°.

Dans le cas de l'usager qui entre dans le champ d'application du présente chapitre conformément à l'article 261, 2°, ni la demande introduite, ni la décision d'acceptation de l'intervention demandée n'expirent pas au moment où l'usager ne remplit plus la condition d'application visée à l'article 261, 2°, mais où il reste dans le champ d'application parce qu'il remplit la condition d'application visée à l'article 261, 1°.

Art. 271. Dans le cas d'une aide à la mobilité pour laquelle une intervention pour l'achat d'une aide à la mobilité a été octroyée, les règles en matière de renouvellement visées aux articles 322 à 327 inclus ou, le cas échéant, les règles en matière de renouvellement imposées conformément à l'article 298, § 1er, alinéa premier, s'appliquent. À partir du moment du renouvellement ou du renouvellement anticipé, les dispositions de la présente section s'appliquent aux usagers visés à la section 1ère.

Art. 272. Lorsque la situation de l'usager est restée inchangée mais que l'aide à la mobilité donnée en location à l'usager doit être remplacée parce qu'elle ne peut être réparée d'une manière économiquement justifiée, le fournisseur d'aides à la mobilité notifie la situation à la caisse d'assurance soins. La notification précitée comprend une copie du contrat de location et mentionne le numéro de série de la nouvelle voiturette.

Art. 273. Lorsque l'usager auquel une aide à la mobilité est donnée en location conformément à la présente section a besoin d'une autre aide à la mobilité à laquelle s'appliquent les dispositions de la présente section, il introduit une nouvelle demande, conformément à l'article 263.

Section 3. — Achat

Art. 274. Par dérogation à l'article 262, les usagers visés à l'article 261, 2°, qui bénéficient d'un agrément en tant que personne handicapée délivré par l'Agence flamande pour les personnes handicapées, peuvent opter pour l'introduction d'une demande d'intervention pour l'achat d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire ou d'une voiturette de soins.

Art. 275. Par dérogation à l'article 262, les usagers visés à l'article 261, 2°, qui résident de fait dans un autre État fédéré ou un autre État membre et qui ne trouvent pas de fournisseur d'aides à la mobilité qui soit disposé à leur donner une voiturette en location, peuvent opter pour l'introduction d'une demande d'intervention pour l'achat d'une voiturette.

Art. 276. Les demandes d'interventions pour l'achat d'aides à la mobilité telles que visées à l'article 274 ou 275, de même que les demandes d'interventions pour l'achat d'aides à la mobilité autres qu'une voiturette standard, une voiturette modulaire ou une voiturette de soins, sont introduites et traitées conformément aux conditions et procédures qui s'appliquent aux aides à la mobilité en question, telles que visées au titre 4.

Chapitre 2. — *Usagers souffrant de maladies dégénératives progressives*

Section 1ère. — Champ d'application

Art. 277. § 1er. Le présent chapitre s'applique aux usagers souffrant d'une maladie dégénérative progressive.

Les maladies suivantes sont considérées de plein droit comme des maladies dégénératives progressives :

1° sclérose latérale amyotrophique ;

2° sclérose latérale primaire ;

3° atrophie musculaire spinale progressive ;

4° atrophie multisystémique.

§ 2. L'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée à laquelle l'usager s'est adressé peuvent assimiler les autres maladies à une maladie dégénérative progressive telle que visée au paragraphe 1er, à la condition de motiver sa décision de manière circonstanciée dans le rapport d'avis « type de voiturette ».

Dans la motivation circonstanciée visée à l'alinéa premier, l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée est tenue de démontrer qu'il a été satisfait aux conditions suivantes :

1° un diagnostic négatif rapide de la pathologie ou des restrictions croissantes sont prévus en termes de mobilité et de déplacement : l'usager passe de l'autonomie à l'impossibilité de se lever ou de se mouvoir sans l'aide de tiers ;

2° en raison de l'évolution rapide, l'usager aura rapidement et successivement besoin de différentes solutions adaptées, de sorte que les aides ne pourront être utilisées pendant toute la durée de vie prévue.

À l'alinéa deux, 1°, il faut entendre par « rapide » : une progression de la pathologie peut être attendue dans un délai d'un an ou moins.

Section 2. — Location d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire, d'une voiturette de soins, d'une voiturette active, d'une voiturette électronique ou d'un scooter électronique

Art. 278. L'intervention pour une voiturette standard, une voiturette modulaire, une voiturette de soins, une voiturette active, une voiturette électronique ou un scooter électronique qui est demandée par un usager tel que visé à la section 1ère, est octroyée sous la forme de forfaits de location périodiques. Les forfaits de location couvrent la location mensuelle de l'aide à la mobilité, en ce compris tous les frais liés à la remise, à l'entretien, à la réparation et au reconditionnement de l'aide à la mobilité, ainsi qu'aux adaptations requises, et les frais de déplacement.

Le Ministre détermine le montant des forfaits de location visés à l'alinéa premier.

Il ne peut être facturé aucun supplément à charge de l'usager pour des frais qui sont couverts par le forfait de location.

Art. 279. L'intervention pour une aide à la mobilité visée à l'article 278 est octroyée sur la base d'une indication.

Pour la demande d'intervention pour une voiturette standard, une voiturette modulaire, une voiturette de soins ou une voiturette active, l'indication porte, selon le choix de l'usager, sur l'établissement d'une prescription médicale pour une maladie dégénérative progressive par un neurologue ou une équipe consultative « type de voiturette » spécialisée, ou sur l'établissement d'un rapport d'avis « type de voiturette » par une équipe consultative « type de voiturette » spécialisée.

Pour la demande d'intervention pour une voiturette électronique ou un scooter électronique, l'indication porte sur l'établissement d'un rapport d'avis « type de voiturette » par une équipe consultative « type de voiturette » spécialisée.

Par dérogation à l'alinéa deux, l'indication dans le cadre d'une demande pour un usager souffrant d'une affection assimilée à une maladie dégénérative progressive conformément à l'article 277, § 2, porte toujours sur l'établissement d'un rapport d'avis « type de voiturette » par une équipe consultative « type de voiturette » spécialisée.

Art. 280. L'usager s'adresse, muni de la prescription médicale ou du rapport d'avis « type de voiturette » visé à l'article 279, à un fournisseur d'aides à la mobilité de son choix, qui est habilité à fournir des aides à la mobilité aux personnes souffrant de maladies dégénératives progressives, conformément aux articles 367 à 371 inclus.

Le fournisseur d'aides à la mobilité visé à l'alinéa premier procède, conformément à la prescription médicale ou au rapport d'avis « type de voiturette », à une évaluation de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

Art. 281. L'usager introduit la demande d'intervention pour une aide à la mobilité auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié et joint à sa demande la prescription médicale ou le rapport d'avis « type de voiturette » visé à l'article 279.

La demande d'intervention pour une aide à la mobilité visée à l'alinéa premier est introduite conformément à la procédure de demande simplifiée, étant entendu que, outre le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager, l'équipe consultative « type de voiturette » concernée est également informée par la caisse d'assurance soins de la décision de refuser l'intervention demandée ainsi que de la motivation de ladite décision.

Art. 282. § 1er. Après la décision d'acceptation de l'intervention demandée conformément aux dispositions du présent chapitre, l'aide à la mobilité en question est octroyée par le fournisseur d'aides à la mobilité dans les vingt jours ouvrables qui suivent la notification de l'acceptation. Le délai précité ne peut être prolongé à quarante jours ouvrables qu'en cas de force majeure, auquel cas la charge de la preuve repose sur le fournisseur d'aides à la mobilité. Le cas échéant, le fournisseur d'aides à la mobilité notifie les motifs du cas de force majeure à la caisse d'assurance soins.

Lorsque, au moment de la notification de l'acceptation, un délai de résiliation est toujours en cours à la suite de la résiliation d'un contrat de location relatif à une autre aide à la mobilité, le délai de remise ne commence qu'à courir, par dérogation à l'alinéa premier, qu'à l'expiration du délai de résiliation en question.

§ 2. Lors de la remise de l'aide à la mobilité, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un contrat de location à durée indéterminée.

Le Ministre définit le modèle de contrat de location visé à l'alinéa premier.

Art. 283. Les articles 265 à 269 inclus et l'article 272 s'appliquent par analogie au présent chapitre.

Art. 284. L'usager auquel une intervention a été octroyée pour l'achat d'une aide à la mobilité figurant dans la liste n'est plus tenu de remplir les conditions de renouvellement énoncées aux articles 322 et 323 à partir du moment où il entre dans le champ d'application du présent chapitre et où il demande une intervention pour une aide à la mobilité telle que visée à l'article 278.

Art. 285. L'usager auquel une intervention a été octroyée conformément aux dispositions du présent chapitre peut, en fonction du changement de la restriction de sa mobilité, introduire une demande d'intervention pour une autre aide à la mobilité, telle que visée à l'article 278, sans qu'une nouvelle indication ne soit requise à cet effet.

La demande de passage à une autre aide à la mobilité visée à l'alinéa premier est motivée par écrit à l'égard du fournisseur d'aides à la mobilité, qui conserve la motivation introduite. En vue de la motivation précitée, l'usager peut recourir à l'assistance d'une association d'usagers spécialisée dans le domaine des maladies dégénératives progressives.

Par dérogation à l'alinéa premier, toute demande d'intervention pour une voiturette électronique ou un scooter électronique pour un usager qui dispose d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire, d'une voiturette de soins ou d'une voiturette active doit impérativement être accompagnée d'une indication sous la forme d'un rapport d'avis « type de voiturette », établi conformément à l'article 279, alinéa trois.

Section 3. — Achat

Art. 286. Par dérogation à l'article 278, les usagers peuvent opter pour l'introduction d'une demande d'intervention pour l'achat d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire, d'une voiturette de soins, d'une voiturette active, d'une voiturette électronique ou d'un scooter électronique, lorsque la location de l'aide à la mobilité ne permet pas de répondre aux besoins particuliers de l'usager.

Les demandes visées à l'alinéa premier sont traitées par la Commission technique spéciale, conformément à la procédure visée au titre 4, chapitre 2, section 1ère. Les demandes sont traitées en priorité par rapport aux autres demandes introduites conformément à l'article 291 ou 299.

Art. 287. § 1er. Les demandes d'intervention d'usagers souffrant d'une maladie dégénérative progressive en vue de l'achat d'aides à la mobilité autres que les aides à la mobilité visées à l'article 278 sont introduites conformément à la procédure de demande simplifiée, lorsque les aides à la mobilité en question figurent dans la liste des produits.

Par dérogation à l'alinéa premier, les demandes d'intervention pour des tricycles ou quadricycles standard sont introduites conformément à la procédure étendue, et les demandes d'intervention pour des tricycles couchés, des cadres de marche ainsi que pour des châssis et des sièges-coquilles ou pour des dossiers modulaires adaptables pour le soutien de la position assise, sont introduites conformément à la procédure complémentaire étendue.

§ 2. Les demandes d'intervention d'usagers souffrant d'une maladie dégénérative progressive pour des aides à la mobilité autres que les aides à la mobilité visées à l'article 278 sont introduites et traitées auprès de la Commission technique spéciale, conformément au titre 4, chapitre 2, section 1ère, lorsque les aides à la mobilité en question figurent dans la liste des produits. Les demandes sont traitées en priorité par rapport aux autres demandes introduites conformément à l'article 291 ou 299.

Titre 4. — *Achat*

Chapitre 1er. — *Dans la liste des produits*

Art. 288. § 1er. La procédure de demande simplifiée s'applique dans le cadre de la demande d'intervention pour l'achat d'une aide à la mobilité.

La procédure de base s'applique dans le cadre de la demande d'intervention pour l'achat d'une voiturette standard.

La procédure étendue s'applique dans le cadre de la demande d'intervention pour l'achat d'une des aides à la mobilité suivantes :

1° une voiturette modulaire ;

2° une voiturette de soins ;

3° un scooter électronique pour l'intérieur ;

4° un tricycle ou quadricycle standard ;

5° une voiturette manuelle pour enfants.

La procédure complémentaire étendue s'applique dans le cadre de la demande d'intervention pour l'achat d'une des aides à la mobilité suivantes :

1° une voiturette électronique pour enfants ;

2° une voiturette active ;

3° une voiturette active aux dimensions individualisées ;

4° une voiturette électronique ;

5° un scooter électronique pour l'intérieur ou l'extérieur ;

6° un scooter électronique pour l'extérieur ;

7° un châssis pour siège-coquille ;

8° un dossier modulaire adaptable pour le soutien de la position assise ;

9° un cadre de marche ;

10° une voiturette avec fonction debout mécanique ou électronique ;

11° un tricycle couché.

§ 2. Le Ministre détermine le montant des interventions pour l'achat d'une aide à la mobilité telle que visée à l'alinéa premier.

Art. 289. Après la décision d'acceptation de l'intervention demandée pour l'achat d'une aide à la mobilité telle que visée à l'article 288, alinéa premier ou deux, l'aide à la mobilité en question est remise à l'usager par le fournisseur d'aides à la mobilité dans les quinze jours ouvrables qui suivent la notification de l'acceptation. Le délai précité ne peut être prolongé à trente jours ouvrables qu'en cas de force majeure, auquel cas la charge de la preuve repose sur le fournisseur d'aides à la mobilité, qui notifie les motifs du cas de force majeure à la caisse d'assurance soins.

Après la décision d'acceptation de l'intervention demandée pour l'achat d'une aide à la mobilité telle que visée à l'article 288, § 1er, alinéa trois ou quatre, l'aide à la mobilité en question est remise à l'usager par le fournisseur d'aides à la mobilité dans les trente jours ouvrables qui suivent la notification de l'acceptation. Le délai précité ne peut être prolongé à soixante jours ouvrables qu'en cas de force majeure, auquel cas la charge de la preuve repose sur le fournisseur d'aides à la mobilité, qui notifie les motifs du cas de force majeure à la caisse d'assurance soins.

Lorsque, au moment de la notification de l'acceptation, un délai de résiliation est toujours en cours à la suite de la résiliation d'un contrat de location relatif à une autre aide à la mobilité, le délai de remise ne commence qu'à courir, par dérogation aux alinéas premier et deux, qu'à l'expiration du délai de résiliation en question.

§ 2. La remise d'une aide à la mobilité pour laquelle seule une acceptation partielle a été obtenue ne peut avoir lieu qu'après confirmation de l'achat par l'usager vis-à-vis du fournisseur d'aides à la mobilité.

Art. 290. Lors de la remise d'une aide à la mobilité conformément aux dispositions du présent chapitre, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un document de remise, dont le modèle est défini par le Ministre.

Le fournisseur d'aides à la mobilité remet immédiatement à l'usager une copie du document de remise signé.

Chapitre 2. — *En dehors de la liste des produits - intervention complémentaire*

Section 1ère. — Aides à la mobilité ne figurant pas dans la liste des produits

Art. 291. Lorsque l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte après évaluation par le fournisseur d'aides à la mobilité auquel il s'est adressé ne figure pas dans la liste des produits, l'usager peut introduire une demande d'intervention sur la base de besoins particuliers.

Art. 292. La demande visée à l'article 291 est accompagnée des documents suivants :

1° une indication sous la forme d'un rapport d'avis « type de voiturette », établi par une équipe consultative « type de voiturette », conformément au titre 7, chapitre 2 ;

2° un rapport de motivation, établi par le fournisseur d'aides à la mobilité, et dont le modèle est défini par le Ministre ;

3° un rapport de test, établi par le fournisseur d'aides à la mobilité conformément à l'article 311, dont il ressort que le test a eu lieu avec l'aide à la mobilité sur laquelle porte la demande, lorsque la demande d'intervention concerne une voiturette électronique ou un scooter électronique.

Art. 293. La demande d'intervention visée à l'article 291 doit également contenir un devis du coût de l'aide à la mobilité pour laquelle l'intervention est demandée. Le ministre peut déterminer les données essentielles à inclure dans le devis.

Art. 294. L'usager introduit la demande visée à l'article 291 auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié et joint à sa demande le rapport d'avis « type de voiturette », le rapport de motivation, le devis et, le cas échéant, le rapport de test.

La caisse d'assurance soins est chargée de contrôler le statut d'assurance de l'usager ainsi que les conditions de remboursement et demande, si nécessaire, à obtenir les informations manquantes. Le ministre peut définir ce qu'il y a lieu d'entendre par « informations manquantes ».

Art. 295. En cas de résultat positif du contrôle visé à l'article 294, alinéa deux, la demande est transmise à la Commission des caisses d'assurance soins, qui rend un avis à la caisse d'assurance soins en rapport avec la recevabilité de la demande dans les dix jours ouvrables qui suivent la réception de la demande. L'avis de la Commission des caisses d'assurance soins est rendu de manière multidisciplinaire par un médecin et un expert.

Lors de l'appréciation de la recevabilité de la demande, la Commission des caisses d'assurance soins tient compte des éléments suivants :

1° il doit s'agir d'une demande d'intervention pour une aide à la mobilité qui ne figure pas dans la liste des produits ;

2° les frais à charge de l'usager doivent être d'au moins 300 euros, TVA incluse ;

3° la demande qui vise à soumettre la demande à la Commission technique spéciale doit être motivée ;

4° la restriction de la mobilité de l'usager doit être de nature identique à celle qui est requise pour l'intervention d'une aide à la mobilité similaire, mentionnée dans la liste des produits ;

5° la demande doit remplir les conditions énoncées à l'annexe 5, jointe au présent arrêté.

La condition visée à l'alinéa deux, 2°, ne s'applique pas aux usagers qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt visée à l'article 46 du décret du 18 mai 2018.

Art. 296. § 1er. Après avis conforme rendu par la Commission des caisses d'assurance soins conformément à l'article 295, la caisse d'assurance soins prend une décision de recevabilité ou d'irrecevabilité de la demande.

La décision visée à l'alinéa premier est prise par la caisse d'assurance soins dans les cinq jours ouvrables qui suivent l'introduction de la demande, étant entendu que le délai est suspendu tant que le délai nécessaire à l'avis de la Commission des caisses d'assurance soins est en cours.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins visé à l'alinéa deux est également suspendu lorsque la caisse d'assurance soins demande à obtenir des informations manquantes conformément à l'article 294, § 2, alinéa deux, et recommence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations demandées.

§ 2. La caisse d'assurance soins informe le fournisseur d'aides à la mobilité de la décision visée au paragraphe 1er, alinéa premier.

La caisse d'assurance soins informe également l'usager de la décision d'irrecevabilité, du motif de l'irrecevabilité ainsi que des possibilités de recours et des délais dans lesquels le recours doit être formé.

Art. 297. La décision de recevabilité de la demande est suivie de l'inscription de la demande d'avis à l'ordre du jour de l'assemblée de la Commission technique spéciale.

Dans les 45 jours ouvrables qui suivent la décision de recevabilité, la Commission technique spéciale rend un avis à la caisse d'assurance soins en rapport avec l'octroi total ou partiel de l'intervention demandée conformément à l'article 291, et avec les règles applicables au renouvellement, au cumul, à l'entretien et à la réparation.

La Commission technique spéciale peut demander des informations complémentaires à l'usager, au médecin qui a rédigé la prescription médicale, à l'équipe consultative « type de voiturette » qui a établi le rapport d'avis « type de voiturette » ou au fournisseur d'aides à la mobilité qui a introduit la demande au nom de l'usager, lorsqu'elle juge lesdites informations nécessaires dans le cadre de sa mission de consultance. Lorsque la Commission technique spéciale demande des informations complémentaires, le délai visé à l'alinéa deux est suspendu et recommence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations demandées.

Art. 298. § 1er. Dans les cinq jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis conforme de la Commission technique spéciale, la caisse d'assurance soins prend une décision d'acceptation totale ou partielle ou de refus de l'intervention demandée ainsi qu'en rapport avec les règles applicables au renouvellement, au cumul, à l'entretien et à la réparation.

La caisse d'assurance soins informe le fournisseur d'aides à la mobilité de la décision d'acceptation ou de refus visée à l'alinéa premier. La caisse d'assurance soins informe également l'usager de la décision d'acceptation ou de refus de l'intervention demandée, et mentionne le cas échéant le motif du refus ainsi que les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé. L'équipe consultative « type de voiturette » concernée est également informée par la caisse d'assurance soins de la décision de refuser l'intervention demandée ainsi que de la motivation de ladite décision.

§ 2. Après la décision d'octroi de l'intervention demandée, l'aide à la mobilité en question est remise à l'usager par le fournisseur d'aides à la mobilité.

La remise d'une aide à la mobilité pour laquelle seule une acceptation partielle a été obtenue ne peut avoir lieu qu'après confirmation de l'achat par l'usager vis-à-vis du fournisseur d'aides à la mobilité.

§ 3. Lors de la remise de l'aide à la mobilité en question, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un document de remise, dont le modèle est défini par le Ministre.

Le fournisseur d'aides à la mobilité remet immédiatement à l'usager une copie du document de remise signé.

Section 2. — Intervention complémentaire

Art. 299. Lorsque l'usager est chargé du paiement d'un supplément pour l'aide à la mobilité pour laquelle il demande une intervention, et qu'une intervention complémentaire pour le supplément en question est justifiée sur la base de la spécificité des besoins de l'usager, il peut en même temps demander une intervention complémentaire.

Art. 300. L'article 292 s'applique par analogie aux demandes introduites dans le cadre de la présente section.

Art. 301. L'usager introduit la demande visée à l'article 299 auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié et joint à sa demande le rapport d'avis « type de voiturette », le rapport de motivation et, le cas échéant, le rapport de test.

Art. 302. La caisse d'assurance soins est chargée de contrôler le statut d'assurance de l'usager ainsi que les conditions de remboursement et demande, si nécessaire, à obtenir les informations manquantes. Le ministre peut définir ce qu'il y a lieu d'entendre par « informations manquantes ».

Art. 303. § 1er. En cas de résultat positif du contrôle visé à l'article 302, la demande est transmise à la Commission des caisses d'assurance soins, qui rend un avis à la caisse d'assurance soins dans les dix jours ouvrables qui suivent la réception de la demande. L'avis précité porte sur les éléments suivants :

1° l'indication et l'évaluation par le fournisseur d'aides à la mobilité de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte, conformément à l'article 260 ;

2° la recevabilité de la demande d'intervention complémentaire.

L'avis de la Commission des caisses d'assurance soins est rendu de manière monodisciplinaire ou multidisciplinaire, en fonction de l'aide à la mobilité pour laquelle une intervention est demandée.

§ 2. Lors de l'appréciation de la recevabilité de la demande visée au paragraphe 1er, alinéa premier, 2°, la Commission des caisses d'assurance soins tient compte des éléments suivants :

1° les frais à charge de l'usager doivent être d'au moins 300 euros, TVA incluse ;

2° la demande qui vise à soumettre la demande à la Commission technique spéciale doit être motivée ;

La condition visée à l'alinéa premier, 1°, ne s'applique pas aux usagers qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt visée à l'article 46 du décret du 18 mai 2018.

Art. 304. § 1er. Après avis conforme rendu par la Commission des caisses d'assurance soins conformément à l'article 303, la caisse d'assurance soins prend une décision :

1° d'acceptation, éventuellement partielle, ou de refus de l'intervention demandée ;

2° de recevabilité ou d'irrecevabilité de la demande d'intervention complémentaire.

La décision visée à l'alinéa premier est prise par la caisse d'assurance soins dans les cinq jours ouvrables qui suivent l'introduction de la demande, étant entendu que le délai est suspendu tant que le délai nécessaire à l'avis de la Commission des caisses d'assurance soins est en cours.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins visé à l'alinéa deux est également suspendu lorsque la caisse d'assurance soins demande à obtenir des informations manquantes conformément à l'article 302, et recommence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations demandées.

§ 2. La caisse d'assurance soins informe le fournisseur d'aides à la mobilité de la décision visée au paragraphe 1er, alinéa premier.

La caisse d'assurance soins informe également l'usager de la décision d'acceptation ou de refus de l'intervention demandée, ou de la décision d'acceptation de l'intervention demandée et d'irrecevabilité de l'intervention complémentaire demandée, des motifs du refus ou de l'irrecevabilité ainsi que des possibilités de recours et des délais dans lesquels le recours doit être formé.

L'équipe consultative « type de voiturette » concernée est également informée par la caisse d'assurance soins de la décision de refuser l'intervention demandée ainsi que de la motivation de ladite décision.

Art. 305. La décision d'acceptation de l'intervention demandée et de recevabilité de la demande d'intervention complémentaire est suivie de l'inscription de la demande d'avis à l'ordre du jour de l'assemblée de la Commission technique spéciale.

Dans les 45 jours ouvrables qui suivent la décision de recevabilité, la Commission technique spéciale rend un avis à la caisse d'assurance soins en rapport avec l'octroi total ou partiel de l'intervention complémentaire demandée conformément à l'article 299.

La Commission technique spéciale peut demander des informations complémentaires à l'usager, au médecin qui a rédigé la prescription médicale, à l'équipe consultative « type de voiturette » qui a établi le rapport d'avis « type de voiturette » ou au fournisseur d'aides à la mobilité qui a introduit la demande au nom de l'usager, lorsqu'elle juge lesdites informations nécessaires dans le cadre de sa mission de consultance. Lorsque la Commission technique spéciale demande des informations complémentaires, le délai visé à l'alinéa deux est suspendu et recommence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations demandées.

Art. 306. Dans les cinq jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis conforme de la Commission technique spéciale, la caisse d'assurance soins prend une décision d'acceptation totale ou partielle ou de refus de l'intervention complémentaire demandée.

La caisse d'assurance soins informe le fournisseur d'aides à la mobilité de la décision d'acceptation ou de refus visée à l'alinéa premier. La caisse d'assurance soins informe également l'usager de la décision d'acceptation ou de refus, le cas échéant du motif du refus ainsi que des possibilités de recours et des délais dans lesquels le recours doit être formé.

Art. 307. Après la décision d'acceptation de l'intervention demandée et après qu'une décision a été prise quant à l'octroi de l'intervention complémentaire demandée, l'aide à la mobilité en question est remise à l'usager par le fournisseur d'aides à la mobilité.

La remise d'une aide à la mobilité pour laquelle seule une acceptation partielle de l'intervention demandée a été obtenue, ou pour laquelle la demande d'intervention complémentaire n'a pas été acceptée ou n'a été acceptée que partiellement, ne peut avoir lieu qu'après confirmation de l'achat par l'usager vis-à-vis du fournisseur d'aides à la mobilité.

Lors de la remise de l'aide à la mobilité visée à l'alinéa premier, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un document de remise, dont le modèle est défini par le Ministre.

Le fournisseur d'aides à la mobilité remet immédiatement à l'usager une copie du document de remise signé.

Chapitre 3. — *Intervention forfaitaire*

Art. 308. Une intervention forfaitaire peut être octroyée à l'usager lorsqu'il demande une intervention pour une aide à la mobilité autre que celle pour laquelle il est pris en compte.

La demande visée à l'alinéa premier est introduite conformément à la procédure définie pour l'aide à la mobilité pour laquelle une intervention a été demandée.

Par dérogation à l'alinéa deux, la procédure suivie est la procédure définie l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte, lorsque l'usager opte immédiatement pour une intervention forfaitaire.

Art. 309. Le Ministre définit le montant des interventions forfaitaires ainsi que les modalités de l'intervention forfaitaire.

Art. 310. Dans le cas des aides à la mobilité pour lesquelles une intervention forfaitaire a été octroyée, il y a lieu d'appliquer les règles de cumul figurant à l'annexe 3, jointe au présent arrêté, au sous-groupe de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

Chapitre 4. — *Rapport de test lors de l'achat*

Art. 311. § 1er. Lorsque la demande d'intervention porte sur une voiturette électronique ou un scooter électronique, la demande doit être précédée de la réalisation d'un test qui démontre que l'aide à la mobilité a été adaptée aux besoins de l'usager et à l'utilisation de l'aide dans l'environnement de vie de l'usager, et que l'usager est capable d'utiliser l'aide à la mobilité en question de manière réfléchie et sûre, tant à l'intérieur que, le cas échéant, sur la voie publique.

Le test visé à l'alinéa premier est réalisé dans l'habitation ou l'environnement de vie de l'usager lorsqu'il s'agit d'une voiturette électronique, à l'exception des cas dans lesquels il s'agit d'un renouvellement.

Le fournisseur d'aides à la mobilité établit un rapport sur le test réalisé et utilise à cet effet le document dont le modèle est défini par le Ministre. Le Ministre peut déterminer les informations essentielles à inclure dans le rapport.

§ 2. Le test visé au paragraphe 1er porte au moins sur deux différentes aides à la mobilité devant être adaptées aux besoins de l'usager.

Une des deux aides à la mobilité visées à l'alinéa premier doit être une aide à la mobilité pour laquelle aucun supplément n'est à charge de l'usager, à moins que les aides à la mobilité en question ne figurent pas dans la liste des produits.

§ 3. Pour chaque rapport tel que visé au paragraphe premier, alinéa trois, établi dans le cadre d'une demande d'intervention pour une voiturette électronique, le fournisseur d'aides à la mobilité perçoit une rémunération dont le montant est déterminé par le Ministre, étant entendu que la rémunération ne peut porter que sur un seul rapport par usager et que la rémunération est payée lorsque le rapport de test est effectivement suivi de la demande d'intervention pour une voiturette électronique.

Art. 312. Lorsqu'une demande d'intervention forfaitaire est introduite conformément à l'article 308 pour une voiturette électronique ou un scooter électronique, il y a lieu d'établir un rapport de test conformément aux conditions et procédures visées dans le présent chapitre.

Chapitre 5. — *Location temporaire préalablement à l'achat*

Art. 313. La présente section s'applique aux usagers majeurs qui souffrent d'une restriction de leur mobilité et qui ont suivi un programme de revalidation locomotrice ou neurologique.

Art. 314. § 1er. La demande d'intervention introduite par un usager tel que visé à l'article 313 en vue de l'achat d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire, d'une voiturette de soins ou d'une voiturette active doit être précédée de la location temporaire d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire, d'une voiturette de soins ou d'une voiturette active.

La demande d'intervention introduite par un usager tel que visé à l'article 313 en vue de l'achat d'une voiturette électronique ou d'un scooter électronique peut être précédée de la location temporaire d'une voiturette standard, d'une voiturette modulaire, d'une voiturette de soins ou d'une voiturette active.

Le présent paragraphe ne s'applique pas aux demandes d'intervention dans le cadre du renouvellement d'une aide à la mobilité ou aux demandes d'intervention pour une seconde voiturette.

§ 2. La durée totale de la location temporaire, qui peut porter sur différentes voiturettes louées successivement, éventuellement auprès de différents fournisseurs d'aides à la mobilité, ne peut être supérieure à six mois.

§ 3. À l'expiration de la période de location temporaire d'au moins trois mois, l'usager peut demander une intervention pour l'achat d'une aide à la mobilité, conformément à la procédure de base, à la procédure étendue ou à la procédure complémentaire étendue, selon le cas.

L'aide à la mobilité octroyée à l'usager après acceptation de la demande d'intervention pour l'achat d'une aide à la mobilité, introduite conformément aux dispositions de l'alinéa premier, doit être neuve au moment de la remise.

Par dérogation à l'alinéa deux, la voiturette fournie à l'usager peut également être la voiturette mise à la disposition de l'usager précédemment dans le cadre de la location temporaire, à la condition que, à ce moment-là, la voiturette ait été neuve et n'ait pas encore été mise en vente ou donnée en location. Le cas échéant, le délai de renouvellement de l'aide à la mobilité commence à courir à la date de signature du document de remise.

Art. 315. Une intervention peut être octroyée pour la location temporaire d'une aide à la mobilité visée à l'article 314.

L'article 262 s'applique par analogie.

Art. 316. § 1er. L'intervention pour la location temporaire d'une aide à la mobilité, telle que visée à l'article 315, est octroyée sur la base d'une indication relative au contenu d'une prescription médicale délivrée par un médecin et complétée par l'usager.

Dans la prescription médicale visée à l'alinéa premier, le médecin mentionne la revalidation de l'usager visé à l'article 313.

§ 2. L'usager s'adresse, muni de la prescription médicale visée au paragraphe premier, à un fournisseur d'aides à la mobilité de son choix, qui, conformément à la prescription médicale, procède à une évaluation de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

Art. 317. La demande d'intervention pour la location temporaire d'une aide à la mobilité est introduite conformément à la procédure de base, étant entendu que :

1° après la décision d'acceptation de l'intervention demandée, l'aide à la mobilité en question est octroyée par le fournisseur d'aides à la mobilité dans les quinze jours ouvrables qui suivent la notification de l'acceptation. Le délai précité ne peut être prolongé à trente jours ouvrables qu'en cas de force majeure, auquel cas la charge de la preuve repose sur le fournisseur d'aides à la mobilité, qui notifie les motifs du cas de force majeure à la caisse d'assurance soins.

2° lors de la remise de l'aide à la mobilité, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un contrat de location d'une durée de six mois.

Le Ministre définit le modèle de contrat de location visé à l'alinéa premier, 2°.

Art. 318. Les articles 265, 266, 268, 269 et 272 s'appliquent par analogie.

Art. 319. § 1er. L'usager peut à tout moment mettre fin de manière anticipée au contrat de location par courrier recommandé, en vue de la conclusion d'un nouveau contrat de location auprès d'un autre fournisseur d'aides à la mobilité conformément aux dispositions du présent chapitre, moyennant un délai de préavis d'un mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date de réception du courrier recommandé.

Par dérogation à l'alinéa premier, l'usager peut mettre fin au contrat de location par courrier recommandé, sans délai de préavis, lorsque le fournisseur d'aides à la mobilité ne respecte pas ses obligations sur les plans fonctionnel, hygiénique et technique.

La résiliation du contrat de location conformément aux alinéas premier et deux est également notifiée par écrit à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, soit par le fournisseur d'aides à la mobilité, soit par l'usager, selon le cas.

§ 2. Le fournisseur d'aides à la mobilité peut mettre fin au contrat de location par courrier recommandé, sans délai de préavis, lorsqu'il est constaté des dommages à la voiturette qui sont imputables à des précautions insuffisantes ou à une manipulation inappropriée de la voiturette dans le chef de l'usager.

La résiliation d'un contrat de location conformément à l'alinéa premier est également notifiée par écrit par le fournisseur d'aides à la mobilité à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

§ 3. Le contrat de location prend fin de plein droit dans les cas visés à l'article 267, § 3.

Art. 320. Pendant la durée de la location temporaire, le fournisseur d'aides à la mobilité peut introduire une demande d'intervention au nom de l'usager, conformément à l'article 317, en vue de la location temporaire d'une autre voiturette standard, voiturette modulaire, voiturette de soins ou voiturette active.

Sans préjudice de l'application du délai de préavis visé à l'article 319, § 1er, alinéa premier, l'usager peut à tout moment, pendant toute la durée de la location temporaire, s'adresser à un autre fournisseur d'aides à la mobilité, qui, le cas échéant, peut introduire au nom de l'usager une demande d'intervention pour la location temporaire d'une voiturette standard, une voiturette modulaire, une voiturette de soins ou une voiturette active, conformément à l'article 317.

Le contrat de location entre le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager après acceptation de la demande introduite conformément à l'alinéa premier ou deux, est conclu pour une durée de six mois, sans préjudice de la durée des contrats de location conclus par l'usager au cours des mois précédents dans le cadre de la location temporaire.

Art. 321. Lorsque l'aide à la mobilité demandée conformément à l'article 314, § 3, n'a pas encore été remise au moment où la durée maximale de la location temporaire a expiré, le fournisseur d'aides à la mobilité en question est tenu de continuer à mettre gratuitement à la disposition de l'usager l'aide à la mobilité louée, sauf si l'usager peut être considéré comme personnellement responsable de l'introduction tardive de la demande ou si l'usager a introduit une demande auprès d'un autre fournisseur d'aides à la mobilité.

Chapitre 6. — *Renouvellement, renouvellement anticipé et adaptations anticipées lors de l'achat*

Section 1ère. — Renouvellement

Art. 322. § 1er. Les délais de renouvellement des aides à la mobilité sont définis à l'annexe 2, jointe au présent arrêté, et commencent toujours à courir à la date de la remise de l'aide à la mobilité en question.

Dans le cas des aides à la mobilité pour lesquelles une intervention forfaitaire a été octroyée, les délais de renouvellement visés à l'annexe 2, jointe au présent arrêté, s'appliquent à l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

Les délais de renouvellement des aides à la mobilité qui ne figurent pas dans la liste des produits et pour lesquelles une intervention a été octroyée conformément au chapitre 2, section 1ère, sont définis par la caisse d'assurance soins dans sa décision telle que visée à l'article 298, § 1er, alinéa premier, après avis conforme de la Commission technique spéciale.

Les délais de renouvellement relatifs aux deuxièmes voiturettes sont déterminés comme suit :

1° en ce qui concerne les usagers mineurs, le délai de renouvellement applicable est le délai déterminé pour l'aide à la mobilité en question à l'annexe 2, jointe au présent arrêté ;

2° en ce qui concerne les usagers majeurs, le délai de renouvellement applicable est le délai déterminé pour l'aide à la mobilité en question à l'annexe 2, jointe au présent arrêté, multiplié par un et demi.

§ 2. Les délais de renouvellement visés au paragraphe premier sont déterminés sur la base de l'âge de l'usager au moment de l'introduction de la demande dans le cadre du renouvellement.

§ 3. Tant que le délai de renouvellement est en cours, aucune nouvelle demande d'intervention pour une aide à la mobilité ne peut être introduite, sauf pour :

1° les cas dans lesquels le cumul des interventions pour des aides à la mobilité est autorisé conformément aux règles de cumul définies à l'annexe 3, jointe au présent arrêté ;

2° les cas dans lesquels l'usager a droit à une intervention pour une seconde voiturette, conformément aux dispositions du titre 5.

Art. 323. § 1er. Lorsque, à l'expiration du délai de renouvellement de l'aide à la mobilité pour laquelle il a reçu une intervention, l'usager introduit une nouvelle demande d'intervention pour une autre aide à la mobilité, il suit la procédure de demande définie dans le présent arrêté pour l'aide à la mobilité en question.

§ 2. Pour une aide à la mobilité qui figure dans le même sous-groupe de la liste des prestations, l'usager peut, par dérogation au paragraphe premier, suivre la procédure de base.

Pour une voiturette électronique ou un scooter électronique qui figure dans un même groupe principal mais dans un autre sous-groupe de la liste des prestations, l'usager peut, par dérogation au paragraphe premier, suivre la procédure étendue.

Art. 324. Dans le cadre de renouvellement d'une aide à la mobilité pour laquelle une intervention forfaitaire a déjà été octroyée, il y a lieu de suivre la procédure étendue.

Lorsque l'usager n'est pris en compte que pour une voiturette standard, il est possible, par dérogation à l'alinéa premier, de suivre la procédure de base.

Art. 325. Sans préjudice de l'application de l'article 327, des délais de renouvellement distincts sont prévus à l'annexe 2, jointe au présent arrêté, pour les coussins anti-escarres. Les délais de renouvellement sont déterminés sur la base de l'âge de l'usager au moment de l'introduction de la demande dans le cadre du renouvellement.

Quel que soit le délai de renouvellement déterminé pour sa voiturette conformément à l'article 322, l'usager peut, à l'expiration du délai de renouvellement visé à l'alinéa premier, introduire une nouvelle demande d'intervention pour un coussin anti-escarres conformément à la procédure étendue.

Section 2. — Renouvellement anticipé

Art. 326. Par dérogation à l'article 322, une intervention pour une nouvelle aide à la mobilité peut être octroyée préalablement à l'expiration du délai de renouvellement dans chacun des cas suivants :

1° lorsque surviennent chez l'usager des modifications imprévues et significatives des fonctions du système locomoteur ou des changements des propriétés anatomiques qui rendent indispensable un renouvellement anticipé ;

2° lorsqu'un renouvellement anticipé est nécessaire parce que l'aide à la mobilité est devenue inutilisable, sauf dans les cas d'une utilisation inappropriée de l'aide à la mobilité.

La demande d'intervention conformément à l'alinéa premier, 1°, est introduite conformément à la procédure complémentaire étendue.

La demande d'intervention conformément à l'alinéa premier, 2°, doit concerner une aide à la mobilité faisant partie du même sous-groupe de la liste des prestations que le sous-groupe de l'aide à la mobilité devenue inutilisable, et est introduite conformément à la procédure étendue.

Section 3. — Adaptations anticipées

Art. 327. Lorsque, en raison de modifications chez l'usager des fonctions du système locomoteur ou de perturbations des propriétés anatomiques, il y a lieu d'apporter des adaptations à une aide à la mobilité déjà remise et pour laquelle une intervention a été octroyée, le fournisseur d'aides à la mobilité peut introduire à cet effet une demande d'intervention au nom de l'usager, conformément à la procédure étendue.

Les adaptations pour lesquelles une demande est introduite conformément à l'alinéa premier, doivent être prévues dans la liste des prestations.

Chapitre 7. — *Entretien et réparation lors de l'achat*

Art. 328. § 1er. Le présent chapitre s'applique aux voiturettes manuelles, aux voiturettes électroniques, aux scooters électroniques ainsi qu'aux tricycles et quadricycles.

S'agissant des aides à la mobilité visées à l'alinéa premier, à l'exception des scooters électroniques, pour lesquelles une intervention a été octroyée conformément au chapitre 1er du présent titre, un montant est mis à la disposition de l'usager à titre d'indemnisation des frais d'entretien et de réparation dans les cas suivants :

1° un forfait étendu de 40 % de l'intervention qui a été octroyée pour l'achat de l'aide à la mobilité en question, en ce compris les adaptations, est octroyé aux catégories d'usagers suivantes :

a) les usagers souffrant de difficultés de déplacement complètes prouvées et définitives, qui ne peuvent pas se mettre en station debout ou marcher à l'intérieur, et pour lesquels les déplacements à l'intérieur sont impossibles sans l'aide à la mobilité ;

b) les usagers auxquels est octroyée une intervention pour une voiturette de soins, une voiturette active, un tricycle ou quadricycle standard ou un tricycle couché, une voiturette électronique, une voiturette manuelle pour enfants, une voiturette avec fonction debout ou un châssis pour voiturette ;

2° un forfait de base de 150 euros est octroyé aux usagers auxquels une intervention a été octroyée pour une voiturette standard ou une voiturette modulaire.

S'agissant des scooters électroniques pour lesquels une intervention a été octroyée conformément au chapitre 1er du présent titre, un montant est mis à la disposition de l'usager à titre d'indemnisation des frais d'entretien et de réparation dans les cas suivants :

1° un forfait étendu de 40 % de l'intervention qui a été octroyée pour l'achat du scooter électronique en question, en ce compris les adaptations, est octroyé aux catégories d'usagers suivantes :

a) les usagers souffrant de difficultés de déplacement complètes prouvées et définitives, qui ne peuvent pas se mettre en station debout ou marcher à l'intérieur, et pour lesquels les déplacements à l'intérieur sont impossibles sans l'aide à la mobilité, et qui utilisent le scooter électronique à des fins professionnelles telles que la participation à une formation, l'exercice d'un emploi ou une occupation y assimilée ;

b) les usagers souffrant d'une maladie neuromusculaire évolutive, de myopathie évolutive, de sclérose en plaques, de tétraparésie, de quadriparésie ou de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire selon les définitions acceptées par la Société royale belge de Rhumatologie, à savoir l'arthrite rhumatoïde, la spondyloarthropathie, l'arthrite rhumatoïde juvénile, le lupus érythémateux et la sclérodermie, pour lesquels le scooter électronique est l'unique solution de mobilité indiquée.

2° un forfait de base de 250 euros est octroyé aux usagers qui ne sont pas pris en compte pour le montant visé au point 1°.

§ 2. Lorsqu'il est octroyé à l'usager une intervention forfaitaire conformément à l'article 308, les règles visées au paragraphe 1er s'appliquent en fonction de l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager est pris en compte.

§ 3. Les indemnités pour les frais d'entretien et de réparation d'aides à la mobilité qui ne figurent pas dans la liste des produits et pour lesquelles une intervention a été octroyée conformément au chapitre 2, section 1ère, sont définies par la caisse d'assurance soins dans sa décision telle que visée à l'article 298, § 1er, alinéa premier, après avis conforme de la Commission technique spéciale.

§ 4. Le montant des frais d'entretien et de réparation est demandé par le fournisseur d'aides à la mobilité dans le cadre de l'introduction de la demande d'intervention pour l'aide à la mobilité en question.

§ 5. Le montant des frais d'entretien et de réparation est à la disposition de l'usager depuis la date de remise de l'aide à la mobilité en question jusqu'à la date de remise d'une nouvelle aide à la mobilité pour laquelle une intervention est octroyée.

Art. 329. § 1er. Le montant des frais d'entretien et de réparation pour une aide à la mobilité mise à la disposition de l'usager conformément à l'article 328 ne peut être consacré qu'aux frais d'entretien et de réparation qui portent sur l'aide à la mobilité en question.

Les frais d'entretien et de réparation visés à l'alinéa premier doivent être remboursables conformément à la liste des prestations.

Le montant des frais d'entretien et de réparation ne peut en aucun cas être consacré à des frais qui entrent dans le champ d'application d'une garantie et qui, partant, ne peuvent être portés à charge de l'usager ou de la Protection sociale flamande.

§ 2. En vue de l'entretien ou de la réparation d'une aide à la mobilité conformément au paragraphe premier, l'usager s'adresse à un fournisseur d'aides à la mobilité de son choix. L'entretien ou la réparation est effectué par le fournisseur d'aides à la mobilité proprement dit ou sous sa responsabilité et doit être précédé de la signature par l'usager d'une offre que le fournisseur d'aides à la mobilité conserve en vue de contrôles a posteriori.

L'entreprise du fournisseur d'aides à la mobilité qui effectue l'entretien ou la réparation, ou sous la responsabilité de laquelle l'entretien ou la réparation est effectué, remet la facture à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié par le biais d'une application numérique, certifiée conformément aux dispositions du titre 6, chapitre 2.

Le remboursement de la facture visée à l'alinéa deux par la caisse d'assurance soins au fournisseur d'aides à la mobilité s'accompagne de la déduction du montant total de la facture du montant mis à disposition pour les frais d'entretien et de réparation.

§ 3. Lorsque le montant de la facture introduite par le fournisseur d'aides à la mobilité conformément au paragraphe 2, alinéa deux, est supérieur au montant mis à disposition pour les frais d'entretien et de réparation, la facture précitée est remboursée à concurrence du montant mis à disposition.

À partir du moment où le montant mis à disposition pour couvrir les frais d'entretien et de réparation a été utilisé, les factures ne sont plus remboursées.

Art. 330. Par dérogation à l'article 329, § 3, l'usager peut, lorsque le montant mis à disposition pour couvrir les frais d'entretien et de réparation a été utilisé, introduire malgré tout une demande en vue d'obtenir le remboursement total ou partiel des frais de réparation, lorsque le défaut à réparer est la conséquence de circonstances exceptionnelles et que la réparation est essentielle pour que l'aide à la mobilité soit à nouveau utilisable.

Les dispositions du chapitre 2, section 1ère, s'appliquent par analogie aux demandes introduites conformément à l'alinéa premier, étant entendu que :

1° les documents suivants sont joints à la demande :

a) un rapport de motivation, établi par le fournisseur d'aides à la mobilité, et dont le modèle est défini par le Ministre ;

b) un devis mentionnant les frais de réparation pour lesquels une intervention est demandée.

2° la Commission des caisses d'assurance soins rend un avis négatif dans le cadre de l'appréciation de la recevabilité de la demande dans chacun des cas suivants :

a) les frais à charge de l'usager ne s'élèvent pas à moins de 300 euros, TVA incluse, à l'exception des cas dans lesquels l'usager se trouve dans une situation digne d'intérêt visée à l'article 46 du décret du 18 mai 2018 ;

b) la demande qui vise à soumettre la demande à la Commission technique spéciale n'est pas motivée ;

c) il ressort manifestement de la demande qu'il ne s'agit pas de circonstances exceptionnelles ;

3° en cas d'irrecevabilité de la demande pour cause d'absence manifeste de circonstances exceptionnelles, la caisse d'assurance soins informe également l'usager des motifs sur la base desquels la Commission des caisses d'assurance soins a constaté l'absence manifeste en question ;

4° la caisse d'assurance soins prend, après avis conforme de la Commission technique spéciale, une des décisions suivantes :

a) l'octroi d'un montant forfaitaire unique à titre d'indemnisation des frais de réparation ;

b) le refus d'octroyer une quelconque intervention, éventuellement avec l'avis d'introduire une demande de renouvellement anticipé conformément à l'article 326.

Chapitre 8. — *Situations exceptionnelles*

Art. 331. § 1er. Lorsqu'un usager a besoin d'une intervention pour une aide à la mobilité, qu'il se trouve dans une situation exceptionnelle et qu'il ne peut obtenir d'intervention pour une aide à la mobilité sur la base des autres procédures de demande prévues par le présent arrêté, il peut introduire une demande d'intervention auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié, à la condition de motiver sa demande de manière circonstanciée.

Le Ministre peut définir ce qu'il y a lieu d'entendre par situation exceptionnelle au sens de l'alinéa premier.

Le Ministre peut déterminer les documents que l'usager doit joindre à sa demande.

§ 2. Dans les cinq jours ouvrables, la caisse d'assurance soins transmet les demandes, introduites conformément au paragraphe premier, à l'agence, qui procède à l'appréciation de la recevabilité de la demande dans les dix jours ouvrables. Une demande est réputée irrecevable lorsqu'il ressort manifestement de la demande qu'une des conditions énoncées au paragraphe premier, alinéa premier, n'a pas été remplie, ou que la demande ne contient pas les documents requis.

§ 3. La décision de recevabilité de la demande est suivie de l'inscription de la demande d'avis à l'ordre du jour de l'assemblée de la Commission technique spéciale.

Dans les 45 jours ouvrables qui suivent la décision de recevabilité, la Commission technique spéciale rend un avis à la caisse d'assurance soins en rapport avec l'octroi total ou partiel de l'intervention demandée conformément à l'article 1er.

§ 4. Dans les cinq jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis conforme de la Commission technique spéciale, la caisse d'assurance soins prend une décision d'acceptation totale ou partielle ou de refus de l'intervention demandée.

§ 5. La caisse d'assurance soins informe l'usager de la décision de recevabilité, d'acceptation ou de refus de l'intervention demandée, et mentionne le cas échéant le motif de l'irrecevabilité ou du refus ainsi que les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé. La caisse d'assurance soins informe également le fournisseur d'aides à la mobilité.

Art. 332. La décision d'octroyer l'intervention demandée conformément à l'article 331 est suivie de l'exécution de la décision.

Lors de la remise d'une aide à la mobilité, le fournisseur d'aides à la mobilité et l'usager signent un document de remise, dont le modèle est défini par le Ministre.

Le fournisseur d'aides à la mobilité remet immédiatement à l'usager une copie du document de remise signé.

La remise d'une aide à la mobilité pour laquelle seule une acceptation partielle a été obtenue ne peut avoir lieu qu'après confirmation de l'achat par l'usager vis-à-vis du fournisseur d'aides à la mobilité.

Titre 5. — *Intervention pour une seconde voiturette*

Art. 333. Le présent chapitre s'applique aux usagers qui ont reçu une intervention pour l'achat ou la location d'une voiturette manuelle, d'une voiturette électronique ou d'un scooter électronique, à l'exception des usagers visés à l'article 261, 1°, et à l'article 277, ainsi que des usagers qui reçoivent une intervention pour la location temporaire d'une voiturette conformément au titre 4, chapitre 5.

Art. 334. Sans préjudice de l'application des règles de cumul énoncées à l'annexe 3, jointe au présent arrêté, et quels que soient les conditions et délais de renouvellement applicables à l'aide à la mobilité pour laquelle l'usager a reçu une intervention, un usager tel que visé à l'article 333 peut prétendre à une intervention pour l'achat ou la location d'une seconde voiturette dans chacun des cas suivants :

1° l'usager réside dans une structure semi-résidentielle ou résidentielle, sa voiturette ne peut être transportée et il a également besoin d'une voiturette chez lui ;

2° l'usager doit pouvoir passer chez lui d'un étage à l'autre et dispose uniquement pour ce faire d'un monte-escalier ou d'un ascenseur inaccessible aux voiturettes, et aucun plan n'est prévu à court terme pour rendre le domicile entièrement accessible aux voiturettes au rez-de-chaussée ;

3° une intervention pour voiturette électronique a déjà été octroyée à l'usager ;

4° l'usager a besoin de la voiturette dans le cadre d'une formation, de l'exercice d'une fonction ou d'une occupation y assimilée, et ne peut emporter sa voiturette de manière autonome lors de la conduite d'une voiture.

La seconde voiturette visée à l'alinéa premier peut être une voiturette standard, une voiturette modulaire ou un châssis pour siège-coquille lorsqu'il s'agit d'usagers majeurs, et d'une voiturette standard pour enfants, d'une voiturette active pour enfants, d'un déambulateur ou d'un châssis pour siège-coquille lorsqu'il s'agit d'usagers mineurs, auquel cas il y a lieu d'appliquer les règles de cumul énoncées à l'annexe 4, jointe au présent arrêté.

La seconde voiturette doit, le cas échéant, être équipée des adaptations requises.

Art. 335. La demande d'intervention pour une seconde voiturette est introduite conformément à la procédure qui s'appliquerait dans le cadre du présent arrêté s'il s'agissait d'une première voiturette.

Art. 336. Le Ministre définit le montant des interventions visées à l'article 334, alinéa premier.

Titre 6. — *Octroi des interventions*

Chapitre 1er. — *Facturation*

Art. 337. L'intervention pour les aides à la mobilité octroyée à l'usager conformément aux dispositions du présent arrêté est payée par la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié au fournisseur d'aides à la mobilité ou, le cas échéant, à l'entreprise pour laquelle travaille le fournisseur d'aides à la mobilité en question, via un droit de tirage.

Le présent chapitre s'applique à la facturation à la caisse d'assurance soins des interventions visées à l'alinéa premier.

La facturation à la caisse d'assurance soins d'interventions pour des aides à la mobilité doit toujours être précédée de l'introduction, par le fournisseur d'aides à la mobilité, d'un document de remise ou d'un contrat de location, établi et signé conformément aux articles 264, 282, 290, 298, 307 ou 317.

Art. 338. Le fournisseur d'aides à la mobilité ou, le cas échéant, l'entreprise pour laquelle travaille le fournisseur d'aides à la mobilité au moment de la remise de l'aide à la mobilité, facture l'intervention octroyée pour l'aide à la mobilité à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié au moment de la remise ou, s'il s'agit de la facturation de forfaits de location, à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié pendant le mois sur lequel porte l'intervention facturée.

Lorsque l'usager n'est plus affilié à une caisse d'assurance soins au moment de la remise de l'aide à la mobilité, la facturation doit se faire à la dernière caisse d'assurance soins à laquelle l'usager était affilié.

La facturation est effectuée sur une base mensuelle et par caisse d'assurance soins, par le biais d'une application numérique certifiée conformément aux dispositions du chapitre 2.

Art. 339. § 1er. Dans le cadre de la vente d'une aide à la mobilité à un usager, le montant pouvant être facturé est égal au montant de l'intervention pour l'aide à la mobilité tel qu'applicable à la date de remise de l'aide à la mobilité en question.

Par dérogation à l'alinéa premier, le montant pouvant être facturé est égal au prix public lorsque ce dernier est inférieur au montant de l'intervention.

La date de remise d'une aide à la mobilité est la date de signature du document de remise.

§ 2. La facturation d'une intervention supérieure à l'intervention visée au paragraphe premier, alinéa premier ou deux, n'est pas acceptée.

§ 3. En cas de décès de l'usager entre l'acceptation de l'intervention demandée et la remise de l'aide à la mobilité, il peut être facturé à la caisse d'assurance soins un montant supplémentaire équivalant à 25 % du montant de l'intervention applicable à l'aide à la mobilité en question à la date de l'acceptation. L'article 337, alinéa trois, ne s'applique pas, le cas échéant.

Par dérogation à l'alinéa premier, le montant pouvant être facturé est égal à 25 % du prix public lorsque ce dernier est inférieur au montant de l'intervention.

L'alinéa premier ne s'applique pas aux interventions pour des cadres de marche.

Par dérogation à l'alinéa premier, un montant de 40 % peut être facturé lorsqu'il s'agit de travail sur mesure.

Dans le présent article, il faut entendre par « travail sur mesure » : toute aide fabriquée spécialement selon la prescription d'un médecin qualifié, dans laquelle sont indiquées, sous sa responsabilité, les caractéristiques spécifiques du modèle, et qui est destinée à être exclusivement utilisée par un usager donné.

Art. 340. § 1er. Dans le cadre d'aides à la mobilité données en location aux usagers, les interventions à facturer prennent la forme de forfaits de location mensuels, tels qu'applicables dans le mois sur lequel porte l'intervention facturée.

La facturation d'un montant autre que le montant visé à l'alinéa premier n'est pas acceptée.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 262, § 2, le paiement d'un forfait mensuel est dû à partir :

1° du mois de la remise de l'aide à la mobilité, lorsque la remise a lieu entre le premier jour et le quinzième jour inclus du mois en question ;

2° du mois qui suit la remise de l'aide à la mobilité, lorsque la remise a lieu après le quinzième jour du mois en question.

Sans préjudice de l'application de l'article 262, § 2, le paiement d'un forfait mensuel est dû jusque et en ce compris :

1° du mois qui précède le mois au cours duquel le contrat de location prend fin, lorsque l'expiration a lieu entre le premier jour et le quinzième jour inclus du mois en question ;

2° du mois au cours duquel le contrat de location prend fin, lorsque l'expiration a lieu après le quinzième jour du mois en question.

La date de remise d'une aide à la mobilité est la date de signature du contrat de location.

§ 3. En cas de décès de l'usager entre l'acceptation de l'intervention demandée et la remise de l'aide à la mobilité, il peut être facturé à la caisse d'assurance soins un montant supplémentaire en compensation des frais administratifs exposés. Le Ministre détermine le montant précité.

Art. 341. L'ensemble des factures introduites par un fournisseur d'aides à la mobilité ou une entreprise doit contenir une énumération, d'une part, des aides à la mobilité pour lesquelles une intervention est facturée à la caisse d'assurance soins et, d'autre part, des suppléments facturés à l'usager.

Le Ministre détermine les informations essentielles à inclure dans les factures.

Art. 342. § 1er. Les factures introduites conformément à l'article 338 doivent être dûment et entièrement complétées. Si tel n'est pas le cas, les factures en question seront refusées et renvoyées au fournisseur d'aides à la mobilité en question ou, le cas échéant, à l'entreprise en question.

§ 2. La facture doit être conforme aux conditions en matière d'octroi de l'intervention facturée pour l'aide à la mobilité ou l'adaptation en question incluses dans le décret du 18 mai 2018 ainsi que dans le présent arrêté.

Les factures ou éléments de factures qui ne sont pas conformes aux conditions énoncées à l'alinéa premier sont rejetés.

Les lots de factures dont le nombre d'éléments rejetés atteint un nombre déterminé par le Ministre sont intégralement refusés. Les autres factures sont payées par la caisse d'assurance soins dans les six semaines qui suivent la date de réception de la facture dûment et entièrement complétée, à l'exception des interventions sur lesquelles portent les éléments rejetés.

Art. 343. L'application de l'article 62 du décret du 18 mai 2018 sur la facturation par une entreprise à la caisse d'assurance soins, conformément aux dispositions du présent chapitre, a les conséquences suivantes :

1° s'agissant des interventions pour l'achat d'aides à la mobilité : l'entreprise doit facturer l'intervention au plus tard deux ans à compter de la date de remise de l'aide à la mobilité en question, à l'exception des cas dans lesquels la prescription est suspendue ou interrompue ;

2° s'agissant des forfaits de location : l'entreprise doit facturer les interventions au plus tard deux ans à compter du mois sur lequel porte la facture, à l'exception des cas dans lesquels la prescription est suspendue ou interrompue ;

Un courrier recommandé interrompt la prescription.

Chapitre 2. — *Logiciels*

Art. 344. § 1er. L'application numérique visée à l'article 338, alinéa trois, et à l'article 376, § 1er, alinéa deux, doit satisfaire aux exigences fonctionnelles ainsi qu'aux exigences de fiabilité et de sécurité fixées par le Ministre, après avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence est chargée de la certification des applications numériques qui satisfont aux conditions énoncées à l'alinéa premier.

§ 2. Les fournisseurs d'aides à la mobilité et les entreprises pour lesquelles travaillent les fournisseurs d'aides à la mobilité qui n'utilisent pas d'application numérique telle que visée au paragraphe premier ne peuvent introduire de demande d'interventions pour des aides à la mobilité et ne peuvent facturer aux caisses d'assurance soins.

§ 3. Les experts mentionnés au paragraphe premier sont désignés par les organisations professionnelles concernées. Le Ministre peut fixer les modalités relatives à la composition et au fonctionnement du groupe d'experts indépendants.

Art. 345. § 1er. Les demandes de certification, telle que visée à l'article 344, § 1er, alinéa deux, peuvent être introduites par les fournisseurs de logiciels auprès de l'agence.

Dans le mois qui suit l'introduction d'une demande conformément à l'alinéa premier, l'agence organise un test qui consiste à vérifier si l'application numérique pour laquelle une certification a été demandée satisfait aux conditions énoncées à l'article 344, § 1er, alinéa premier, et établit un rapport de test.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives aux demandes visées à l'alinéa premier ainsi qu'à l'organisation des tests visés à l'alinéa deux.

§ 2. L'agence remet le rapport de test établi conformément au paragraphe premier, alinéa deux, au groupe d'experts indépendants visé à l'article 344, § 1er, alinéa premier, qui rend un avis à l'agence dans le mois qui suit la réception du rapport de test.

Après avoir recueilli l'avis conforme du groupe d'experts indépendants, l'agence prend une décision de certifier ou de refuser de certifier l'application numérique et informe le demandeur de sa décision.

§ 3. Les fournisseurs de logiciels qui conçoivent une application numérique peuvent à tout moment introduire une nouvelle demande auprès de l'agence.

Art. 346. La certification d'une application numérique accordée conformément à l'article 345 est valable jusqu'au 31 décembre inclus de la troisième année qui suit l'année de la certification.

Pendant le délai de certification, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont supposées satisfaire aux exigences fonctionnelles ainsi qu'aux exigences de fiabilité et de sécurité énoncées à l'article 344, § 1er, alinéa premier.

S'il existe des indications selon lesquelles une application numérique ne satisferait plus aux exigences fonctionnelles ainsi qu'aux exigences de fiabilité et de sécurité énoncées à l'article 344, § 1er, alinéa premier, l'agence peut, après avoir recueilli l'avis du groupe d'experts indépendants, décider d'organiser un nouveau test pendant la période de certification en cours. En fonction du résultat du test, l'agence peut, après avoir recueilli l'avis du groupe d'experts indépendants, décider de confirmer la certification ou de retirer la certification ou de raccourcir le délai de certification.

En cas de modification des exigences fonctionnelles et des exigences de fiabilité et de sécurité énoncées à l'article 344, § 1er, alinéa premier, l'agence peut, après avoir recueilli l'avis du groupe d'experts indépendants, décider de raccourcir le délai de certification ou d'imposer des tests complémentaires ou de nouveaux tests.

Art. 347. Les attestations délivrées conformément aux dispositions du présent chapitre sont publiées sur le site internet de l'agence, avec mention de leur délai de validité.

Chapitre 3. — *Indexation*

Art. 348. Les montants des interventions pour des aides à la mobilité sont, à partir de l'année calendaire 2020 et chaque année le 1er janvier, rattachés à l'évolution de l'indice de santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice de santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril en 2018.

Titre 7. — *Indication*

Chapitre 1er. — *Prescription médicale*

Art. 349. § 1er. Le modèle de prescription médicale, telle que visée aux articles 247, 258 et 316, est déterminé par le Ministre.

Les documents délivrés par d'autres États fédérés, d'autres États membres de l'Espace économique européen ou par la Suisse, autres que le modèle visé à l'alinéa premier, ne sont acceptés à titre de prescription médicale qu'à la condition que toutes les informations à communiquer sur la base du modèle soient mentionnées dans les documents.

La prescription médicale est signée par le médecin et par l'usager et ne peut être datée de plus de douze mois au moment de l'introduction d'une demande d'intervention.

§ 2. Le modèle de prescription médicale pour maladie dégénérative progressive, telle que visée à l'article 279, alinéa deux, est déterminé par le Ministre.

Les documents délivrés par d'autres États fédérés, d'autres États membres de l'Espace économique européen ou par la Suisse, autres que le modèle visé à l'alinéa premier, ne sont acceptés à titre de prescription médicale pour maladie dégénérative progressive qu'à la condition que toutes les informations à communiquer sur la base du modèle soient mentionnées dans les documents.

La prescription médicale pour maladie dégénérative progressive est signée par le neurologue ou l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée ainsi que par l'usager, et ne peut être datée de plus de douze mois au moment de l'introduction d'une demande d'intervention.

Chapitre 2. — *Rapport d'avis « type de voiturette »*

Art. 350. Le modèle de rapport d'avis « type de voiturette », tel que visé aux articles 258, 279 et 292, est déterminé par le Ministre.

Les documents délivrés par d'autres États fédérés, d'autres États membres de l'Espace économique européen ou par la Suisse, autres que le modèle visé à l'alinéa premier, ne sont acceptés à titre de rapport d'avis « type de voiturette » qu'à la condition que toutes les informations à communiquer sur la base du modèle soient mentionnées dans les documents.

Le rapport d'avis « type de voiturette » est toujours signé par l'équipe consultative « type de voiturette » ou l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée en question ainsi que par l'usager, et ne peut être daté de plus de douze mois au moment de l'introduction d'une demande d'intervention.

Art. 351. L'équipe consultative « type de voiturette » ou l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée peut demander des informations complémentaires à l'usager, au fournisseur d'aides à la mobilité auquel l'usager s'est, le cas échéant, déjà adressé, ou, avec le consentement de l'usager, au médecin traitent de l'usager, lorsque l'équipe considère que cela est nécessaire en vue de l'établissement du rapport d'avis « type de voiturette ».

Art. 352. L'équipe consultative « type de voiturette » ou l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée est tenue de présenter un rapport d'avis « type de voiturette » dans les vingt jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'usager s'est adressé à l'équipe.

Le délai visé à l'alinéa premier est suspendu lorsque l'équipe demande à obtenir des informations complémentaires manquantes conformément à l'article 351, et recommence à courir le jour ouvrable qui suit la date de réception des informations demandées.

Art. 353. L'équipe consultative « type de voiturette » ou l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée met à la disposition de l'usager une liste de tous les fournisseurs d'aides à la mobilité auxquels l'usager peut librement s'adresser. Le Ministre peut en arrêter les modalités.

Chapitre 3. — *Agrément des indicateurs*

Art. 354. Seuls les indicateurs agréés peuvent établir la prescription médicale ou le rapport d'avis « type de voiturette » visé aux articles 349 et 350.

Art. 355. Les médecins autorisés à pratiquer la médecine conformément à l'article 25 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, sont de plein droit agréés en qualité d'indicateur dans le cadre des aides à la mobilité, en vue de l'établissement de prescriptions médicales ainsi que, sans préjudice de l'application de l'article 349, § 2, alinéa deux, du présent arrêté, de prescriptions médicales pour maladies dégénératives progressives, telles que visées à l'article 349 du présent arrêté.

Art. 356. Les services qui, conformément à l'article 75 ou 110 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, ont conclu une convention de revalidation 7.90 avec le Gouvernement flamand en vue de l'établissement de rapports d'avis « type de voiturette », sont de plein droit agréés en qualité d'indicateur dans le cadre des aides à la mobilité en vue de l'établissement des rapports d'avis « type de voiturette » visés à l'article 350.

Les services visés à l'alinéa premier interviennent en tant qu'équipe consultative « type de voiturette » dans le cadre du présent arrêté.

Art. 357. Les équipes des centres de référence pour les patients souffrant de maladies neuromusculaires qui, conformément à l'article 75 ou 110 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, ont conclu une convention de revalidation 7.90 avec le Gouvernement flamand en vue de l'établissement de rapports d'avis « type de voiturette », sont de plein droit agréés en qualité d'indicateur dans le cadre des aides à la mobilité en vue de l'établissement des rapports d'avis « type de voiturette » visés à l'article 350.

Les équipes visées à l'alinéa premier interviennent en tant qu'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée dans le cadre du présent arrêté.

Art. 358. Les médecins dans d'autres États membres de l'Espace économique européen ou en Suisse qui sont autorisés à pratiquer la médecine par la réglementation du pays en question sont assimilés aux indicateurs agréés conformément à l'article 355.

Les services ou équipes dans d'autres États fédérés, dans d'autres États membres de l'Espace économique européen ou en Suisse qui sont autorisés par la réglementation de l'État fédéré ou du pays en question à établir des rapports d'avis « type de voiturette », sont assimilés aux indicateurs agréés conformément à l'article 356.

Les services ou équipes dans d'autres États fédérés, dans d'autres États membres de l'Espace économique européen ou en Suisse qui sont autorisés par la réglementation de l'État fédéré ou du pays en question à établir des prescriptions médicales pour maladies dégénératives progressives et des rapports d'avis « type de voiturette » pour des personnes souffrant de maladies dégénératives progressives, sont assimilés aux indicateurs agréés conformément à l'article 357.

Titre 8. — *Liste des produits*

Chapitre 1er. — *Établissement de la liste des produits*

Art. 359. § 1er. La liste des produits visée à l'article 113 du décret du 18 mai 2018 est établie par le fonctionnaire dirigeant de l'agence et peut être modifiée conformément aux dispositions du chapitre 2, le cas échéant après avoir recueilli l'avis de la Commission consultative Aides à la mobilité.

Les produits figurant dans la liste des produits visée à l'alinéa premier sont classés en sous-groupes tels que visés à l'article 240, alinéa trois, avec mention des éléments suivants :

1° le fabricant

2° le demandeur, visé à l'article 360, § 1er ;

3° la marque ;

4° le modèle ;

5° le prix public ;

6° les adaptations proposées, dont :

a) les adaptations proposées dans le produit de base ;

b) les adaptations proposées en remplacement des adaptations dans le produit de base, en ce compris le tarif à facturer par le fournisseur d'aides à la mobilité ;

c) les adaptations complémentaires proposées, en ce compris le tarif à facturer par le fournisseur d'aides à la mobilité ;

7° le code du produit.

§ 2. Les aides à la mobilité visées aux articles 262, 278, alinéa premier, 288, 308, alinéa premier, 314, § 1er, alinéa premier et deux, 326 et 334, alinéa deux, doivent être incluses dans la liste des produits.

Dans le cas d'une demande d'intervention pour des produits n'ayant pas été inclus dans la liste des produits, il y a lieu de suivre la procédure visée au titre 4, chapitre 2, section 1ère.

Chapitre 2. — *Enregistrement de produits dans la liste des produits*

Art. 360. § 1er. Un fabricant d'aides à la mobilité ou un demandeur mandaté par le fabricant peut intervenir en qualité de demandeur en vue de l'application du présent chapitre.

Le demandeur visé à l'alinéa premier doit être établi dans l'Espace économique européen et être enregistré auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 15 novembre 2017 relatif à la notification d'un point de contact matériovigilance et à l'enregistrement des distributeurs et exportateurs de dispositifs médicaux.

§ 2. En vue de l'inscription d'aides à la mobilité dans la liste des produits, le demandeur introduit auprès de l'agence une déclaration dûment complétée et signée.

La déclaration précise, entre autres :

1° les données d'identification du fabricant et du demandeur mandaté ;

2° le cas échéant, la relation entre le fabricant et le demandeur mandaté ;

3° les données d'identification des personnes physiques pour lesquelles il est demandé un accès à l'application contenant la fiche produit à compléter.

Le Ministre définit le modèle de la déclaration visée à l'alinéa premier.

Art. 361. § 1er. Sur la base de la déclaration introduite conformément à l'article 360, l'accès à l'application contenant la fiche produit à compléter est accordé au demandeur ou aux personnes physiques désignées par ce dernier.

La fiche produit doit être dûment complétée et doit inclure tous les renseignements et documents demandés, tels que visés à l'annexe 5.

Lorsque le contenu de la fiche produit satisfait aux conditions énoncées dans le sous-groupe en question dans la liste des prestations, l'agence inscrit la demande pour avis à l'ordre du jour de la réunion de la Commission consultative Aides à la mobilité.

Lorsque le contenu de la fiche produit ne satisfait pas aux conditions énoncées dans le sous-groupe en question dans la liste des prestations, la demande est refusée par l'agence.

§ 2. La Commission consultative aides à la mobilité rend un avis au fonctionnaire dirigeant de l'agence quant à la question de savoir si l'aide à la mobilité en question ou les adaptations peuvent être incluses dans la liste des produits.

La Commission consultative aides à la mobilité peut demander à obtenir les informations complémentaires qu'elle juge nécessaires à l'exécution de sa mission, telle que visée à l'alinéa premier.

Sur la base de l'avis de la Commission consultative aides à la mobilité, rendu conformément à l'alinéa deux, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut apporter des modifications à la liste.

Art. 362. § 1er. Le demandeur peut à tout moment introduire une demande d'actualisation des fiches produit dont il a demandé et obtenu l'inscription dans la liste des produits.

Le Ministre peut définir les conditions et procédures relatives à l'introduction et au traitement des demandes visées à l'alinéa premier.

§ 2. Périodiquement, l'agence demande au demandeur d'actualiser, dans un délai indiqué à cet effet, les fiches produit des produits dont il a demandé et obtenu l'inscription dans la liste des produits.

À défaut de réponse du demandeur à la demande d'actualisation des fiches produit dans le délai indiqué à cet effet, la demande d'actualisation lui est réitérée. En l'absence de réponse au rappel précité dans les dix jours ouvrables, les produits du demandeur sont radiés de la liste des produits. Le produit en question reste, le cas échéant, remboursable jusqu'à six mois après la décision de radiation.

Art. 363. En cas de modification de la liste des prestations, le demandeur est tenu d'introduire, dans un délai déterminé par le Ministre, une actualisation des fiches produit en question.

À défaut d'actualisation conformément à l'alinéa premier, les produits en question sont radiés de la liste des produits par le fonctionnaire dirigeant de l'agence. Le produit en question reste, le cas échéant, remboursable jusqu'à six mois après la décision de radiation.

Art. 364. Le demandeur peut introduire une demande en vue de la radiation d'aides à la mobilité de la liste des produits.

À la suite de la demande de radiation, le fonctionnaire dirigeant peut modifier la liste des produits. Le produit en question reste, le cas échéant, remboursable jusqu'à six mois après la décision de radiation.

Titre 9. — *Fournisseurs d'aides à la mobilité*

Chapitre 1er. — *Autorisation*

Art. 365. Les usagers prétendent à une intervention pour des aides à la mobilité conformément aux dispositions du présent arrêté lorsqu'ils s'adressent à des fournisseurs d'aides à la mobilité qui sont autorisés, conformément aux dispositions du présent chapitre, à vendre ou à donner en location des aides à la mobilité.

Art. 366. Les fournisseurs d'aides à la mobilité qui remplissent une des conditions ci-dessous sont de plein droit autorisés à vendre ou à donner en location des aides à la mobilité :

1° ils sont titulaires d'un agrément en tant que technicien orthopédique en matière d'aides à la mobilité, en exécution de l'article 72 de loi relative à l'exercice des professions de soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 ;

2° ils sont titulaires d'un agrément pour la remise d'aides à la mobilité et leurs adaptations, délivré conformément à l'article 215 de la loi relative à l'assurance maladie.

Art. 367. Les fournisseurs d'aides à la mobilité ne sont autorisés à vendre ou à donner en location des aides à la mobilité aux usagers qui prétendent à une intervention conformément au titre 3, chapitre 2, que lorsqu'ils remplissent, outre les conditions énoncées à l'article 366, les conditions suivantes :

1° ils possèdent suffisamment de compétences pour garantir une offre de services de qualité au groupe-cible en question ;

2° ils possèdent suffisamment de compétences pour ce qui concerne les outils de communication, l'informatique et la commande d'environnement ;

3° ils prennent des mesures visant à respecter les délais de remise visés à l'article 282, § 1er.

Les conditions énoncées à l'alinéa premier, 1° à 3° inclus, peuvent être remplies :

1° par le fournisseur d'aides à la mobilité proprement dit ;

2° par l'entreprise pour le compte de laquelle travaille le fournisseur d'aides à la mobilité ;

3° dans le cadre d'un accord de coopération dont fait partie le fournisseur d'aides à la mobilité et dont il démontre l'existence.

Le Ministre peut définir les conditions énoncées à l'alinéa premier, 1° à 3° inclus.

Art. 368. Pour obtenir une autorisation telle que visée à l'article 367, le fournisseur d'aides à la mobilité introduit une demande d'autorisation auprès de l'agence.

La demande visée à l'alinéa premier n'est recevable que lorsqu'elle contient les documents et informations suivants :

1° les données d'identification du fournisseur d'aides à la mobilité ;

2° les données d'identification, dont le numéro BCE, de l'entreprise pour le compte de laquelle travaille le fournisseur d'aides à la mobilité ;

3° la preuve des compétences visées à l'article 367, alinéa premier, 1° et 2° ;

4° une description des mesures prises en vue de respecter les délais de remise visés à l'article 282, § 1er.

Art. 369. Lorsque la demande d'autorisation est irrecevable, l'agence en informe le fournisseur d'aides à la mobilité en question dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. À l'expiration du délai fixé, la demande est réputée recevable.

L'agence peut demander des renseignements complémentaires au fournisseur d'aides à la mobilité. Le délai visé à l'alinéa premier est suspendu, le cas échéant, et recommence à courir le jour qui suit la date de réception des renseignements demandés.

Si l'agence ne reçoit pas les renseignements visés à l'alinéa deux dans un délai de trente jours qui suivent la date d'envoi de la demande, la demande d'autorisation est déclarée irrecevable.

Art. 370. Lorsque la demande introduite conformément à l'article 368 est fondée, le fonctionnaire dirigeant de l'agence notifie la décision d'autorisation au fournisseur d'aides à la mobilité en question dans les trois mois qui suivent la réception de la demande recevable.

La décision d'autorisation visée à l'alinéa premier contient au moins les données suivantes :

1° les données d'identification du fournisseur d'aides à la mobilité ;

2° la date de prise d'effet l'autorisation ;

3° un numéro d'autorisation.

Art. 371. Lorsque la demande introduite conformément à l'article 368 est non fondée, le fonctionnaire dirigeant de l'agence notifie l'intention motivée de refuser l'autorisation au fournisseur d'aides à la mobilité en question, et ce par courrier recommandé adressé dans les trois mois qui suivent la réception de la demande recevable. Le courrier recommandé visé à l'alinéa premier inclut également la possibilité d'introduire un recours motivé auprès de l'agence.

Dans les deux mois qui suivent la date d'envoi de l'intention de refuser l'autorisation conformément à l'alinéa premier, le demandeur peut introduire une réclamation motivée auprès de l'agence.

La réclamation visée à l'alinéa deux est traitée conformément aux dispositions des articles 6 à 22 inclus de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, étant entendu que la réclamation est, par dérogation à l'article 8, § 1er, alinéa premier, de l'arrêté précité, traitée par la chambre pour les structures de soins de santé.

Lorsque le demandeur n'introduit pas de réclamation dans les deux mois qui suivent l'envoi de l'intention de refuser l'autorisation, la décision du fonctionnaire dirigeant de l'agence de refuser l'autorisation est notifiée, à l'expiration dudit délai, par courrier recommandé au fournisseur d'aides à la mobilité en question.

Art. 372. L'autorisation accordée conformément à l'article 370 n'est valable que tant que les conditions énoncées à l'article 367, alinéa premier, sont remplies, selon le cas, par le fournisseur d'aides à la mobilité, par l'entreprise ou dans le cadre de l'accord de coopération visé à l'article 367, alinéa deux.

Lorsque le fournisseur d'aides à la mobilité ne travaille plus pour le compte de l'entreprise visée à l'article 367, alinéa deux, 2°, ou que des modifications sont apportées à l'accord de coopération visé à l'article 367, alinéa deux, 3°, le fournisseur d'aides à la mobilité en informe immédiatement l'agence.

Chapitre 2. — *Conditions dans le cadre de la remise, de l'adaptation, de l'entretien et de la réparation d'aides à la mobilité*

Art. 373. Le fournisseur d'aides à la mobilité doit, dans le cadre de la remise, de l'adaptation, de l'entretien et de la réparation d'aides à la mobilité, remplir les conditions suivantes :

1° dans le cadre de la location et de la vente d'aides à la mobilité :

a) il dispose à tout moment d'un nombre suffisant d'aides à la mobilité, éléments, adaptations, installations et outils pour effectuer les remises, les ajustements, l'entretien et les réparations ;

b) il veille, à chaque remise, à ce que l'aide à la mobilité soit en règle sur les plans technique et hygiénique ;

c) il communique toutes les indications relatives à l'utilisation et à l'entretien de l'aide à la mobilité remise à l'usager et, le cas échéant, au centre de services de soins et de logement où séjourne l'usager ;

d) il prend personnellement les mesures chez l'usager ;

2° dans le cadre de la location d'aides à la mobilité :

a) l'enlèvement, le reconditionnement et les réparations d'aides à la mobilité peuvent être effectués sous sa responsabilité. Il prend lui-même les mesures et procède lui-même à l'ajustement des aides à la mobilité ;

b) à la demande de l'usager, il adapte l'aide à la mobilité, qui doit être parfaitement adaptée à l'usager, conformément à la prescription médicale, et ce dans les vingt jours ouvrables qui suivent la demande d'adaptation ;

c) il garantit la convertibilité de l'aide à la mobilité en fonction des changements dans la restriction de la mobilité de l'usager ;

d) il souscrit une assurance couvrant les responsabilités qui découlent du contrat de location ;

e) il procède à l'enlèvement de l'aide à la mobilité dans les deux mois qui suivent l'expiration du contrat de location ;

f) s'il estime qu'il ne peut délivrer la voiturette adaptée, qu'il ne peut garantir la continuité du service ou qu'il ne pourra pas fournir l'aide à la mobilité en question dans les délais de remise définis à cet effet, il s'engage à en avertir l'usager et à lui offrir la possibilité de s'adresser à un autre fournisseur d'aides à la mobilité, qui s'engagera à délivrer ou à adapter la voiturette ;

g) le fournisseur ou l'entreprise pour laquelle il travaille n'a pas conclu avec un centre de services de soins et de logement agréé par la Communauté flamande ou avec un autre centre de services et de soins, des accords susceptibles d'influencer d'une quelconque manière la liberté de choix de l'usager lors du choix du fournisseur d'aides à la mobilité.

Art. 374. Le Ministre peut déterminer les informations essentielles que doit contenir la facture adressée par le fournisseur d'aides à la mobilité à l'usager et peut, dans ce cadre, définir un modèle de facture usager.

Art. 375. Le fournisseur d'aides à la mobilité communique à l'agence son numéro BCE ou les numéros BCE des entreprises pour lesquelles il travaille. En outre, il informe immédiatement l'agence de toute modification dans ce cadre.

Chapitre 3. — *Introduction des demandes*

Art. 376. § 1er. Une demande d'intervention pour une aide à la mobilité conformément au présent arrêté est introduite auprès de la caisse d'assurance soins au nom de l'usager par le fournisseur d'aides à la mobilité auquel l'usager s'est adressé.

Les demandes visées à l'alinéa premier ne peuvent être introduites que par le biais d'une application numérique certifiée conformément aux dispositions du titre 6, chapitre 2.

§ 2. Une demande d'intervention pour une aide à la mobilité ne peut être introduite qu'après la signature de la demande par le fournisseur d'aides à la mobilité et par l'usager, qui, le cas échéant, marque son accord sur la remise de l'aide à la mobilité en question sous réserve de décision positive en rapport avec l'intervention demandée.

§ 3. Le fournisseur d'aides à la mobilité remet immédiatement à l'usager une copie de la demande signée.

Titre 10. — *Commission consultative Aides à la mobilité*

Chapitre 1er. — *Composition de la Commission consultative Aides à la mobilité*

Art. 377. § 1er. La Commission consultative Aides à la mobilité visée à l'article 132 du décret du 18 mai 2018 se compose d'un président et de 22 membres.

Il existe un suppléant pour chaque membre de la Commission consultative aides à la mobilité ainsi que pour le président.

Le secrétariat de la Commission consultative aides à la mobilité est assuré par des membres du personnel mis à disposition par l'agence. Les membres du personnel précité ne disposent pas du droit de vote.

§ 2. La présidence de la Commission consultative Aides à la mobilité est assurée par un membre du personnel de l'agence.

Les membres de la Commission consultative aides à la mobilité présentent les profils suivants :

1° cinq représentant des usagers, dont deux représentants d'associations d'usagers de personnes handicapées, un représentant de la Plate-forme flamande des patients et deux représentants du Conseil flamand des personnes âgées ;

2° cinq représentants des caisses d'assurance soins ;

3° quatre représentants des fournisseurs d'aides à la mobilité, parmi lesquels trois représentants de l'Union professionnelle belge des technologies orthopédiques ;

4° deux représentants des fabricants et distributeurs d'aides à la mobilité ;

5° six experts, parmi lesquels un médecin possédant des compétences en matière d'aides à la mobilité, un expert possédant des compétences en matière de contrôle des indications des aides à la mobilité, un travailleur social possédant de l'expérience en matière d'aides à la mobilité, un expert indépendant possédant des compétences prouvées en matière d'aides à la mobilité, et deux représentants de différentes équipes consultatives « type de voiturette », dont au moins une équipe consultative « type de voiturette » spécialisée.

§ 3. Le Ministre nomme les membres, le président et les suppléants de la Commission consultative aides à la mobilité pour un délai renouvelable de cinq ans.

Art. 378. Des observateurs peuvent être ajoutés à la Commission consultative Aides à la mobilité. Les observateurs précités ne disposent pas du droit de vote.

Chapitre 2. — *Organisation et règles de fonctionnement de la Commission consultative Aides à la mobilité*

Art. 379. La Commission consultative Aides à la mobilité règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le Ministre.

Art. 380. La Commission consultative Aides à la mobilité ne peut émettre un avis valable que lorsque le président et au moins dix membres, ou leurs suppléants, sont présents. La Commission consultative Aides à la mobilité prend ses décisions à la majorité simple. En cas de partage des voix, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Chapitre 3. — *Tâches*

Art. 381. Sans préjudice de l'application de l'article 132, § 2, du décret du 18 mai 2018, les demandes d'inscription d'aides à la mobilité dans la liste des produits sont préalablement soumises à l'avis de la Commission consultative aides à la mobilité, conformément à l'article 361, § 2.

Toute adaptation des montants des interventions pour des aides à la mobilité ainsi que des conditions qu'il y a lieu de remplir pour pouvoir octroyer une intervention pour une aide à la mobilité, est préalablement soumise pour avis à la Commission consultative aides à la mobilité.

Art. 382. La Commission consultative aides à la mobilité rend, soit de sa propre initiative, soit à la demande du Ministre, un avis relatif aux adaptations indispensables de la politique en matière d'aides à la mobilité à l'évolution du contexte. À cet égard, elle tient compte des évolutions sur le marché des aides, des évolutions sociales ainsi que de la satisfaction des usagers.

La Commission consultative aides à la mobilité rend, soit de sa propre initiative, soit à la demande du Ministre, un avis relatif aux priorités dans le respect du budget disponible.

Les avis de la Commission consultative aides à la mobilité qui ont une importance sur le plan politique sont également transmis au comité consultatif Protection sociale flamande ainsi qu'au Conseil flamand pour l'aide sociale, la santé publique et la famille.

Chapitre 4. — *Rémunération*

Art. 383. § 1er. Les membres de la Commission consultative aides à la mobilité et leurs suppléants reçoivent, dans le cadre de leurs activités, un jeton de présence pour chaque réunion de la Commission consultative Aides à la mobilité à laquelle ils participent.

Le Ministre détermine le montant du jeton de présence par réunion . Le Ministre peut définir un nombre maximum de réunions par an pour lesquelles un jeton de présence est octroyé et peut décider que deux ou plusieurs réunions de la Commission consultative Aides à la mobilité organisées un même jour soient considérées comme une seule réunion.

§ 2. Le Ministre peut décider que les membres de la Commission consultative aides à la mobilité et leurs suppléants reçoivent une indemnité pour les frais de déplacement liés à leur participation aux réunions, et détermine le montant de ladite indemnité, le cas échéant.

Titre 11. — *Commission technique spéciale*

Chapitre 1er. — *Composition de la Commission technique spéciale*

Art. 384. § 1er. Le Ministre peut constituer des chambres au sein de la Commission technique spéciale visée à l'article 133 du décret du 18 mai 2018.

Il existe un suppléant pour chaque membre de la Commission technique spéciale ainsi que pour le président.

Le secrétariat de la Commission technique spéciale est assuré par des membres du personnel mis à disposition par l'agence. Les membres du personnel précité ne disposent pas du droit de vote.

§ 2. Les membres de la Commission technique spéciale et leurs suppléants sont spécialisés dans les aspects médicaux ou techniques des aides à la mobilité ou experts en utilisation des aides à la mobilité. À cet égard, les profils suivants doivent être présents :

1° un médecin ;

2° un ergothérapeute, kinésithérapeute ou infirmer possédant de l'expérience dans le domaine des aides à la mobilité ;

3° trois spécialistes produits ;

4° deux représentants des usagers.

La composition de la Commission technique spéciale est complétée par un représentant d'une association d'usagers qui possède des compétences dans le domaine des maladies dégénératives progressives et un représentant de l'équipe consultative « type de voiturette » spécialisée pour le traitement des dossiers qui traitent des maladies dégénératives progressives.

La spécialisation dans les aspects médicaux ou techniques des aides à la mobilité peut ressortir de l'expérience pratique acquise dans lesdites matières.

§ 3. Le Ministre nomme les membres, le président et les suppléants de la Commission technique spéciale pour un délai renouvelable de cinq ans.

Chapitre 2. — *Organisation et règles de fonctionnement de la Commission technique spéciale*

Art. 385. La Commission technique spéciale régit son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le Ministre.

Art. 386. La Commission technique spéciale ou, le cas échéant, une chambre de la Commission technique spéciale, ne peut émettre un avis valable que lorsqu'au moins trois membres ou leurs suppléants sont présents. La Commission technique spéciale prend ses décisions à la majorité simple. En cas de partage des voix, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Art. 387. Les dossiers sont inscrits à l'ordre du jour des réunions de la Commission technique spéciale dans un ordre chronologique, à l'exception des dossiers inscrits et traités en priorité conformément aux articles 286, alinéa deux, et 287, § 2.

Chapitre 3. — *Statut et rémunération*

Art. 388. Les membres de la Commission technique spéciale qui ont déjà, d'une quelconque autre manière ou en une quelconque autre qualité, été concernés par une demande, s'abstiennent de s'exprimer sur la demande en question lorsque la Commission technique spéciale rend son avis.

Des règles complémentaires en matière d'incompatibilités peuvent être définies dans le règlement d'ordre intérieur de la Commission technique spéciale.

Art. 389. § 1er. Les membres de la Commission technique spéciale et leurs suppléants reçoivent, dans le cadre de leurs activités, un jeton de présence pour chaque réunion de la Commission technique spéciale à laquelle ils participent.

Le Ministre détermine le montant du jeton de présence par réunion. Le Ministre peut définir un nombre maximum de réunions par an pour lesquelles un jeton de présence est octroyé et peut décider que deux ou plusieurs réunions de la Commission technique spéciale organisées un même jour soient considérées comme une seule réunion.

§ 2. Le Ministre peut décider que les membres de la Commission technique spéciale et leurs suppléants reçoivent une indemnité pour les frais de déplacement liés à leur participation aux réunions, et détermine le montant de ladite indemnité, le cas échéant.

Chapitre 4. — *Rapport à la Commission consultative aides à la mobilité*

Art. 390. En application de l'article 133, § 3, du décret du 18 mai 2018, la Commission technique spéciale fait, deux fois par an, rapport écrit à la Commission consultative aides à la mobilité qui, à son tour, tient compte des rapports lorsqu'elle formule ses propositions, visées aux articles 381 et 382 du présent arrêté.

Titre 12. — *Maintien*

Chapitre 1er. — *Indication*

Art. 391. § 1er. La Commission des caisses d'assurance soins vérifie si les indicateurs appliquent correctement les indications.

Un indicateur est considéré comme ayant adapté l'indication de manière erronée lorsque l'indication ou l'aide à la mobilité indiquée ne correspond pas à la restriction réelle de la mobilité du demandeur.

§ 2. La caisse d'assurance soins vérifie si les indications sont délivrées en temps utile à l'usager.

Un indicateur est considéré comme ayant délivré une indication tardivement lorsque ladite indication n'a pas été délivrée dans le délai visé à l'article 352.

§ 3. Le Ministre fixe les modalités relatives au contrôle des demandes par la Commission des caisses d'assurance soins.

Art. 392. Lorsqu'il ressort des contrôles visés à l'article 391 que, au cours d'une année civile et pour au moins vingt indications au cours de l'année civile en question, un indicateur applique erronément l'indication pour plus de 20 % des dossiers contrôlés ou délivre tardivement l'indication pour plus de 20 % des dossiers contrôlés,, ou s'il est constaté au cours de l'année qu'un indicateur applique erronément l'indication de façon répétée, la Commission des caisses d'assurance soins ou la caisse d'assurance soins en informe l'agence.

Art. 393. Le fonctionnaire dirigeant de l'agence notifie par courrier recommandé à l'indicateur les constatations visées à l'article 392, et demande à l'indicateur de lui fournir un plan correctif.

Le fonctionnaire dirigeant de l'agence détermine le délai dans lequel le plan correctif doit être introduit et exécuté, et peut, en fonction des circonstances concrètes, déterminer les mesures minimales que doit inclure le plan correctif.

Art. 394. § 1er. Si le plan de remédiation visé à l'article 393 n'est pas soumis ou exécuté dans les délais ou s'il apparaît, dans les deux ans qui suivent l'exécution du plan de remédiation, que, pendant une période de trois mois, l'indicateur en question applique erronément l'indication pour plus de 10 % des dossiers contrôlés ou délivre tardivement les indications pour plus de 10 % des dossiers contrôlés, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut exprimer, par courrier recommandé, son intention de suspendre ou de retirer l'agrément de l'indicateur.

§ 2. Lorsque l'indicateur ne paie pas l'amende administrative dans les deux mois qui suivent l'envoi du courrier recommandé, le fonctionnaire dirigeant de l'agence procède au recouvrement de l'amende administrative par injonction.

Le cas échéant, le fonctionnaire dirigeant de l'agence remet à l'administration fiscale flamande les données de l'indicateur auprès duquel l'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, doit être recouvrée par injonction.

Art. 395. Lorsqu'il apparaît, dans les deux ans qui suivent l'imposition d'une amende administrative telle que visée à l'article 394, que, pendant une période de trois mois, l'indicateur en question applique erronément l'indication pour plus de 10 % des dossiers contrôlés ou délivre tardivement les indications pour plus de 10 % des dossiers contrôlés, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut exprimer, par courrier recommandé, son intention de suspendre ou de retirer l'agrément de l'indicateur.

Le courrier recommandé visé à l'alinéa premier inclut également la possibilité d'introduire un recours motivé auprès de l'agence, conformément à l'article 396.

Art. 396. § 1er. Dans les deux mois qui suivent la date d'envoi de l'intention de suspendre ou de retirer l'agrément conformément à l'article 395, l'indicateur peut introduire une réclamation motivée auprès de l'agence.

La réclamation est traitée conformément aux articles 6 à 22 inclus de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, étant entendu que la réclamation est, par dérogation à l'article 8, § 1er, alinéa premier, de l'arrêté précité, traitée par la chambre pour les structures de soins de santé.

Lorsque l'indicateur n'introduit pas de réclamation dans les deux mois qui suivent l'envoi de l'intention de suspendre ou de retirer l'agrément, la décision du fonctionnaire dirigeant de l'agence de suspendre ou de refuser l'agrément est notifiée par courrier recommandé à l'indicateur à l'expiration dudit délai.

§ 2. La suspension est imposée pour une période minimale d'un mois et pour une période maximale de six mois.

Pendant la période de suspension, l'indicateur ne peut accepter aucune nouvelle demande d'indication.

Chapitre 2. — *Évaluation des aides à la mobilité pour lesquelles les usagers sont pris en compte*

Art. 397. La Commission des caisses d'assurance soins vérifie si le fournisseur d'aides à la mobilité évalue correctement les aides à la mobilité pour lesquelles les usagers sont pris en compte.

Le Ministre fixe les modalités relatives au contrôle des demandes par la Commission des caisses d'assurance soins.

Art. 398. Lorsqu'il ressort des contrôles visés à l'article 397 que, au cours d'une année civile et pour au moins vingt demandes au cours de l'année civile en question, un fournisseur se trompe dans l'évaluation des aides à la mobilité pour lesquelles les usagers sont pris en compte, et ce pour plus de 10 % des dossiers contrôlés, ou s'il est constaté au cours de l'année qu'un fournisseur se trompe de façon répétée dans l'évaluation des aides à la mobilité pour lesquelles les usagers sont pris en compte, la Commission des caisses d'assurance soins en informe l'agence.

Art. 399. Le fonctionnaire dirigeant de l'agence informe le dispensateur, par lettre recommandée, des constatations visées à l'article 398, et demande un plan de remédiation au dispensateur.

Le fonctionnaire dirigeant de l'agence fixe le délai dans lequel le plan de remédiation doit avoir été introduit et exécuté et peut, en fonction des circonstances concrètes, déterminer les mesures que le plan de remédiation doit au minimum comporter.

Art. 400. § 1er. Si le plan de remédiation visé à l'article 399 n'est pas présenté ou exécuté dans le délai imparti, ou si dans les deux ans suivant l'exécution du plan de remédiation, il apparaît, pendant une période de trois mois, que le dispensateur évalue de manière incorrecte les dispositifs de mobilité pour lesquels les utilisateurs entrent en ligne de compte dans plus de 10% des dossiers contrôlés, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut infliger une amende administrative par lettre recommandée.

§ 2. Si le dispensateur de dispositifs de mobilité ne paie pas l'amende administrative dans les deux mois suivant l'envoi de la lettre recommandée, le fonctionnaire dirigeant de l'agence réclamera l'amende administrative par voie de contrainte.

Le cas échéant, le fonctionnaire dirigeant de l'agence fournira, au Service flamand des Impôts, les coordonnées du dispensateur de dispositifs de mobilité auprès duquel l'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, doit être réclamée par voie de contrainte.

Art. 401. Si dans les deux ans suivant une amende administrative infligée, visée à l'article 400, il apparaît que le dispensateur de dispositifs de mobilité en question évalue de manière incorrecte, pendant une période de trois mois, les dispositifs de mobilité pour lesquels les utilisateurs entrent en ligne de compte dans plus de 10% des dossiers contrôlés, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut exprimer son intention de suspendre ou retirer l'habilitation du dispensateur par lettre recommandée.

La lettre recommandée visée à l'alinéa premier contiendra également la possibilité d'introduire une réclamation motivée auprès de l'agence, conformément à l'article 401.

Art. 402. § 1er. Le dispensateur de dispositifs de mobilité peut, dans les deux mois suivant la date d'envoi de l'intention de suspension ou retrait de l'habilitation, conformément à l'article 401, introduire une réclamation motivée auprès de l'agence.

La réclamation sera traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, étant entendu que la réclamation, par dérogation à l'article 8, § 1er, alinéa premier, de l'arrêté précité, sera traité par la chambre pour les structures de santé.

Si le dispensateur de dispositifs de mobilité n'introduit pas de réclamation dans les deux mois suivant l'envoi de l'intention de suspension ou retrait de l'habilitation, la décision du fonctionnaire dirigeant de l'agence concernant la suspension ou le retrait de l'habilitation sera communiquée par lettre recommandée au dispensateur de dispositifs de mobilité à l'expiration de ce délai.

§ 2. La suspension est infligée pour minimum un mois et maximum six mois.

Pendant la suspension, le dispensateur de dispositifs de mobilité ne peut pas introduire de nouvelle demande de dispositifs de mobilité.

Chapitre 3. — *Imputation de l'intervention et des suppléments*

Art. 403. Les caisses d'assurance soins contrôlent si le dispensateur ou le cas échéant l'entreprise pour le compte de la laquelle le dispensateur travaille, impute correctement les interventions et suppléments.

Si une caisse d'assurance soins a déjà rejeté totalement, à plusieurs reprises consécutives, l'ensemble de factures d'un dispensateur de dispositifs de mobilité ou d'une entreprise pour le compte de laquelle un dispensateur de dispositifs de mobilité travaille, conformément à l'article 342, § 2, la caisse d'assurance soins fournira des informations relatives au rejet de la facture au dispensateur ou à l'entreprise en question.

Si un ensemble de factures est à nouveau rejeté par la suite, durant une période de six mois suivant le contact pris par la caisse d'assurance soins conformément à l'alinéa premier, la caisse d'assurance soins le signalera à l'agence.

Art. 404. Le fonctionnaire dirigeant de l'agence informe, par lettre recommandée, le dispensateur de dispositifs de mobilité et l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur de dispositifs de mobilité travaille, des constatations visées à l'article 403, troisième alinéa, et demande un plan de remédiation.

Le fonctionnaire dirigeant de l'agence fixe le délai dans lequel le plan de remédiation doit avoir été introduit et exécuté et peut, en fonction des circonstances concrètes, déterminer les mesures que le plan de remédiation doit au minimum comporter.

Art. 405. § 1er. Si le plan de remédiation visé à l'article 404 , n'est pas présenté ou exécuté dans le délai imparti, ou si dans les deux ans suivant l'exécution du plan de remédiation, une caisse d'assurance soins signale à l'agence, conformément à l'article 403, que plusieurs ensembles de factures du dispensateur de dispositifs de mobilité ou de l'entreprise en question ont été rejetés, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut infliger au dispensateur de dispositifs de mobilité une amende administrative, par lettre recommandée.

§ 2. Si le dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise ne paie pas l'amende administrative dans les deux mois suivant l'envoi de la lettre recommandée, le fonctionnaire dirigeant de l'agence réclamera l'amende administrative par voie de contrainte.

Le cas échéant, le fonctionnaire dirigeant de l'agence fournira au Service flamand des Impôts les coordonnées du dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise auprès duquel l'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, doit être réclamée par voie de contrainte.

Art. 406. Si dans les deux ans suivant une amende administrative infligée, visée à l'article 405, une caisse d'assurance soins signale à l'agence, conformément à l'article 403, que plusieurs factures du dispensateur de dispositifs de mobilité concerné ou de l'entreprise en question ont été rejetées, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut exprimer son intention de suspendre ou retirer l'habilitation du dispensateur de dispositifs de mobilité, par lettre recommandée.

La lettre recommandée visée à l'alinéa premier comportera également la possibilité d'introduire une réclamation motivée auprès de l'agence, conformément à l'article 407.

Art. 407. Le dispensateur de dispositifs de mobilité peut, dans les deux mois suivant la date d'envoi de l'intention de suspension ou retrait de l'habilitation, introduire une réclamation motivée auprès de l'agence.

La réclamation sera traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, étant entendu que la réclamation, par dérogation à l'article 8, § 1er, alinéa premier, de l'arrêté précité, sera traité par la chambre pour les structures de santé.

Si le dispensateur de dispositifs de mobilité n'introduit pas de réclamation dans les deux mois suivant l'envoi de l'intention de suspension ou retrait de l'habilitation, la décision du fonctionnaire dirigeant de l'agence concernant la suspension ou le retrait de l'habilitation sera communiquée par lettre recommandée au dispensateur de dispositifs de mobilité à l'expiration de ce délai.

§ 2. La suspension est infligée pour minimum un mois et maximum six mois.

Pendant la suspension, le dispensateur de dispositifs de mobilité ne peut pas introduire de nouvelle demande de dispositifs de mobilité.

Art. 408. En cas de fraude, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut, outre le recouvrement des prestations facturées de manière frauduleuse, infliger immédiatement une amende administrative ou exprimer immédiatement son intention de suspendre ou retirer l'habilitation du dispensateur de dispositifs de mobilité.

Les articles 405, § 2, et 407 s'appliquent le cas échéant par analogie.

Chapitre 4. — *Respect des conditions et procédures*

Art. 409. Les caisses d'assurance soins contrôlent si le dispensateur de dispositifs de mobilité et l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur de dispositifs de mobilité travaille satisfont aux procédures et conditions visées à l'article 264, l'article 265, § 1er, l'article 282, l'article 289, l'article 317 et l'article 373.

Art. 410. S'il ressort des contrôles visés à l'article 409 qu'un dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur de dispositifs de mobilité travaille, ne satisfait pas, dans plusieurs dossiers, aux procédures et conditions visées à l'article 264, l'article 265, § 1er, l'article 282, l'article 289, l'article 317 ou l'article 373, la caisse d'assurance soins fournira des informations relatives aux procédures et conditions non respectées au dispensateur ou à l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur travaille.

Par la suite, si la caisse d'assurance soins constate que le dispensateur ou l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur travaille ne satisfait pas à nouveau, dans plusieurs dossiers, aux procédures et conditions visées à l'article 264, l'article 265, § 1er, l'article 282, l'article 289, l'article 317 et l'article 373, la caisse d'assurance soins le signalera à l'agence.

Art. 411. Le fonctionnaire dirigeant de l'agence informe le dispensateur et l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur travaille, par lettre recommandée, des constatations visées à l'article 410, deuxième alinéa, et demande un plan de remédiation au dispensateur.

Le fonctionnaire dirigeant de l'agence fixe le délai dans lequel le plan de remédiation doit avoir été introduit et exécuté et peut, en fonction des circonstances concrètes, déterminer les mesures que le plan de remédiation doit au minimum comporter.

Art. 412. § 1er. Si le plan de remédiation visé à l'article 411 n'est pas présenté ou exécuté dans le délai imparti, ou si dans les deux ans suivant l'exécution du plan de remédiation, il apparaît que le dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise ne satisfont pas à nouveau, dans plusieurs dossiers, aux procédures et conditions visées à l'article 264, l'article 265, § 1er, l'article 282, l'article 289, l'article 317 et l'article 373, le fonctionnaire dirigeant de l'agence pourra infliger une amende administrative par lettre recommandée au dispensateur de dispositifs de mobilité ou à l'entreprise.

§ 2. Si le dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise ne paie pas l'amende administrative dans les deux mois suivant l'envoi de la lettre recommandée, le fonctionnaire dirigeant de l'agence réclamera l'amende administrative par voie de contrainte.

Le cas échéant, le fonctionnaire dirigeant de l'agence fournira au Service flamand des Impôts les coordonnées du dispensateur ou de l'entreprise mobilité auprès duquel l'amende administrative, majorée des frais de recouvrement, doit être réclamée par voie de contrainte.

Art. 413. Si dans les deux ans suivant une amende administrative infligée, visée à l'article 412, il apparaît que le dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise pour le compte de laquelle le dispensateur travaille ne satisfait pas à nouveau, dans plusieurs dossiers, aux procédures et conditions visées à l'article 264, l'article 265, § 1er, l'article 282, l'article 289, l'article 317 et l'article 373, le fonctionnaire dirigeant de l'agence pourra exprimer son intention de suspendre ou retirer l'habilitation du dispensateur de dispositifs de mobilité par lettre recommandée.

La lettre recommandée visée à l'alinéa premier comportera également la possibilité d'introduire une réclamation motivée auprès de l'agence, conformément à l'article 414.

Art. 414. § 1er. Le dispensateur de dispositifs de mobilité peut introduire une réclamation motivée auprès de l'agence dans les deux mois suivant la date d'envoi de l'intention de suspension ou retrait de l'habilitation.

La réclamation sera traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, étant entendu que la réclamation, par dérogation à l'article 8, § 1er, alinéa premier de l'arrêté précité, sera traité par la chambre pour les structures de santé.

Si le dispensateur de dispositifs de mobilité n'introduit pas de réclamation dans les deux mois suivant l'envoi de l'intention de suspension ou retrait de l'habilitation, la décision du fonctionnaire dirigeant de l'agence concernant la suspension ou le retrait de l'habilitation sera communiquée par lettre recommandée au dispensateur de dispositifs de mobilité à l'expiration de ce délai.

§ 2. La suspension est infligée pour un mois minimum et six mois maximum.

Pendant la suspension, le dispensateur de dispositifs de mobilité ne peut pas introduire de nouvelle demande de dispositifs de mobilité.

Art. 415. Si un dispensateur de dispositifs de mobilité ou l'entreprise pour le compte de laquelle il travaille ne respecte pas la condition visée à l'article 373, 2°, g), le fonctionnaire dirigeant, par dérogation à l'article 410, l'article 411, l'article 412, § 1er, et l'article 413, alinéa premier, pourra infliger immédiatement, par lettre recommandée, une amende administrative au dispensateur de dispositifs de mobilité ou à l'entreprise en question, ou exprimer, par lettre recommandée, son intention de suspendre ou retirer l'habilitation du dispensateur de dispositifs de mobilité.

L'article 412, § 2, l'article 413, deuxième alinéa, et l'article 414 s'appliquent le cas échéant par analogie.

Livre 3. — Interventions pour soins dans des centres de soins résidentiels, centres de court séjour ou centres de soins de jour

Partie 1ère. — Conditions

Titre 1er. — *Généralités*

Art. 416. Afin que l'utilisateur puisse prétendre à l'intervention pour soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour, il doit :

1° remplir les conditions visées au titre 2 :

2° respectivement :

a) séjourner dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour agréé par l'autorité compétente ;

b) avoir recours à un centre de soins de jour agréé par l'autorité compétente.

Art. 417. L'intervention de l'utilisateur pour soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour peut être accordée à un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour, conformément à l'article 520, uniquement si le centre de soins résidentiels ou le centre de court séjour répond aux conditions suivantes :

1° être agréé par l'autorité compétente ;

2° répondre aux conditions relatives au personnel, visées au titre 3, chapitres 1er et 2 ;

3° répondre aux conditions de l'inscription, conformément au titre 4 ;

4° tenir à jour un dossier individuel de soins, conformément au titre 5 ;

5° répondre aux obligations administratives visées au titre 6, chapitres 1er et 2.

L'alinéa premier s'applique sans restriction aux sanctions visées au titre 3, chapitres 1er et 2, et aux titres 4 à 6.

Art. 418. L'intervention de l'utilisateur pour soins dans un centre de soins résidentiels peut être accordée à un centre de soins résidentiels, conformément à l'article 520, uniquement si le centre de soins résidentiels répond aux conditions suivantes :

1° être agréé par l'autorité compétente ;

2° répondre aux conditions relatives au personnel, visées au titre 3, chapitres 1er et 2 ;

3° répondre aux conditions de l'inscription, conformément au titre 4 ;

4° tenir à jour un dossier de soins individuel, conformément au titre 5 ;

5° répondre aux obligations administratives visées au titre 6, chapitres 1er et 3.

L'alinéa premier s'applique sans restriction aux sanctions visées au titre 3, chapitres 1er et 2, et aux titres 4 à 6.

Titre 2. — *Utilisateur*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 419. L'intervention pour soins dans des centres de soins résidentiels ne disposant pas d'un agrément supplémentaire est accordée à l'utilisateur qui satisfait à toutes les conditions suivantes :

1° ne pas avoir besoin d'une surveillance médicale quotidienne ni de soins médicaux spécialisés permanents, mais être fortement tributaire, par ailleurs, de soins et d'un soutien de tiers pour les actes essentiels de la vie de tous les jours ;

2° répondre aux critères des catégories de dépendance O, A, B, C, Cd ou D, visées à l'article 425 ;

3° à la date de l'inscription et à la date du jour de séjour, avoir payé les primes dues en matière de protection sociale flamande pour les années précédentes, conformément à l'article 112.

Art. 420. L'intervention pour soins dans des centres de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire est accordée à l'utilisateur qui satisfait à toutes les conditions suivantes :

1° ne pas avoir besoin d'une surveillance médicale quotidienne ni de soins médicaux spécialisés permanents, mais être fortement tributaire, par ailleurs, de soins et d'un soutien de tiers pour les actes essentiels de la vie de tous les jours ;

2° répondre aux critères des catégories de dépendance B, C ou Cd, visées à l'article 425 ;

3° à la date de l'inscription et à la date du jour de séjour, avoir payé les primes dues en matière de protection sociale flamande pour les années précédentes, conformément à l'article 112.

Art. 421. L'intervention pour soins dans des centres de court séjour est accordée à l'utilisateur qui satisfait à toutes les conditions suivantes :

1° ne pas avoir besoin d'une surveillance médicale quotidienne ni de soins médicaux spécialisés permanents, mais être fortement tributaire, par ailleurs, de soins et d'un soutien de tiers pour les actes essentiels de la vie de tous les jours ;

2° répondre aux critères des catégories de dépendance O, A, B, C, Cd ou D, visées à l'article 425 ;

3° à la date de l'inscription et à la date du jour de séjour, avoir payé les primes dues en matière de protection sociale flamande pour les années précédentes, conformément à l'article 112.

Art. 422. L'intervention pour soins dans des centres de soins de jour pour personnes dépendantes est accordée à l'utilisateur qui satisfait à toutes les conditions suivantes :

1° ne pas avoir besoin d'une surveillance médicale ni de soins médicaux spécialisés permanents, mais être par ailleurs dépendant des soins et du soutien de tiers pour certains actes de la vie de tous les jours ;

2° répondre aux critères des catégories de dépendance F, Fd, D, visées à l'article 426 ;

3° la date de l'inscription et à la date du jour de séjour, avoir payé les primes dues en matière de protection sociale flamande pour les années précédentes, conformément à l'article 112.

Art. 423. L'intervention pour soins dans des centres de soins de jour pour personnes ayant une maladie grave est accordée à l'utilisateur qui satisfait aux critères des catégories de dépendance Fp, visées à l'article 427, et qui, à la date de l'inscription et à la date du jour de séjour, a payé les primes dues en matière de protection sociale flamande pour les années précédentes, conformément à l'article 112.

Chapitre 2. — *Catégories de dépendance*

Section 1ère. — Généralités

Art. 424. § 1er. Pour l'application des articles 425 et 426, une personne est considérée comme physiquement dépendante si elle obtient un score de 3 ou 4 à un ou plusieurs des critères visés dans ce paragraphe. Le score est attribué comme suit pour chaque critère :

1° se laver :

a) score 1 : la personne peut totalement se laver sans aucune aide ;

b) score 2 : la personne a en partie besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la taille ;

c) score 3 : la personne a en partie besoin d'aide pour se laver au-dessus et en dessous de la taille ;

d) score 4 : la personne a entièrement besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la taille ;

2° s'habiller :

a) score 1 : la personne peut entièrement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide ;

b) score 2 : la personne a en partie besoin d'aide pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la taille, sans tenir compte des lacets ;

c) score 3 : la personne a en partie besoin d'aide pour s'habiller au-dessus et en dessous de la taille ;

d) score 4 : la personne a entièrement besoin d'aide pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la taille ;

3° transfert et déplacements :

a) score 1 : la personne est indépendante pour le transfert et peut se déplacer de manière totalement indépendante sans dispositif(s) mécanique(s) ni l'aide de tiers ;

b) score 2 : la personne est indépendante pour le transfert et pour ses déplacements, à condition d'utiliser un (des) dispositif(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...) ;

c) score 3 : la personne a entièrement besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts ou ses déplacements ;

d) score 4 : la personne est confinée au lit ou à la chaise roulante et est entièrement dépendante d'autres personnes pour se déplacer ;

4° visite à la toilette :

a) score 1 : la personne peut se rendre seule à la toilette, s'habiller et s'essuyer ;

b) score 2 : la personne a besoin d'aide pour l'un des trois aspects : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer ;

c) score 3 : la personne a besoin d'aide pour deux des trois aspects : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer ;

d) score 4 : la personne a besoin d'aide pour les trois aspects : se déplacer et s'habiller et s'essuyer ;

5° continence :

a) score 1 : la personne est continente pour les urines et les selles ;

b) score 2 : la personne est accidentellement incontinente pour les urines ou les selles, y compris les sondes vésicales ou anus artificiels ;

c) score 3 : la personne est incontinente pour les urines, y compris exercices de miction, ou pour les selles ;

d) score 4 : la personne est incontinente pour les urines et les selles ;

6° manger :

a) score 1 : la personne peut manger et boire seule ;

b) score 2 : la personne a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire ;

c) score 3 : la personne a partiellement besoin d'aide lorsqu'elle mange ou bois ;

d) score 4 : la personne est totalement dépendante pour manger ou boire.

§ 2. Pour l'application de l'article 425, une personne est considérée comme psychiquement dépendante si elle obtient un score de 3 ou 4 aux critères suivants. Le score est attribué comme suit pour chaque critère :

1° orientation temporelle :

a) score 1 : pas de problème ;

b) score 2 : de temps à autre, rarement un problème ;

c) score 3 : presque chaque jour un problème ;

d) score 4 : totalement désorientée ou impossible à évaluer ;

2° orientation spatiale :

a) score 1 : pas de problème ;

b) score 2 : de temps à autre, rarement un problème ;

c) score 3 : presque quotidiennement un problème ;

d) score 4 : totalement désorientée ou impossible à évaluer.

Section 2. — Centre de soins résidentiels et centres de court séjour

Art. 425. Les résidents d'un centre de soins résidentiels ou d'un centre de court séjour sont répartis en catégories de dépendance O, A, B, C, Cd ou D en fonction de leur dépendance physique ou psychique.

Pour l'application de ce livre, on entend par :

1° catégorie O : catégorie dans laquelle sont classés les résidents qui sont totalement indépendants sur le plan physique et psychique ;

2° catégorie A : catégorie dans laquelle sont classés les résidents qui :

a) sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver ou s'habiller ;

b) sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et ils sont totalement indépendants sur le plan physique ;

3° catégorie B : catégorie dans laquelle sont classés les résidents qui :

a) sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et ils sont dépendants pour le transfert et les déplacements ou pour se rendre à la toilette ;

b) sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et l'espace, et ils sont dépendants pour se laver ou s'habiller ;

4° catégorie C : catégorie dans laquelle sont classés les résidents qui sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et ils sont dépendants pour le transfert et les déplacements et pour se rendre à la toilette, et ils sont dépendants pour cause d'incontinence ou pour manger ;

5° catégorie Cd : catégorie dans laquelle sont classés les résidents qui :

a) sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et l'espace, et sont dépendants pour se laver et s'habiller, et ils sont dépendants pour cause d'incontinence, et ils sont dépendants pour le transfert et les déplacements ou pour se rendre à la toilette ou pour manger ;

b) les résidents pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé sur la base d'un bilan diagnostique spécialisé pour la démence, qui est réalisé par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec rapport écrit, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, et dépendants pour cause d'incontinence, et dépendants pour le transfert et les déplacements ou pour aller à la toilette ou pour manger ;

6° catégorie D : catégorie dans laquelle sont classés les résidents pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé sur la base d'un bilan diagnostique spécialisé pour la démence, qui est réalisé par un médecin spécialiste en neurologie psychiatrie ou en gériatrie, avec rapport écrit.

Section 3. — Centres de soins de jour

Art. 426. Les personnes qui ont recours à un centre de soins de jour pour personne dépendantes, sont répartis en catégories de dépendance F, Fd ou D en fonction de leur dépendance physique ou psychique.

Pour l'application de ce livre, on entend par :

1° Catégorie F : catégorie dans laquelle sont classées les personnes dépendantes physiquement : elles sont dépendantes pour se laver et s'habiller, et elles sont dépendantes pour le transfert et les déplacements ou pour se rendre à la toilette ;

2° catégorie Fd : catégorie dans laquelle sont classées les personnes dépendantes psychiquement : elles sont désorientées dans le temps et l'espace et elles sont dépendantes pour se laver ou s'habiller ;

3° catégorie D : catégorie dans laquelle sont classés les personnes pour lesquelles le diagnostic de démence est établi ou confirmé sur la base d'un bilan diagnostique spécialisé pour la démence, réalisé par un médecin spécialiste en neurologie psychiatrie ou en gériatrie, avec rapport écrit.

Art. 427. Les personnes qui ont recours à un centre de soins de jour disposant d'un agrément supplémentaire pour personne ayant une maladie grave, sont classées dans la catégorie de dépendance Fp.

Aux fins du présent chapitre, on entend par « catégorie Fp » : la catégorie dans laquelle sont classées les personnes, sans limite d'âge :

1° qui se trouvent dans une phase avancée ou terminale d'une maladie grave, progressive et potentiellement mortelle, quelle que soit leur espérance de vie ;

2° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long, et qui justifient des soins à domicile réguliers ;

3° qui séjournent à leur domicile et ont l'intention d'y rester ;

4° qui, motivés par leur(s) affection(s) irréversibles, ont fait l'objet, au cours de trois derniers mois :

a) d'au moins un séjour hospitalier (hospitalisation classique ou hospitalisation de jour) ;

b) ou de soins prodigués par un service de soins à domicile, par un kinésithérapeute, et/ou d'une prise en charge par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;

5° qui sont renvoyés vers le centre par leur médecin traitant ou qui répondent aux conditions visées à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance.

Titre 3. — *Personnel*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 428. Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour doivent accorder au personnel de soins au moins les conditions salariales et de travail imposées en vertu de la réglementation en vigueur, des CCT sectorielles applicables de la CP 330 dans le secteur privé et les protocoles prévus dans la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant du secteur public.

Chapitre 2. — *Centre de soins résidentiels et centres de court séjour*

Section 1ère. — Normes de financement en fonction du nombre et de la catégorie de dépendance

Art. 429. § 1er. Les centres de soins résidentiels ne disposant pas d'un agrément supplémentaire et les centres de court séjour doivent disposer de leurs propres infirmiers ou aides-soignants salariés ou statutaires et, le cas échéant, de personnel de réactivation, salarié, statutaire ou lié à la structure de soins par un contrat d'entreprise. Lors de la composition de ce personnel, il est tenu compte du nombre de résidents classés dans chacune des catégories de dépendance visées à l'article 425. Les centres de court séjour disposant d'un agrément supplémentaire doivent, outre les normes de personnel du présent alinéa, satisfaire aux normes de personnel visées à l'article 504.

Les centres de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire doivent disposer de leurs propres infirmiers et aides-soignants, de leurs propres kinésithérapeutes ou ergothérapeutes, salariés ou statutaires et, le cas échéant, d'autre personnel de réactivation, salarié, statutaire ou lié à la structure de soins par un contrat d'entreprise. Lors de la composition de ce personnel, il est tenu compte du nombre de résidents classés dans chacune des catégories de dépendance visées à l'article 425.

§ 2. Lors d'un transfert d'exploitation à partir d'un service public, le personnel statutaire détaché qui est repris dans une liste au moment du transfert d'exploitation, est assimilé au propre personnel salarié ou statutaire, conformément au paragraphe 1er, si la liste et les informations suivantes sont fournies à l'agence :

1° la liste exhaustive des noms des membres du personnel statutaire concernés, leur qualification et leur durée de travail hebdomadaire, et accompagnée d'une copie de la décision de leur nomination ;

2° si l'agence en fait la demande, toutes les autres informations supplémentaires relatives au transfert d'exploitation et au rôle du service public.

La liste visée à l'alinéa premier, 1°, doit être signée par le service public et par le responsable du centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant, et transmise à l'agence dans le mois suivant le transfert d'exploitation. Aucune personne ne pourra être ajoutée par la suite à cette liste. La durée de travail hebdomadaire des personnes peut toutefois être augmentée et leurs qualifications adaptées. Les modifications précitées ne produiront leurs effets que le jour de la modification pour le calcul de l'intervention.

Art. 430. Dans les entités d'un centre de soins résidentiels ne disposant pas d'un agrément supplémentaire, les normes de financement suivantes du personnel s'entendent par qualification, exprimée en équivalent temps plein et par trente résidents :

1° pour la catégorie de dépendance O : 0,25 infirmier ;

2° pour la catégorie de dépendance A :

a) 1,20 infirmier ;

b) 1,05 aide-soignant ;

3° pour la catégorie de dépendance B :

a) 2,10 infirmiers ;

b) 4 aides-soignants ;

c) 0,35 membre du personnel de réactivation ;

4° pour la catégorie de dépendance C :

a) 4,10 infirmiers ;

b) 5,06 aides-soignants ;

c) 0,385 membre du personnel de réactivation ;

5° pour la catégorie de dépendance Cd :

a) 4,10 infirmiers ;

b) 6,06 aides-soignants ;

c) 0,385 membre du personnel de réactivation ;

6° pour la catégorie de dépendance D :

a) 1,2 infirmier ;

b) 4 aides-soignants ;

c) 1,25 membre du personnel de réactivation.

Dans les entités d'un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire, les normes de financement suivantes du personnel s'entendent par qualification, exprimée en équivalent temps plein et par trente résidents :

1° pour la catégorie de dépendance B :

a) 5 infirmiers ;

b) 5,2 aides-soignants ;

c) 1 kinésithérapeute, ergothérapeute ou logopède, ou une combinaison de deux ou trois de ces qualifications pour un total d'1 ETP ;

d) 0,10 membre du personnel de réactivation ayant une qualification en soins palliatifs, afin d'apporter un soutien aux soins des résidents en phase terminale ;

2° pour la catégorie de dépendance C :

a) 5 infirmiers ;

b) 6,2 aides-soignants ;

c) 1 kinésithérapeute, ergothérapeute ou logopède, ou une combinaison de deux ou trois de ces qualifications pour un total d'1 ETP ;

d) 0,5 membre du personnel de réactivation ;

e) 0,10 membre du personnel de réactivation supplémentaire ayant une qualification en soins palliatifs, afin d'apporter un soutien aux soins des résidents en phase terminale ;

3° pour la catégorie de dépendance Cd :

a) 5 infirmiers ;

b) 6,7 aides-soignants ;

c) 1 kinésithérapeute, ergothérapeute ou logopède, ou une combinaison de deux ou trois de ces qualifications pour un total d'1 ETP ;

d) 0,5 membre du personnel de réactivation ;

e) 0,10 membre du personnel de réactivation supplémentaire ayant une qualification en soins palliatifs, afin d'apporter un soutien aux soins des résidents en phase terminale.

Dans les entités agréées comme centre de court séjour, les normes de financement suivantes du personnel s'entendent par qualification, exprimée en équivalent temps plein et par trente résidents :

1° les normes en matière de personnel, visées à l'alinéa premier ;

2° 1,4 membre du personnel de réactivation supplémentaire par trente résidents qui séjournent dans une entité de court séjour agréée.

Les centres de court séjour disposant d'un agrément supplémentaire doivent, outre les normes en matière de personnel de l'alinéa premier, satisfaire aux normes en matière de personnel visées à l'article 504.

Section 2. — Normes de financement aides-soignants et personnel de réactivation

Art. 431. Les aides-soignants doivent être enregistrés comme tels. Cet enregistrement peut être provisoire ou définitif.

Les membres du personnel de réactivation doivent disposer au moins de l'une des qualifications suivantes ou d'une qualification y étant assimilée par l'autorité compétente :

1° graduat ou licence ou master en kinésithérapie ;

2° graduat ou bachelier ou licence ou master en logopédie ;

3° graduat ou bachelier en ergothérapie ;

4° graduat ou bachelier en thérapie occupationnelle ;

5° graduat ou bachelier en sciences de la réadaptation ;

6° graduat ou bachelier en diététique ;

7° graduat ou bachelier ou licence ou master en pédagogie ou orthopédagogie ;

8° graduat ou bachelier ou post-graduat ou master en psychomotricité ;

9° licence ou master en psychologie ;

10° graduat ou bachelier assistant en psychologie ;

11° graduat ou bachelier travailleur social ou dans les soins de santé sociaux ou infirmier social ou infirmier spécialisé dans les soins de santé sociaux ;

12° bachelier ou master en travail social ;

13° graduat ou bachelier en sciences familiales ;

14° licence ou master en gérontologie ;

15° graduat ou bachelier éducateur ;

16° bachelier de spécialisation en gérontologie psychosociale.

Section 3. — La continuité des soins

Art. 432. Les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant, assurent la continuité des soins, de jour comme de nuit, par la présence d'un personnel infirmier, d'aides-soignants ou de personnel de réactivation en suffisance.

Un membre du personnel infirmier, un aide-soignant ou un membre du personnel de réactivation sera toujours présent dans tout centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant.

Un infirmier sera présent de jour comme de nuit dans les centres de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire.

Les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour correspondants, qui accueillent en moyenne, pendant la période de référence, au moins dix résidents des catégories de dépendance B, C, Cd ou D et qui accueillent en moyenne, par rapport au nombre moyen d'entités agréées, 40% de résidents des catégories de dépendance B, C, Cd ou D, doivent disposer en moyenne, pendant la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel salarié ou statutaire, infirmiers, aides-soignants ou personnel de réactivation, dont au moins deux équivalents temps plein infirmiers. Le personnel infirmier intérimaire visé à l'article 475, § 3, est également pris en considération.

Chapitre 3. — *Centre de soins de jour*

Art. 433. § 1er. Les centres de soins de jour pour personnes dépendantes doivent disposer de leurs propres infirmiers et aides-soignants salariés ou statutaires, de leurs propres kinésithérapeutes ou ergothérapeutes salariés ou statutaires et de personnel de réactivation qualifié complémentaire en suffisance.

§ 2. Lors d'un transfert d'exploitation à partir d'un service public, le personnel statutaire détaché qui est repris dans une liste au moment du transfert d'exploitation, est assimilé au propre personnel salarié ou statutaire, conformément au paragraphe 1er, si la liste et les informations suivantes sont fournies à l'agence :

1° la liste exhaustive des noms des membres du personnel statutaire concernés, leur qualification et leur durée de travail hebdomadaire, et accompagnée d'une copie de la décision de leur nomination ;

2° si l'agence en fait la demande, toutes les autres informations supplémentaires relative au transfert d'exploitation et au rôle du service public.

La liste visée à l'alinéa premier, 1°, doit être signée par le service public et par le responsable du centre de soins de jour et transmise à l'agence dans le mois suivant le transfert d'exploitation. Aucune personne ne pourra être ajoutée par la suite à cette liste. La durée de travail hebdomadaire des personnes peut toutefois être augmentée et leurs qualifications adaptées. Les modifications précitées ne produiront leurs effets que le jour de la modification pour le calcul de l'intervention.

§ 3. L'effectif du personnel, exprimé en équivalent temps plein et pour quinze personnes qui ont recours au centre de soins de jour, représente :

1° 0,75 infirmier ;

2° 2,03 aides-soignants ;

3° 0,35 kinésithérapeute, ergothérapeute ou logopède, ou une combinaison de deux ou trois de ces qualifications pour un total de 0,35 ETP ;

4° 0,60 membre du personnel de réactivation.

Pendant les heures d'ouvertures, au moins un membre de ce personnel assurera une permanence.

Pour chaque centre de soins de jour, la norme de personnel pour la période de référence est le nombre moyen de personnes qui ont recours au centre de soins de jour (N) multiplié par les normes visées à l'alinéa premier, divisé par 15, N étant calculé en divisant par 250 le nombre de jours facturés de l'intervention de base pour soins dans un centre de soins de jour.

§ 4. Les centres de soins de jour pour personnes gravement malades doivent disposer de leur propres infirmiers et aides-soignants salariés ou statutaires, et de personnel de réactivation qualifié complémentaire en suffisance. L'effectif du personnel, exprimé en équivalent temps plein et pour quinze personnes qui ont recours au centre de soins de jour représente :

1° 2,5 infirmiers ;

2° 2 aides-soignants ;

3° 0,5 psychologue clinique salarié ;

4° 1 autre membre du personnel de réactivation.

Pendant les heures d'ouvertures, au moins un membre de ce personnel assurera une permanence.

En outre, les centres de soins de jours visés dans le présent paragraphe doivent, au pro rata d'au moins cinq heures par semaine pour quinze personnes qui ont recours au centre de soins de jour, disposer des services d'un médecin chargé de la coordination des activités. Ce médecin aura au moins suivi la formation exigée du médecin responsable d'un service Sp de soins palliatifs.

La norme de personnel pour la période de référence correspond au nombre moyen de personnes qui ont recours au centre de soins de jour (N) multiplié par les normes visées à l'alinéa premier, divisé par 15, N étant calculé en divisant par 250 le nombre de jours facturés de l'intervention de base pour soins dans un centre de soins de jour.

§ 5. Tous les aides-soignants engagés par le centre de soins de jour doivent être enregistrés par l'autorité compétente et posséder un visa délivré par le Service public fédéral Santé publique.

Pour l'application de ce chapitre, les membres du personnel qualifié complémentaire qui accomplissent des tâches en matière de réactivation, revalidation et réintégration sociale doivent posséder l'une des qualifications visées à l'article 431, deuxième alinéa.

§ 6. Pour prouver qu'ils disposent de leurs propres infirmiers ou aides-soignants salariés ou statutaires, les centres de soins de jour doivent, à la demande de l'agence, fournir une copie de la déclaration ONSS de l'effectif du personnel, ainsi qu'une copie du contrat de travail propre au centre de soins de jour, ou une copie de la délibération du pouvoir organisateur s'il s'agit d'un service public.

Les centres de soins de jour confrontés à un manque de personnel infirmier et qui se trouvent dans l'impossibilité d'engager immédiatement du personnel infirmier salarié ou statutaire peuvent faire appel aux services d'une entreprise de travail intérimaire agréée par l'autorité compétente. Dans ce cas, cet appel à l'agence doit être motivé au moyen d'offres d'emploi et de demandes auprès de l'entreprise de travail intérimaire en question. Un exemplaire du contrat conclu avec l'entreprise de travail intérimaire doit également être mis à la disposition de l'agence, ainsi qu'une copie des factures mentionnant le nombre d'heures prestées dans le centre des soins de jour par le personnel intérimaire.

Le personnel engagé conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand, en application soit de conventions collectives de travail conclues pour le secteur privé, soit de contrats-cadres conclus pour le secteur public, soit de protocoles d'accord mixtes privé/public, n'entre pas en ligne de compte pour atteindre les normes de personnel visées au paragraphe 3 du présent article.

Art. 434. § 1er. Si pendant la période de référence, le centre de soins de jour ne satisfait pas, pour une ou plusieurs qualifications de personnel, à la norme visée à l'article 433, § 3 ou § 4, cette pénurie par qualification peut, dans un certain nombre de cas, être compensée par un excédent de membres du personnel salariés ayant une autre qualification. Aucune compensation n'est possible s'il s'agit d'une pénurie pour la norme de 0,35 kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède par quinze personnes qui ont recours au centre de soins de jour et/ou pour la norme de personnel de 0,5 psychologue clinique pour quinze personnes qui ont recours au centre de soins de jour. La hiérarchie suivant est d'application dans ce cas :

1° en cas d'excédent de bacheliers en soins infirmiers, on doit d'abord les affecter à la pénurie de membres du personnel de réactivation ;

2° s'il y a encore un excédent d'infirmiers, y compris le nombre restant de bacheliers en soins infirmiers, l'affecter à la pénurie d'aides-soignants ;

3° s'il y a un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter à la pénurie d'infirmiers ;

4° s'il y a encore un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter à la pénurie restante d'aides-soignants.

La compensation visée à l'alinéa premier est appliquée selon les règles suivantes :

1° la pénurie de membres du personnel de réactivation peut être compensée à maximum 20% par un excédent de bacheliers en soins infirmiers ;

2° la pénurie d'infirmiers peut être compensée à maximum 20% par un excédent de membres du personnel de réactivation ;

3° la pénurie d'aides-soignants peut être compensée de manière illimitée par un excédent d'infirmiers ou de membres du personnel de réactivation.

§ 2. Si après l'application du paragraphe 1er, il subsiste une pénurie de personnel ayant une qualification donnée, la réduction suivante est appliquée :

1° si pour une catégorie de personnel précise, le centre de soins de jour satisfait en moyenne à une norme inférieure à 100%, mais égale ou supérieure à 90% des normes visées à l'article 433, § 1er ou § 2, l'intervention visée à l'article 506, 1° ou 2°, est réduite de 20% ;

2° si pour une catégorie de personnel précise, le centre de soins de jour satisfait en moyenne à une norme inférieure à 90%, mais égale ou supérieure à 75% des normes visées à l'article 433, § 1er et § 2, l'intervention visée à l'article 506, 1° ou 2°, est réduite de 50% ;

3° si pour une catégorie de personnel précise, le centre de soins de jour ne satisfait pas à 75% des normes visées à l'article 433, § 1er ou § 2, aucune intervention ne peut être accordée.

§ 3. Si un centre de soins de jour est agréé pour la première fois après la période de référence, donc après le 30 juin de l'année A, il est tenu compte, pour la période débutant à partir de l'agrément et jusqu'au 31 décembre de l'année A+1, pour déterminer l'intervention, des contrats ou des emplois statutaires du personnel et du nombre de personnes qui ont recours au centre de soins de jour le dernier jour du mois qui suit l'agrément, tel que le centre de soins de jour en aura fait la communication conformément à l'article 456, § 1er.

Si le centre de soins de jour, le dernier jour du mois qui suit l'agrément, ne satisfait pas aux normes visées à l'article 433, § 3 ou 4, les règles visées aux paragraphes 1 et 2 doivent être appliquées à partir du premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel le centre de soins de jour a été agréé. À partir du jour de l'agrément et jusqu'au dernier jour du mois suivant, le centre de soins de jour a droit, conformément à l'article 520, à la totalité de l'intervention de 49,59 euros (forfait F) ou 93,47 euros (forfait Fp) visé à l'article 506.

Titre 4. — *Inscription*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 435. § 1er. Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour annoncent toute admission d'un utilisateur à la caisse d'assurance soins par le biais d'une application numérique en vue d'obtenir l'intervention pour soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour. L'annonce peut se faire à partir du moment de l'admission et doit intervenir dans les cinq jours ouvrables suivant la date de cette admission.

L'indication temporelle, via un sceau temporel, dans le message électronique vaut pour preuve du moment de l'annonce de l'admission.

Les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour qui n'utilisent pas une application numérique telle que visée à l'alinéa premier, ne peuvent pas annoncer l'admission de l'utilisateur aux caisses d'assurance soins. Les articles 531 à 534 sont d'application dans le cadre de l'annonce par les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour.

Le ministre peut préciser la forme et le contenu de l'annonce.

§ 2. L'annonce visée au paragraphe 1er, doit être accompagnée d'une évaluation des besoins permettant au ministre d'en préciser le forme et le contenu. L'évaluation des besoins doit être complétée par l'infirmier qui a eu la possibilité d'observer l'utilisateur dans la réalisation des actes de la vie de tous les jours, ou par le médecin traitant.

Une évaluation des besoins doit également être conservée dans le dossier de soins. L'évaluation des besoins conservée dans le dossier de soins doit comporter la signature de la personne qui l'a complétée conformément à l'alinéa premier.

Pour l'application de ce livre, une signature numérique a la même valeur de preuve qu'une signature sur papier, à moins que l'inverse ne soit prouvé.

Pour l'application de ce livre, l'évaluation des besoins se compose des deux éléments suivants :

1° l'application de la l'échelle d'évaluation conformément à l'article 424 ;

2° les attestations et rapports qui montrent que le résident et personne qui a recours à un centre de soins de jour répond aux conditions de classement dans la catégorie de dépendance attribuée.

Pour l'application de ce livre, l'évaluation des besoins est assimilée à l'instrument d'évaluation visé à l'article 145, § 2, l'article 148, § 2, l'article 150, § 2, et l'article 152, § 2 du décret du 18 mai 2018.

§ 3. L'évaluation des besoins d'un utilisateur qui est classé en catégorie de dépendance D ou Cd sur la base d'un bilan diagnostic spécialisé de démence, ne peut être introduite qu'à condition que soit mentionnée dans le dossier de soins visé à l'article 450, la date visée du bilan diagnostic spécialisé de démence réalisé par un médecin spécialiste en neurologie, psychiatrie ou gériatrie. Dans ce cas, la signature du médecin traitant est requise. Si un utilisateur évolue de la catégorie de dépendance D vers la catégorie de dépendance Cd et qu'il est classé, sur la base d'un bilan diagnostic spécialisé de démence, dans la catégorie de dépendance Cd, une nouvelle signature du médecin traitant est requise.

Art. 436. Les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour signalent toute modification relative à une admission à la caisse d'assurance soins dans le cinq jours ouvrables suivant la modification. La modification de données de séjour peut notamment consister à compléter, corriger et supprimer des données de séjour.

L'indication temporelle, via un sceau temporel, dans le message électronique vaut pour preuve du moment de la modification des données de séjour.

Le ministre peut préciser les modifications qui doivent être transmises dans le délai visé à l'alinéa premier.

Art. 437. Si le centre de soins résidentiels, le centre de court séjour ou le centre de soins de jour n'a pas pu introduire l'inscription d'un utilisateur dans les délais impartis pour cause de force majeure, il peut introduire, auprès de la caisse d'assurance soins, une demande de dérogation au délai visé à l'article 435, § 1er. Si l'infrastructure de soins apporte suffisamment de preuves pour soutenir sa demande de dérogation, la caisse d'assurance soins peut malgré tout approuver l'inscription d'admission avec prise d'effet le jour de l'admission. Les problèmes de personnel ou organisationnels de l'infrastructure de soins ne peuvent pas être considérés comme des cas de force majeure si ces problèmes ne découlent pas de circonstances exceptionnelles et imprévues.

Art. 438. La caisse d'assurance soins envoie, dans les cinq jours ouvrables suivant l'inscription de l'admission d'un utilisateur, un message électronique à l'infrastructure de soins visé à l'article 435. Ce message soit approuve la notification, soit demande des informations complémentaires, soit explique pourquoi l'inscription est refusée.

L'approbation de l'inscription prend effet au plus tôt le jour de l'admission si l'inscription est introduite dans les cinq jours ouvrables qui suivent le jour de l'admission, ou le jour de l'annonce de l'admission dans l'autre cas, sauf dans le cas visé à l'article 437.

L'indication temporelle, via un sceau temporel, dans le message électronique vaut pour preuve du moment auquel le message a été envoyé.

Art. 439. Par dérogation à l'article 438, la caisse d'assurance soins peut faire débuter avec effet rétroactif la période pour laquelle l'admission est approuvée en cas de changement de statut d'assurance de l'utilisateur ou s'il est question d'un cas exceptionnel visé à l'article 462, deuxième alinéa, et à l'article 466, deuxième alinéa.

Art. 440. Si la situation de l'utilisateur évolue de manière telle qu'une autre catégorie de dépendance puisse être envisagée, les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour doivent réaliser une nouvelle évaluation des besoins correspondant à la dépendance de cet utilisateur et le signaler à la caisse d'assurance soins.

L'infrastructure de soins visée à l'alinéa premier annoncera tout changement de catégorie de dépendance dans les cinq jours ouvrables suivant le jour qui suit le changement de catégorie de dépendance.

L'indication temporelle, via un sceau temporel, dans le message électronique vaut pour preuve du moment de l'évaluation des besoins.

Art. 441. En cas de changement de catégorie de dépendance et que le centre de soins résidentiels, le centre de court séjour ou le centre de soins de jour introduit pour cela une nouvelle évaluation des besoins, cette évaluation des besoins doit toujours reposer sur une indication médicale ou infirmière étayée par un rapport circonstancié dont le ministre peut déterminer le modèle. Le rapport circonstancié doit être conservé dans le dossier de soins de l'utilisateur.

Le rapport circonstancié visé à l'alinéa premier, doit être signé par :

1° un médecin si le changement est introduit dans les six mois suivant la décision d'adaptation après contrôle par la Commission des caisses d'assurance soins visée à la partie 5, titre 1er ;

2° un médecin ou un infirmier qui a eu la possibilité d'observer l'utilisateur dans la réalisation des actes de la vie quotidienne : si le changement est introduit après une inscription précédente ou plus de six mois après la décision visée au point 1°.

Art. 442. S'il s'agit d'un utilisateur qui est classé dans la catégorie de dépendance D, et chaque fois qu'il changerait de catégorie de dépendance sur la seule base des critères physiques dans l'échelle d'évaluation, les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour doivent transmettre une évaluation des besoins adaptée à la caisse d'assurance soins. La communication de ces informations à la caisse d'assurance soins ne porte pas préjudice au fait que l'utilisateur, sur la base d'un bilan diagnostic spécialisé pour démence réalisé par un médecin spécialiste en neurologie, psychiatrie ou gériatrie, reste classé dans la catégorie de dépendance D, à moins qu'il s'agisse d'un utilisateur qui soit de ce fait classé dans la catégorie de dépendance Cd ou la catégorie de dépendance B ou C lors de son admission dans un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire.

Chapitre 2. — *Centre de soins résidentiels et centres de court séjour*

Art. 443. Les centre de soins résidentiels et centres de court séjour signaleront la fin du séjour dans les cinq jours ouvrables à la caisse d'assurance soins, soit suite au décès d'un utilisateur, soit suite au départ de l'utilisateur du centre de soins résidentiels ou du centre de court séjour.

Art. 444. Les centre de soins résidentiels et centres de court séjour préviendront, dans les trois jours ouvrables, le dispensateur de dispositifs de mobilité qui loue une chaise roulante à un résident du décès de ce dernier.

Art. 445. Les centres de soins résidentiels et centres de court séjour préviendront le kinésithérapeute dont des prestations sont reprises dans le dossier de soins, du transfert du résident d'un logement dans un centre de soins résidentiels ne disposant pas d'un agrément supplémentaire ou d'un logement dans un centre de court séjour vers un logement dans un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire. La charge de la preuve incombe aux centres de soins résidentiels et centres de court séjour.

Art. 446. Si un utilisateur est à nouveau admis dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour dans les trente jours suivant la fin de son séjour visé à l'article 443, l'inscription visée à l'article 435 ne doit pas être accompagnée d'une évaluation des besoins visée dans le même article si l'utilisateur est resté classé dans la même catégorie de dépendance qu'avant son départ.

Chapitre 3. — *Centres de soins de jour*

Art. 447. Les centres de soins de jour doivent tenir à jour un registre de présences dans lequel est mentionné, pour chaque jour d'ouverture du centre, le nom de l'utilisateur présent ainsi que l'heure de son arrivée et de son départ.

Le registre doit être clôturé tous les jours à 13 heures en ce qui concerne le nombre d'utilisateurs et leur heure d'arrivée et doit être complété avec leur heure de départ à la fin de la journée.

Si des registres de présence sur papier sont tenus à jour, ils ne peuvent pas comporter de feuilles volantes, de pièces vierges, de ratures ni de corrections. Ils doivent pouvoir être consultés à tout moment par la Commission des caisses d'assurance soins et doivent être conservés dans le centre de soins de jour pendant cinq ans suivant leur clôture.

Art. 448. Les centres de soins résidentiels signaleront la fin du séjour d'un utilisateur dans les cinq jours ouvrables à la caisse d'assurance soins, soit suite au décès d'un utilisateur, soit suite au départ de l'utilisateur de la structure.

Art. 449. Si un utilisateur est à nouveau admis dans un centre de soins de jour dans les trente jours suivant la fin de son séjour visé à l'article 448, l'inscription visée à l'article 435 ne doit pas être accompagnée d'une évaluation des besoins visée dans le même article si l'utilisateur est resté classé dans la même catégorie de dépendance qu'avant son départ.

Titre 5. — *Dossier de soins*

Art. 450. § 1er. Les centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour doivent tenir à jour un dossier de soins par résident ou personne qui a recours au centre de soins de jour. Le dossier individuel de soins devra comprendre au moins les données suivantes :

1° une description de la contribution des différentes catégories de personnel prévues dans l'intervention, qui est établie par la personne responsable des soins au sein de l'infrastructure de soins ;

2° s'il s'agit de résidents dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour qui sont désorientés dans le temps et dans l'espace : une énumération précise des troubles du comportement, y compris :

a) difficultés d'expression ;

b) comportement verbal dérangeant ;

c) comportement importun ;

d) comportement agité ;

e) comportement destructeur ;

f) comportement nocturne perturbé ;

3° pour les actes techniques qui sont réalisés par le personnel infirmier et paramédical qui est prévu dans l'intervention : les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques et l'identité de celui qui les a administrés ;

4° si le résident ou la personne qui a recours au centre de soins de jour est classé dans la catégorie de dépendance D ou Cd sur la base d'un bilan diagnostic spécialisé de démence, la date du bilan diagnostic spécialisé pour démence qui a été réalisé par un médecin spécialiste en neurologie, psychiatrie ou gériatrie ;

5° si le résident ou la personne qui a recours au centre de soins de jour est classé dans la catégorie de dépendance Fp : une attestation qui montre que cet utilisateur répond aux conditions visées à l'article 427, dont le ministre détermine le modèle ;

6° si le centre de soins résidentiels, le centre de court séjour ou le centre de soins de jour établit une évaluation des besoins pour cause de changement de catégorie de dépendance : un rapport circonstancié signé par :

a) un médecin si la demande de révision a été introduite dans les six mois suivant la décision d'adaptation après contrôle par la Commission des caisses d'assurance soins ;

b) un médecin ou un infirmier qui a eu la possibilité d'observer le résident ou la personne qui a recours au centre de soins de jour dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, si la demande de révision est introduite après une demande précédente ou plus de six mois après la décision visée au point a).

La description visée à l'alinéa premier, 1°, est évaluée de manière structurée et systématique, et adaptée en fonction de l'évolution de la dépendance aux soins. Si une personne qui a recours à un centre de soins de jour est soignée dans le cadre des soins à domicile, cette description doit être établie après consultation de l'infirmier qui soigne cette personne à domicile.

Le ministre détermine le modèle du rapport circonstancié visé à l'alinéa premier, 6°, b).

S'il s'agit, dans le dossier de soins visé à l'alinéa premier, du dossier de soins d'un centre de soins résidentiels, le dossier de soins fait partie du projet de vie en soins résidentiels de ce résident.

Au quatrième alinéa, il faut entendre par projet de vie en soins résidentiels : le plan établi par le centre de soins résidentiels en concertation avec le résident, et qui détermine les besoins, les attentes et les préférences du résident en matière de logement, de soins et de vie dans le centre de soins résidentiels, décrit les interventions s'y rapportant et les évalue de manière régulière.

§ 2. Si un dispositif de mobilité est loué à utilisateur qui séjourne dans un centre de soins résidentiels conformément au livre 2, partie 2, titre 3, chapitre 1er, le dossier individuel de soins de cet utilisateur doit également, outre les données visées au paragraphe 1er, alinéa premier, comporter les données suivantes :

1° le contrat de location ;

2° le numéro de série du dispositif de mobilité livré ;

3° les adaptations prévues sur le dispositif de mobilité livré ;

4° les dates de première mise en service par l'utilisateur, de réception, d'entretien et de réparation du dispositif de mobilité.

Titre 6. — *Obligations administratives*

Chapitre 1er. — *Généralités*

Art. 451. Les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour correspondants, et les centre de soins de jour :

1° fourniront aux caisse d'assurance soins les documents dont elles ont besoin pour rembourser les interventions portées en compte et pour le contrôle des dispositions légales et réglementaires en la matière ;

2° permettront à la Commission des caisses d'assurance soins de procéder aux visites qu'elle juge utiles pour la réalisation de leur mission ;

3° permettront à l'agence de procéder aux visites et lui fourniront les renseignements afin de lui permettre de contrôler les données que l'infrastructure de soins doit transmettre à l'agence en exécution du présent arrêté, ce qui ne peut en aucun cas aller de pair avec le déplacement des pièces nécessaires à l'exécution de cette mission.

Chapitre 2. — *Centre de soins résidentiels et centres de court séjour*

Art. 452. Les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour correspondants, fourniront chaque trimestre à l'agence un question complété électroniquement dont le modèle est déterminé par l'agence. Par ailleurs, ces infrastructures de soins fourniront les documents suivants à l'agence, à sa première demande :

1° une copie de la déclaration ONSS reprenant l'effectif du personnel, et une copie des contrats de travail propres à l'infrastructure de soins ou une copie de la décision de l'instance organisatrice s'il s'agit d'un service public ;

2° une copie des contrats d'entreprise conclus avec le personnel indépendant visé à l'article 475, § 6, une copie des factures avec le nombre d'heures prestées de ce personnel, ainsi que les preuves de paiement ;

3° une déclaration attestant que les avantages visés à l'article 428 sont appliqués ;

4° la répartition des résidents entre les catégories de dépendance à une date donnée ;

5° les données relatives à l'utilisation, conformément aux directives internes de l'infrastructure de soins, des produits et du matériel permettant d'améliorer l'hygiène, afin de prévenir les maladies nosocomiales ;

6° une copie du contrat qui a été conclu avec la personne désignée comme personne de référence démence ;

7° toutes les autres données relatives au financement d'une quelconque donnée de l'intervention.

En ce qui concerne le personnel employé dans la fonction d'infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède ou personnel de réactivation, l'agence vérifie chaque année auprès du service public compétent en matière d'octroi du visa ainsi qu'auprès du service des professions de soins de l'agence si ce personnel a effectivement obtenu le visa ou est agréé dans la profession de soins et si oui, à partir de quelle date. Si elle l'estime nécessaire, l'agence peut demander une copie des diplômes et un description de fonction du personnel à l'infrastructure de soins.

Art. 453. § 1er. Le questionnaire électronique visé à l'article 452 reprend notamment les données suivantes par trimestre :

1° les données suivantes relatives au centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant :

a) le numéro ONSS ;

b) le statut ;

c) la durée de travail hebdomadaire moyenne pour prestations complètes ;

d) le nombre de journées facturées par catégorie de dépendance pour les utilisateurs par caisse d'assurance soins ;

e) le nombre de journées facturées par catégorie de dépendance pour les résidents qui ne sont pas repris au point d) ;

f) le nombre de résidents qui appartiennent à la catégorie de dépendance A, qui sont effectivement présents dans l'infrastructure de soins au 31 mars de la période de référence et qui obtiennent au minimum un score de 2 pour l'orientation temporelle et spatiale telle que visée à l'article 424, § 2, du présent arrêté ;

g) le numéro de compte bancaire de l'infrastructure de soins ;

2° données de tous les infirmiers, du personnel de réactivation et des aides-soignants : par personne :

a) le nom et prénom ;

b) le numéro NISS ;

c) le nombre de journées prestées et/ou de journées assimilées telles que visées à l'article 475, § 2, alinéa premier, 1°, du présent arrêté ;

d) le nombre de journées non assimilées telles que visées à l'article 475, § 2, alinéa premier, 1°, du présent arrêté

e) le nombre d'heures prestées et/ou d'heures assimilées telles que visées à l'article 475, § 2, 1°, du présent arrêté ;

f) le nombre d'heures prestées telles que visées à l'article 475, § 3, § 4 et § 6, du présent arrêté ;

g) la qualification professionnelle ;

h) le statut : salarié ou statutaire ; intérimaire ; indépendant ; directeur, indépendant, statutaire ou salarié ; remplaçant, et les renseignements relatifs à l'article 475, § 3, du présent arrêté ;

i) s'il s'agit d'un nouveau membre du personnel ou s'il est mis fin à l'emploi : la date de début et le cas échéant la date de fin ;

j) l'ancienneté barémique visée à l'article 480 du présent arrêté ;

3° les données relatives au complément de fonction pour les infirmiers-chefs, les paramédicaux-chefs et les coordinateurs infirmiers, visés à l'article 497 du présent arrêté ;

4° les données relatives à la personne de référence démence visée à l'article 498 du présent arrêté ;

5° les données relatives au médecin coordinateur visé à l'article 500 du présent arrêté ;

6° les données relatives à la formation complémentaire du personnel en matière de démence, visées à l'article 502, § 3, du présent arrêté ;

7° la confirmation des certificats suivants :

a) une attestation de fin de carrière si l'infrastructure de soins répond à l'une des conditions suivantes :

1) pour le secteur privé et le secteur non marchand : relever de l'application d'un contrat de travail collectif conclu au sein de la commission paritaire compétente, en exécution de l'accord pour le secteur non marchand du 26 avril 2005, qui a été conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand ;

2) pour le secteur public : relever de l'application d'un protocole d'accord conclu au sein du comité de négociation compétent tel que visé dans la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités, en exécution du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin, 5 juillet et 18 juillet 2005 ;

b) une attestation accord social si l'infrastructure de soins remplit les conditions visées à l'article 428 du présent arrêté ;

c) une attestation nosocomiale si l'infrastructure de soins remplit les conditions visées à l'article 490 du présent arrêté ;

d) une attestation fonction palliative si l'infrastructure de soins remplit les conditions visées aux articles 491 à 494 du présent arrêté ;

e) attestation fonction démence si l'infrastructure de soins remplit les conditions visées à l'article 502 du présent arrêté ;

8° la mention de l'une des conventions suivantes si des résidents qui séjournent dans l'infrastructure de soins relèvent de l'application de l'une des conventions suivantes :

a) soins alternatifs ;

b) Huntington ;

c) MS/ALS ;

9° le nom et le numéro de registre national du directeur ;

10° une ou deux adresses e-mail auxquelles l'agence peut envoyer des informations utiles.

§ 2. Les données visées au paragraphe 1er peuvent être contrôlées par l'agence dans les centres de soins résidentiels, le cas échéant dans les centres de court séjour correspondants, et auprès de la caisse d'assurance soins. Chaque année, l'agence contrôle un échantillon de centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour correspondants.

Une amende de maximum 50.000 euros peut être infligée si l'agence constate qu'un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant, a délibérément complété erronément le questionnaire électronique dans le but d'obtenir une intervention plus élevée que celle à laquelle il a droit sur la base des données réelles. La charge de la preuve en incombe à l'agence.

L'agence transmet un constat motivé au centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant. Le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant, paiera l'amende dans les 3 mois suivant la réception de la constatation motivée.

Le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant, adaptera dans le délai visé au troisième alinéa, le questionnaire électronique sur la base des données réelles pour la période de référence confirmée en dernier lieu. Sur la base des données réelles, l'intervention sera recalculée et le cas échéant le montant payé en trop sera réclamé.

Le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour correspondant, pourra interjeter appel auprès du tribunal du travail dans un délai d'un mois suivant la date de la réception du constat motivé. L'appel auprès du tribunal du travail suspend le délai de 3 mois visé aux troisième et quatrième alinéas.

Art. 454. Le 30 septembre suivant la période de référence, l'agence vérifiera si le questionnaire électronique visé à l'article 453 a été transmis pour tous les trimestres.

Si l'agence n'a pas reçu le questionnaire électronique visé à l'article 453 le 16 octobre suivant la période de référence, le montant de l'intervention totale sera réduit de 25%. Les centre de soins résidentiels et centres de court séjour peuvent obtenir la totalité de l'intervention à partir du premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel ils ont communiqué le questionnaire électronique visé à l'article 453, et ce, au plus tôt à partir du 1er avril de la période de facturation.

Lorsque les centre de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour correspondants, ont communiqué les données, ils peuvent encore les modifier jusqu'à trente jours après le jour où ils ont reçu le calcul de l'agence. L'agence fournit le montant et le calcul de l'intervention pour soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour à l'infrastructure de soins entre le 16 et le 31 octobre.

Art. 455. L'agence communique aux caisses d'assurance soins le montant de l'intervention pour soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour que l'infrastructure de soins peut facturer conformément à la partie 6, et ce, au même moment où l'agence communique cette intervention à l'infrastructure de soins.

Chapitre 3. — *Centres de soins de jour*

Art. 456. § 1. Tous les trimestres, les centres de soins de jour transmettent à l'agence un questionnaire complété électroniquement dont le modèle est déterminé par l'agence. De plus, les centres de soins de jour sont tenus de remettre à l'agence les documents suivants et ce, dès la première demande :

1° une copie de la déclaration ONSS dans laquelle le personnel apparaît, et une copie des contrats de travail propres au centre de soins de jour ou une copie de la décision de l'instance organisatrice s'il s'agit d'un service public ;

2° une déclaration attestant de l'application effective des avantages visés à l'article 428.

En ce qui concerne le personnel employé au poste d'infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède ou membre du personnel de réactivation , l'agence contrôle chaque année auprès du service public compétent en matière de délivrance du visa et du service des professions des soins de santé de l'agence si ce personnel a effectivement reçu le visa ou s'il est reconnu dans la profession des soins de santé en question et, si tel est le cas, la date d'agrément. Si elle l'estime nécessaire, l'agence peut réclamer aux centres de soins de jour une copie des diplômes et la description de fonction du personnel.

Sur la base des informations mentionnées aux alinéas un et deux, l'agence vérifie si au cours de la période de référence le centre de soins de jour a respecté les normes, visées à l'article 433, §1 ou §2, et fixe l'allocation que le centre de soins de jour peut facturer au cours de la période de facturation. L'agence en informe en temps opportun les centres de soins de jour et les caisses d'assurance soins.

§2. Le 30 septembre suivant la période de référence, l'agence vérifie si le questionnaire électronique, visé au paragraphe premier, a été transmis pour l'ensemble des trimestres.

Si l'agence n'a pas reçu l'information, visée au paragraphe premier, au 16 octobre suivant la période de référence, le montant de l'allocation est diminué de 25%. Le centre de soins de jour peut recevoir l'allocation complète à partir du premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel il a transmis l'information, visée paragraphe premier, et ce, au plus tôt à partir du 1er avril de la période de facturation.

Après avoir transmis les données, le centre de soins de jour dispose encore de trente jours suivant la date à laquelle l'agence a reçu le calcul pour les modifier. L'agence transmet au centre de soins de jour l'allocation et le calcul de l'allocation entre le 16 octobre et le 31 octobre.

§3. L'information, mentionnée paragraphe premier, peut être contrôlée par l'agence dans les centres de soins de jour et à la caisse d'assurance soins. L'agence contrôle un échantillon de centres de soins de jour.

Une amende pécuniaire de maximum 50 000 euros peut être infligée si l'agence constate qu'un centre de soins de jour a volontairement complété le questionnaire électronique de manière erronée dans le but d'obtenir une allocation plus élevée que celle à laquelle il a droit sur la base des données réelles. La charge de la preuve incombe à l'agence.

L'agence transmet un constat motivé au centre de soins de jour. Le centre de soins de jour paie l'amende dans les 3 mois suivant la réception du constat motivé.

Dans ce délai, visé à l'alinéa 3, le centre de soins de jour adapte le questionnaire électronique sur la base des données réelles pour la dernière période de référence confirmée. L'allocation sera à nouveau calculée sur la base des données réelles et, le cas échéant, le montant trop perçu sera recouvré.

Le centre de soins de jour peut introduire un appel auprès du tribunal du travail dans un délai d'un mois suivant la date de réception du constat motivé. Cet appel suspend le délai de 3 mois, visé aux alinéas trois et quatre.

Art. 457. Au moment où elle communique l'allocation à la structure de soins, l'agence communique aux caisses d'assurance soins le montant de l'allocation de soin dans un centre de soins de jour que la structure de soins peut facturer conformément à la partie 6.

Partie 2. — Octroi des allocations

Titre 1. — *Allocations*

Chapitre 1er. — *Général*

Art. 458. L'allocation de soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour se compose de :

1° l'allocation de soins de base pour des soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour, visée au titre 3, chapitre premier, section 1 ;

2° l'allocation de frais consolidés pour le matériel d'incontinence dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour, visée à l'article 505.

Art. 459. L'allocation de soins dans un centre de soins de jour se compose de :

1° l'allocation de base pour soins dans un centre de soins de jour, visée à l'article 506 :

2° l'intervention dans les frais de déplacement vers le centre de soins de jour, visée à l'article 507.

Art. 460. Un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour et un centre de soins de jour n'ont pas droit à une allocation visée à l'article 520 pour un nombre supérieur d'entités pour lesquelles ils sont agréés.

Par dérogation à l'alinéa premier, les exceptions suivantes s'appliquent à l'intervention dans les frais de déplacement vers le centre de soins de jour, visée à l'article 459, 2° :

1° conformément à l'article 520, les centres de soins de jour pour personnes nécessitant des soins ont droit à une intervention dans les frais de déplacement pour soins de jour pour chaque journée de séjour d'un patient répondant aux conditions visées à l'article 422 ;

2° conformément à l'article 520, les centres de soins de jour pour personnes gravement malades ont droit à une intervention dans les frais de déplacement pour soins de jour pour chaque journée de séjour d'un patient répondant aux conditions visées à l'article 423 ;

Art. 461. Il n'est pas permis de cumuler l'allocation de soins dans un centre de soins résidentiels, l'allocation de soins dans un centre de court séjour et l'allocation de soins dans un centre de soins de jour.

Chapitre 2. — *Centres de soins résidentiels et centres de court séjour*

Art. 462. L'allocation pour soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour est accordée à compter de la date de transmission au centre de soins résidentiels ou au centre de court séjour de la décision d'octroi de l'agrément, conformément aux articles 7 et 12 relatif aux procédures pour les structures de services de soins et de logement et les associations d'usagers et intervenants de proximité et aux articles 33 et 37 de l'Arrêté du Gouvernement flamand du 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé.

Dans des cas exceptionnels, le ministre peut décider d'octroyer l'allocation à partir de la date d'entrée en vigueur de l'agrément.

Si la date d'entrée en vigueur de l'agrément suit la date à laquelle la décision d'octroi de l'agrément est transmise au centre de soins résidentiels ou au centre de court séjour, l'allocation est octroyée à partir de la date d'entrée en vigueur de l'agrément comme mentionné dans la décision.

Art. 463. L'utilisateur satisfaisant aux conditions, visées à la partie 1, et résidant dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour a droit à une allocation pour soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour pour tout séjour comprenant au moins une nuit. Cela implique que l'admission débute avant minuit et se termine après 8 heures le lendemain.

Le jour d'admission et le jour de sortie sont comptabilisés pour une seule journée de séjour, hormis dans les cas où toutes les conditions suivantes sont réunies :

1° admission du patient avant 12 heures le jour de son admission ;

2° départ du patient après 14 heures le jour de sa sortie.

À l'exception des cas visés à l'alinéa deux, les journées de séjour du patient sont comptabilisées comme suit :

1° en cas d'admission avant 12 heures le jour de l'admission et de départ avant 14 heures le jour de sortie : comptabilisation du jour d'admission ;

2° en cas d'admission après 12 heures le jour de l'admission, quelle que soit l'heure de départ le jour de sortie : comptabilisation de la journée de sortie.

Si le patient décède le jour de son admission, l'allocation visée à l'alinéa premier sera due.

Le transfert dans un même centre de soins résidentiels du résident d'une entité centre de soins résidentiels sans agrément supplémentaire dans une entité centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ou inversement, n'est pas considéré comme une interruption du séjour, mais, le cas échéant, comme une modification de la catégorie de dépendance, visée à l'article 440.

Le transfert d'un patient d'un centre de court séjour vers un centre de soins résidentiels et inversement est considéré comme une interruption du séjour et une modification d'établissement de soins.

Art. 464. §1. L'absence temporaire du patient d'un centre de soins résidentiels ou d'un centre de court séjour ne donne pas droit à une allocation de soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour.

À l'alinéa premier, il convient de comprendre par absence temporaire : l'absence d'un patient durant au moins une nuit comprise avant minuit jusque 8 heures le lendemain. L'article 463, alinéa deux à quatre inclus, est applicable en cas d'absence temporaire.

L'admission d'un patient dans un hôpital ou un hôpital de revalidation pendant au moins une nuit n'est pas considérée comme absence temporaire mais comme un départ de l'établissement de soins, visé à l'article 443. Toute absence du patient supérieure à 72 heures est considérée comme un départ de l'établissement de soins, visé à l'article 443.

§2. Les centres de soins résidentiels et les centres de court séjour sont tenus de signaler à la caisse d'assurance soins toute absence temporaire d'un patient, visé au paragraphe 1.

Art. 465. Des séjours de vacances collectifs organisés et dirigés par l'établissement de soins, et placés sous sa responsabilité, peuvent être accordés aux patients admis dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour. Un séjour de vacances collectif n'est pas considéré comme absence temporaire, visée à l'article 464, §1.

Au cours de la période de séjour de vacances collectif, l'allocation de soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour peut être facturée pour le patient à sa caisse d'assurance soins. Le nombre maximum de jours d'un séjour de vacances collectif est fixé à quatorze jours par année civile.

Si le patient d'un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour participe à un séjour de vacances collectif, les dates, la durée et le lieu du séjour devront alors être mentionnés dans le dossier de soins du patient.

Chapitre 3. — *Centres de soins de jour*

Art. 466. L'allocation de soins dans un centre de soins de jour est octroyée à partir de la date de réception par le centre de soins de jour de la décision d'octroi de l'agrément de la façon visée à l'article 6 de l'Arrêté du Gouvernement flamand du 23 juin 2000 fixant la procédure d'agrément spécial d'un centre de soins de jour.

Dans certains cas exceptionnels, le ministre peut décider d'octroyer l'allocation à compter de la date d'entrée en vigueur de l'agrément.

Si la date d'entrée en vigueur de l'agrément suit celle de la date de réception par le centre de soins de jour de la décision d'octroi de l'agrément, l'allocation sera accordée à partir de la date d'entrée en vigueur de l'agrément telle que mentionnée dans la décision.

Art. 467. Un patient qui fait appel à un centre de soins de jour a droit à une allocation de soins dans un centre de soins de jour pour chaque séjour d'au moins six heures. L'admission doit avoir lieu au plus tard à 12 heures.

En cas de décès du patient durant la journée de séjour ou s'il doit être admis à l'hôpital ou dans un hôpital de revalidation, le paiement de l'allocation, visée à l'alinéa premier, sera également dû.

Titre 2. — *Soins couverts*

Chapitre 1er. — *Centres de soins résidentiels et centres de court séjour*

Art. 468. L'allocation de base pour soins dans des centres de soins résidentiels sans agrément supplémentaire est uniquement destinée au financement des services, produits et primes suivants :

1° les soins et l'assistance dans les actes de la vie journalière ;

2° les soins donnés par du personnel infirmier ;

3° les prestations de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;

4° tout acte de réactivation et de réintégration sociale, y compris l'ergothérapie ;

5° une intervention destinée à stimuler l'implication d'efforts de soins supplémentaires ;

6° les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants :

a) les désinfectants, à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique, qui ne sont pas remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé

b) les pansements non imprégnés ;

c) les compresses stériles qui ne sont pas remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ;

d) le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire à l'exception des seringues à insuline ;

7° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans :

a) les centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ;

b) les centres de soins résidentiels sans agrément supplémentaire, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, abritant au cours de la période de référence au moins 25 résidents dans les catégories de dépendance B, C ou Cd, visées à l'article 425 du présent arrêté, et, par rapport au nombre total d'entités agréées, comptant au moins 40% de résidants dans les catégories de dépendance B, C ou Cd, visées à l'article 425 du présent arrêté ;

8° une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données ;

9° le complément de fonction pour l'infirmier en chef, le paramédical en chef et l'infirmier coordinateur ayant au moins 18 ans d'ancienneté ;

10° le financement d'une personne de référence pour la démence dans les établissements de soins concernés dans lesquels résident en moyenne 25 résidents classés dans la catégorie de dépendance Cd, visée à l'article 425 du présent arrêté, en raison de leur dépendance psychique ;

11° les titres et qualifications professionnelles, visés à l'article 1 à 3 inclus de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 ;

12° la formation complémentaire du personnel en matière de démence dans les établissements de soins concernés avec agrément supplémentaire et dans les établissements de soins dans lesquels résident en moyenne 15 résidents classés dans la catégorie de dépendance Cd, visée à l'article 425 du présent arrêté, en raison de leur dépendance psychique.

Le ministre établit une liste de produits considérés comme produits ou matériaux visés à l'alinéa premier, 6°.

Art. 469. L'allocation de base pour les soins prodigués dans les centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire est uniquement destinée au financement des produits, services et primes, visés à l'article 468, alinéa premier, 1° à 12° inclus du présent arrêté, et au financement des produits et services suivants :

1° les prestations de kinésithérapie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;

2° les tâches du médecin coordinateur et conseiller, définies à l'article 48/10 de l'annexe XII de l'arrêté du 24 juillet 2009 ;

les tâches d'un(e) infirmier/ère en chef.

Art. 470. L'allocation de base pour des soins prodigués dans des centres de court séjour est uniquement destinée au financement des produits, services et primes, visés à l'article 468, alinéa premier, 1° à 12° inclus, pour un financement supplémentaire du court séjour, pour les moyens de fonctionnement du centre de court séjour et pour, le cas échéant, le financement du personnel dans un centre de court séjour avec agrément supplémentaire.

Chapitre 2. — *Centres de soins de jour*

Art. 471. L'allocation de base pour soins prodigués dans des centres de soins de jour est uniquement destinée au financement des services et produits suivants :

1° les soins et l'assistance dans les actes de la vie journalière ;

2° les soins donnés par du personnel infirmier ;

3° les prestations de kinésithérapie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;

4° les prestations de logopédie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;

5° tout acte de réactivation et de réintégration sociale, y compris l'ergothérapie ;

6° les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants :

a) les désinfectants, à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique, qui ne sont pas remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé

b) les pansements non imprégnés ;

c) les compresses stériles qui ne sont pas remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ;

d) le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire à l'exception des seringues à insuline.

Le ministre établit une liste de produits considérés comme produits ou matériaux visés à l'alinéa premier, 6°.

Titre 3. — *Calcul de l'allocation*

Chapitre 1er. — *Allocation de soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour*

Section 1ère. — Allocation de base pour soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour

Sous-section 1ère. — Généralités

Art. 472. Pour l'application du présent titre, on entend par :

1° résident O : un résident classé dans la catégorie de dépendance O, visée à l'article 425 ;

2° résident A : un résident classé dans la catégorie de dépendance A, visée à l'article 425 ;

3° résident B : un résident classé dans la catégorie de dépendance B, visée à l'article 425 ;

4° résident C : un résident classé dans la catégorie de dépendance C, visée à l'article 425 ;

5° résident Cd : un résident classé dans la catégorie de dépendance Cd, visée à l'article 425 ;

6° résident D : un résident classé dans la catégorie de dépendance D, visée à l'article 425.

Art. 473. §1. L'allocation de base pour soins prodigués dans des centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, est composée des parties suivantes :

1° Partie A1 : le financement du personnel normé visé à l'article 429 à 432 inclus ;

2° Partie A2 : une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires ;

3° Partie A3 : intervention destinée à couvrir l'harmonisation des barèmes de tous les membres du personnel soignant disposant de la qualification d'aide-soignant ;

4° Partie B1: le financement du matériel de soins visé à l'article 468 ;

5° Partie B2 : le financement de produits et de matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales ;

6° Partie C : le financement de la fonction palliative ;

7° Partie D: une intervention partielle dans le coût de gestion et de transmission des données ;

8° Partie E1: le complément de fonction pour l'infirmier(ère) en chef dans les centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ;

9° Partie E2 : le complément de fonction pour les infirmiers(ères) en chef, les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers ;

10° Partie E3 : le financement d'une personne de référence pour la démence ;

11° Partie E4 : le financement des titres et qualifications professionnelles, visés à l'article 468 ;

12° Partie F: le financement du médecin coordinateur et du médecin conseil dans les centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ;

13° Partie G : le financement supplémentaire du court séjour ;

14° Partie H : le financement de la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence ;

15° Partie I : le subside de fonctionnement du centre de court séjour ;

16° Partie J : le financement du personnel dans un centre de court séjour avec agrément supplémentaire.

§2. Pour le calcul des parties, conformément au paragraphe 1, les règles suivantes sont appliquées pour les arrondis, en négligeant le chiffre suivant la décimale à arrondir s'il est inférieur à cinq et en portant la décimale à arrondir à l'unité supérieure si ce chiffre est égal ou supérieur à cinq :

1° pour le calcul du nombre d'équivalents temps plein (ETP) : tous les calculs par qualification, y compris les calculs intermédiaires, sont arrondis à trois décimales, tant pour le nombre d'ETP par trimestre que pour le nombre d'ETP pendant la période de référence ou le nombre total d'ETP ;

2° pour le calcul des montants exprimés en euros : tous les calculs sont arrondis à deux décimales ;

3° pour le calcul de l'ancienneté, mentionné à l'article 480 : tous les calculs sont arrondis à trois décimales ;

4° pour le calcul du nombre moyen de résidents : tous les calculs sont arrondis à trois décimales.

§3. L'allocation de base pour soins prodigués dans un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, est calculée sur la base de la formule suivante par journée de séjour et par patient :

((A1+A2+A3+B1+B2+C+D+E1+E2+E3+F+G+H) * 0,998527 * 1,022318) + E4 + I + J, où :

1° 1,022318 comprend l'augmentation des parties de l'opération, conformément au point 2° à 14° inclus, avec 2,2318% pour le subventionnement des activités d'animation ;

2° A1 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 2 ;

3° A2 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 3 ;

4° A3 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 4 ;

5° B1 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 5 ;

6° B2 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 6 ;

7° C = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 7 ;

8° D = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 8 ;

9° E1 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 9 ;

10° E2 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 10 ;

11° E3 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 11 ;

12° F = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 13 ;

13° G = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 14 ;

14° H = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 15 ;

15° E4 = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 12 ;

16° I = l'allocation par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 16 ;

17° J = le financement par journée de séjour et par patient conformément aux dispositions de la sous-section 17.

Le résultat de l'opération, visé à l'alinéa premier, est arrondi jusqu'au deuxième chiffre après la virgule.

Les éléments de l'opération, visés à l'alinéa premier, 2°

à 17° inclus, sont uniquement pris en compte dans l'opération s'ils sont d'application conformément aux dispositions de la sous-section concernée, visée à l'alinéa premier.

§4. Pour un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, qui a employé moins de personnel d'animation qu'exigé au cours de la période de référence par la condition d'agrément, visée à l'article 38, alinéa premier, 4°, de l'annexe XII de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009,le coefficient d'animation, visé au paragraphe 3, alinéa premier, 1°, est adapté comme suit : 1 + (0,022318 * ETP personnel d'animation employé au cours de la période de référence / ETP norme personnel d'animation).

Sous-section 2. — Partie A1: financement du personnel normé

Art. 474. Le financement du personnel normé, visé aux articles 430 et 432, couvre le salaire qui, quelle que soit la qualification de ce personnel, est composé des éléments suivants

1° le salaire mensuel brut ;

2° les prestations irrégulières et les prestations inconfortables des praticiens de l'art infirmier et des membres du personnel soignant (13,74 % du salaire mensuel brut) et les prestations irrégulières et les prestations inconfortables des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et des membres du personnel de réactivation (0,79 % du salaire mensuel brut) ;

3° le double pécule de vacances (92 % du salaire mensuel brut, y compris les prestations irrégulières et l'allocation de foyer et de résidence) ;

4° la prime de fin d'année (montant fixe + 2,5 % du salaire mensuel brut, augmenté de l'allocation de foyer et de résidence) ;

5° les charges patronales suivant les montants qui sont d'application dans le secteur privé (forfaitairement 34,67 %) ;

6° les primes annuelles de 184,92 et 15,75 euros ;

7° la prime annuelle d'attractivité de 619,19 euros ;

8° deux jours de congé supplémentaires ;

9° une intervention dans l'assurance contre les accidents du travail (0,91 % du salaire annuel brut) ;

10° une intervention dans le coût du secrétariat social (241,59 euros par an par équivalent temps plein) ;

11° une intervention dans le coût de la médecine du travail (120,60 euros par an par équivalent temps plein) ;

12° une intervention dans les frais de déplacement vers et à partir du lieu de travail (341,30 euros par an par équivalent temps plein) ;

13° une intervention dans le coût des vêtements de travail (310,81 euros par an par équivalent temps plein) ;

l'allocation de foyer et de résidence.

Art. 475. §1. L'agence calcule le nombre d'équivalents temps plein par qualification présents dans le centre de soins résiduels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, au cours de la période de référence. Pour ce faire, les règles suivantes sont appliquées :

1° une personne physique occupée à temps plein chez le même initiateur est prise en considération pour une durée de travail moyenne de 38 heures par semaine au maximum, y compris ses prestations comme praticien de l'art infirmier en tant qu'intérimaire ;

2° le nombre maximum d'heures prestées par jour est limité à 11 ;

3° le nombre maximum d'heures par trimestre tx est calculé sur la base de la formule suivante : nombre de jours du lundi au vendredi pendant le trimestre tx * 7,6 heures par jour ;

4° pour un équivalent temps plein, le nombre minimum de jours à prester par trimestre, y compris les jours assimilés, est déterminé au moyen de la règle suivante :

[(P * 11) + (NP * 7,6)] >= H * (d1/d2)

où :

a) P = nombre de journées prestées et nombre de journées assimilées dans le trimestre tx ;

b) NP = nombre de jours non assimilés dans le trimestre tx ;

c) H = nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour ;

d) d1 = nombre de jours d'occupation à temps plein ;

e) d2 = nombre de jours au cours du trimestre ;

5° les journées pendant lesquelles le travailleur est mis en disponibilité ne sont pas prises en considération ;

6° en cas de licenciement, l'indemnité compensatoire de préavis n'est pas prise en considération ;

7° si les prestations d'un membre du personnel sont réparties entre plusieurs activités, ces heures/jours prestés sont attribués dans l'ordre suivant pour :

a) les prestations des membres du personnel visées au paragraphe 2, 2°, f), g), l) et o) ;

b) les prestations des membres du personnel visées au paragraphe 2, 2°, b) ;

c) les prestations des membres du personnel visées au paragraphe 2, 2°, j) et k) ;

d) les prestations faisant l'objet de l'allocation forfaitaire, conformément à l'article 484.

Pour le calcul, visé à l'alinéa premier, 3° et 4°, il est tenu compte de l'ensemble des jours ou heures prestés et/ou assimilés au cours du trimestre, même si ces jours ou heures ont été prestés dans plusieurs centres de soins résidentiels, centres de court séjour ou centres de soins de jour du même initiateur.

Si l'agence constate que les maxima visés à l'alinéa premier, 2° ou 3° sont dépassés, elle limitera ces jours ou ces heures au maximum autorisé. Le maximum de prestations admis est alors réparti proportionnellement entre les différents établissements, en fonction du nombre d'heures du contrat de la personne dans chaque établissement.

§2. Lors du calcul, visé au paragraphe 1, les règles suivantes s'appliquent :

1° l'équivalent temps plein du personnel salarié ou statutaire est déterminé comme suit :

a) Pour la période d'occupation à temps plein :

l'équivalent temps plein par trimestre tx = ((P/(P+NP)) x (d1/d2))

où :

1) P = nombre de journées prestées et nombre de journées assimilées dans le trimestre tx ;

2) NP = nombre de jours non assimilés dans le trimestre tx ;

3) d1 = nombre de jours d'occupation à temps plein ;

4) d2 = nombre de jours au cours du trimestre ;

b) l'équivalent temps plein pour les membres du personnel occupés à temps partiel :

l'équivalent temps plein par trimestre tx = (P/H)

où :

1) P = le nombre d'heures prestées et/ou assimilées au cours du trimestre, à l'exception du nombre d'heures d'occupation à temps plein comme visé au point a);

2) H = nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour ;

c) L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé à l'aide des résultats du calcul, visé aux points a) et b), et est égal à la somme des équivalents temps plein par trimestre tx pendant la période de référence/nombre de trimestres pendant la période de référence ;

2° les ETP des membres du personnel suivants ne sont pas pris en considération pour le calcul de l'allocation visée à l'article 484 du présent arrêté :

a) les membres du personnel qui tombent sous l'application de l'arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand ;

b) les membres du personnel qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 4, § 1er, 3° de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant exécution de l'article 59 de la loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, en ce qui concerne les mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière ;

c) les remplaçants des travailleurs d'au moins 50 ans, qui ne bénéficient pas des mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière, mais qui bénéficient d'un congé supplémentaire dans le cadre de l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations représentatives concernées des employeurs et des travailleurs ;

d) les membres du personnel qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 15 février 2012 rendant obligatoire la convention collective de travail du 11 avril 2011, conclue au sein de la Commission paritaire des établissements et des services de santé, relative au projet de formation en art infirmier ;

e) les membres du personnel qui tombent sous l'application de l'article 17 du protocole d'accord cadre du 26 juillet 2000 relatif au projet de formation en vue de l'obtention du titre d'infirmier dans les secteurs fédéraux de la Santé ;

f) les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles ;

g) les membres du personnel qui sont financés dans le cadre des conventions conclues en application de l'article 22 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

h) les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant les dispositions générales d'exécution des mesures en faveur de l'emploi des jeunes dans le secteur non marchand résultant de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations ;

i) les membres du personnel afin de satisfaire à la condition d'agrément, visée à l'article 38, alinéa premier, 4°, de l'annexe XII de l'arrêté du 24 juillet 2009 dans le cadre de l'annexe XIV du même arrêté ;

j) la personne de référence pour la démence financée dans la partie E3, visée à la sous-section 11 ;

k) les membres du personnel financés dans le cadre des mesures visées à l'article 4*bis* de l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins ;

l) les membres du personnel financés en application de l'article 506 ;

m) les membres du personnel financés dans le cadre de l'article 60, § 7, de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'aide sociale ;

n) les membres du personnel qui bénéficient d'un contrat d'apprentissage ou d'une convention d'insertion socio-professionnelle visée dans l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 28 juillet 1998 relatif à la convention d'insertion socioprofessionnelle des centres d'éducation et de formation en alternance ;

o) les parties d'ETP pendant lesquelles les prestations du kinésithérapeute salarié sont facturées via la nomenclature ;

p) les membres du personnel financés dans le cadre d'une convention de subventionnement.

Par dérogation à l'alinéa premier, 2°, le nombre d'heures de dispense de prestations de travail, accordé en exécution de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant exécution de l'article 59 de la loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, en ce qui concerne les mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière, doit être compris dans l'équivalent temps plein visé à l'alinéa premier, 1°.

§3. Les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférent, qui sont confrontés à un manque de personnel infirmier et qui sont dans l'impossibilité d'engager immédiatement du personnel salarié ou statutaire, peuvent faire appel aux services d'une société de travail intérimaire agréée par l'autorité compétente. Dans ce cas, elles doivent motiver ce recours auprès de l'agence au moyen de demandes d'embauche de personnel à la société de travail intérimaire concernée. Elles doivent également envoyer à l'agence une copie des factures sur lesquelles figurent le nombre d'heures prestées par ce membre du personnel dans l'établissement. L'agence peut aussi demander les documents nécessaires d'où il ressort qu'il s'agit d'un praticien de l'art infirmier qualifié. Un praticien de l'art infirmier peut être pris en considération pour une moyenne de 38 heures par semaine au maximum.

L'équivalent temps plein par trimestre tx est dans ce cas-ci, visé à l'alinéa premier, égal à U/D, où :

1° U = le nombre d'heures prestées au cours du trimestre ;

2° D = le nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour.

L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule, visée à l'alinéa deux, et est égal à la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence.

§4. Afin d'éviter partiellement ou totalement la réduction prévue à l'article 479 ou les réductions prévues à l'article 483, §2 et §3, les heures effectivement prestées dans sa qualification par le directeur indépendant d'un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, peuvent compenser un manque dans cette qualification, pour un maximum de 19 heures par semaine en ce qui concerne l'application de l'article 479, et pour un maximum de 38 heures par semaine en ce qui concerne l'application de l'article 483, § 2 ou §3. La fixation du nombre d'heures prestées par trimestre et dans la qualification de ce directeur est effectuée par le directeur indépendant lui-même dans une déclaration sur l'honneur.

Un directeur indépendant ne peut faire valoir ces heures, visées à l'alinéa premier, que dans un seul centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, au maximum. Si l'agence constate qu'un directeur indépendant communique ces heures dans plusieurs centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, et que le total de 19 heures ou de 38 heures est ainsi dépassé, il ne sera en aucun cas tenu compte de ces heures.

Dans un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, une seule personne physique au maximum peut exercer au même moment la fonction de directeur indépendant. L'équivalent temps plein par trimestre tx est dans ce cas-ci égal à U/D, où :

1° U = le nombre d'heures prestées au cours du trimestre ;

2° D = le nombre de jours du lundi au vendredi au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour.

L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule, visée à l'alinéa trois, et est égal à la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence.

§5. Pour le directeur qualifié salarié ou statutaire d'un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, l'équivalent temps plein est déterminé selon les règles visées au paragraphe 2, alinéa premier, 1°. Les heures effectivement prestées dans sa qualification par ce directeur salarié ou statutaire sont prises en considération pour un maximum de 50 % de son ETP total en ce qui concerne le respect des normes, visées à l'article 430 ou 432, et pour un maximum de 38 heures par semaine en moyenne, afin d'éviter les réductions visées à l'article 483, §§2 ou 3. Dans un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, une seule personne physique au maximum peut exercer au même moment la fonction de directeur.

Le nombre d'heures, visé à l'alinéa premier, est déterminé conformément aux règles visées au paragraphe 2, alinéa premier, 1° et 2°. Un travailleur salarié ou un directeur statutaire d'un centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, ne peut être pris en considération pour cette fonction qu'une seule fois. Si l'agence constate qu'une personne est communiquée comme directeur dans plusieurs centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, il ne sera en aucun cas tenu compte de ces jours ou heures.

§6. L'équivalent temps plein par trimestre tx d'un membre du personnel de réactivation indépendant lié au centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, par un contrat d'entreprise est égal à P/D, où :

1° P = nombre d'heures prestées au cours du trimestre ;

2° D = nombre de jours du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés légaux, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour.

L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule, conformément à l'alinéa premier, et est égal à la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence.

Art. 476. §1. L'agence calcule le niveau d'encadrement, en équivalents temps plein et par qualification, dont devait disposer le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, pendant la période de référence (norme théorique), et cela suivant les normes visées à l'article 430.

§2. Lors du calcul, visé au paragraphe 1, les règles suivantes s'appliquent :

1° le nombre moyen de résidents par catégorie de dépendance est égal au nombre de journées d'hébergement des résidents par catégorie de dépendance au cours de la période de référence/le nombre de jours calendrier au cours de la période de référence ;

la norme théorique est obtenue en multipliant le nombre de résidents par catégorie de dépendance par les normes de financement du personnel exprimé dans l'article 430 par trente résidents.

Art. 477. Si le personnel présent par qualification, déterminé selon les dispositions de l'article 475, est supérieur ou égal à la norme théorique par qualification comme prévu dans l'article 476, le financement par équivalent temps plein dans une certaine qualification est égal au coût salarial visé à l'article 480.

Art. 478. §1. Si le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, au cours de la période de référence, ne satisfait pas à la norme théorique pour une ou plusieurs qualifications de personnel visées à l'article 476, ce déficit par qualification peut dans certains cas être compensé par un excédent de personnel salarié dans une autre qualification. Toutefois, cette compensation n'est pas possible lorsqu'il s'agit d'un déficit relatif à la norme d'un kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède par 30 résidents dans des entités centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire.

§2. La hiérarchie suivante est alors d'application pour la compensation, visée au paragraphe premier :

1° s'il y a un excédent de praticiens de l'art infirmier bacheliers ou gradués, il faut d'abord affecter l'excédent de praticiens de l'art infirmier bacheliers, puis l'excédent de praticiens de l'art infirmier gradués au déficit de personnel de réactivation ;

2° s'il y a encore un excédent de praticiens de l'art infirmier, y compris le nombre restant de praticiens de l'art infirmier bacheliers ou gradués, il faut l'affecter au déficit de personnel soignant ;

3° s'il y a encore un déficit de personnel de réactivation, un certain nombre de praticiens de l'art infirmier bacheliers ou gradués peuvent d'abord combler, sous conditions, ce déficit de personnel de réactivation, avant d'être affectés à la norme pour le personnel infirmier ;

4° s'il y a un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter au déficit de praticiens de l'art infirmier ;

5° s'il y a encore un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter au déficit restant de personnel soignant ;

6° s'il y a un excédent de personnel soignant, il faut l'affecter au déficit restant de praticiens de l'art infirmier.

En vue de l'application de l'alinéa premier, 3°, le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, doit disposer de membres du personnel suffisant afin de répondre à la norme globale. Seuls les praticiens de l'art infirmier bacheliers présents au-delà de 80% de la norme de l'art infirmier peuvent entrer en considération pour cette norme. Le déficit créé de cette manière au sein des praticiens de l'art infirmier peut alors être compensé conformément à l'alinéa premier, 6°.

§3. La compensation, visée au paragraphe premier, est appliquée selon les règles suivantes :

1° le déficit de membres du personnel de réactivation ne peut être compensé que par un excédent de membres du personnel infirmier bacheliers ou gradués, avec priorité pour les bacheliers.

2° le déficit de praticiens de l'art infirmier peut être compensé pour 20 % au maximum par un excédent de membres du personnel de réactivation et/ou du personnel soignant ;

3° le déficit de membres du personnel soignant peut être compensé de manière illimitée par un excédent de praticiens de l'art infirmier et/ou de membres du personnel de réactivation.

Le pourcentage de 20 %, visé à l'alinéa premier, 2°, peut être augmenté jusqu'à 30 % pour les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, qui occupent au moins 7 ETP praticiens de l'art infirmier

§4. Dans la situation visée au paragraphe premier le montant à financer est déterminé comme suit :

1° pour le personnel qui remplit la norme théorique, visée à l'article 476, dans sa propre qualification, le financement par équivalent temps plein pour une certaine qualification est égal au coût salarial visé à l'article 480 ;

2° les règles suivantes sont d'application pour le personnel qui, en application du présent article, est pris en considération pour la compensation d'un déficit de personnel dans une autre qualification :

a) le praticien de l'art infirmier bachelier ou gradué qui compense un déficit de personnel de réactivation, est indemnisé selon le coût salarial d'un praticien de l'art infirmier bachelier ou gradué ;

b) le personnel de réactivation qui compense un déficit de praticiens de l'art infirmier est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel de réactivation ;

c) le personnel soignant qui compense un déficit de praticiens de l'art infirmier ou de personnel de réactivation est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel soignant ;

d) le membre du personnel qui compense un déficit de membres du personnel soignant est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel soignant.

§5. Le financement par équivalent temps plein est égal au coût salarial visé à l'article 480.

Art. 479. Si après l'application de l'article 475, §4 et §5, et de l'article 478, il subsiste encore un déficit dans une certaine qualification, la réduction suivante est déterminée comme suit : le déficit en pourcentage restant dans cette qualification x le coût salarial par ETP, visé à l'article 478, x le déficit d'ETP.

Cette réduction, visée à l'alinéa premier, est appliquée au montant calculé conformément à l'article 484.

Art. 480. §1. Le coût salarial dépend de l'ancienneté moyenne par qualification du personnel de soins dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, à l'exclusion des membres du personnel visés à l'article 475, §2, 2°, à l'exception de la personne de référence pour la démence visée à l'article 475, §2, 2°, j), qui est également prise en considération. Cette ancienneté moyenne est déterminée par qualification comme suit : l'ancienneté du membre du personnel x ETP de ce membre du personnel/nombre total ETP dans cette qualification.

Dans l'alinéa premier, on entend par ancienneté l'ancienneté barémique le dernier jour de la période de référence ou, pour les membres du personnel qui ont quitté le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, ou qui ont changé de qualification, l'ancienneté barémique telle qu'elle est d'application à la date de la fin du contrat. L'ancienneté barémique d'un membre du personnel est au maximum égale à son âge - 18 ans.

L'ancienneté est calculée par individu et par qualification. Si une personne est liée par plusieurs contrats pendant la période de référence, son ancienneté est prise en considération le dernier jour de la période de référence ou à la fin de son contrat.

Pour ce calcul, il n'est pas tenu compte des membres du personnel qui travaillent dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, avec un contrat d'intérimaire ou comme directeur avec un statut de travailleur indépendant. Les personnes qui y travaillent en qualité de travailleur indépendant sont comptées avec une ancienneté de zéro année.

Pour un calcul correct de l'ancienneté moyenne par qualification, les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, communiquent à l'agence l'ancienneté barémique, le nombre de journées et/ou d'heures prestées pour toutes les personnes (salariées, statutaires, travailleurs indépendants, intérimaires) qui travaillaient dans les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, en tant que praticiens de l'art infirmier, membres du personnel de réactivation ou membres du personnel soignant au cours de la période de référence.

§2. Le coût salarial pour un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier bachelier s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, pour tous les praticiens de l'art infirmier :

1° est inférieure à 4 ans : 55.055,28 euros ;

2° à partir de 4 ans et moins de 6 ans : 59.387,85 euros ;

3° à partir de 6 ans et moins de 8 ans : 63.787,32 euros ;

4° à partir de 8 ans et moins de 12 ans : 65.539,70 euros ;

5° à partir de 12 ans et moins de 14 ans : 67.814,90 euros ;

6° à partir de 14 ans et moins de 16 ans : 69.330,24 euros ;

7° à partir de 16 ans : 75.364,55 euros.

§3. Le coût salarial pour un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier gradué ou assistant en soins hospitaliers s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, pour tous les praticiens de l'art infirmier et assistants en soins hospitaliers :

1° est inférieure à 4 ans : 50.659,58 euros ;

2° à partir de 4 ans et moins de 6 ans : 54.188,32 euros ;

3° à partir de 6 ans et moins de 8 ans : 58.081,37 euros ;

4° à partir de 8 ans et moins de 12 ans : 59.801,15 euros ;

5° à partir de 12 ans et moins de 14 ans : 62.054,04 euros ;

6° à partir de 14 ans et moins de 16 ans : 63.553,34 euros ;

7° à partir de 16 ans : 65.060,83 euros.

§4. Le coût salarial pour un équivalent temps plein aide-soignant s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, pour tous les aides-soignants :

1° est inférieure à 4 ans : 48.260,29 euros ;

2° à partir de 4 ans et moins de 6 ans : 48.831,67 euros ;

3° à partir de 6 ans et moins de 10 ans : 49.583,31 euros ;

4° à partir de 10 ans et moins de 12 ans : 51.358,54 euros ;

5° à partir de 12 ans : 52.165,03 euros.

§5. Le coût salarial pour un équivalent temps plein membre du personnel de réactivation et pour un kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un logopède s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, pour tous les membres de ce personnel :

1° est inférieure à 4 ans : 49.304,85 euros ;

2° à partir de 4 ans et moins de 6 ans : 53.147,20 euros ;

3° à partir de 6 ans et moins de 10 ans : 57.054,80 euros ;

4° à partir de 10 ans et moins de 12 ans : 58.609,83 euros ;

5° à partir de 12 ans : 60.631,27 euros.

§6. Sans préjudice de l'application de l'article 482, les praticiens de l'art infirmier qui remplissent les normes pour praticiens de l'art infirmier visées aux articles 430 et 432, sont financés suivant les coûts salariaux d'un praticien de l'art infirmier.

Art. 481. §1. Dans les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, qui après l'application des articles 475, 476 et 478 disposent encore d'une réserve en personnel de réactivation, il est tenu compte, lors de la fixation du montant à financer pour la norme de personnel visée à l'article 484, d'un certain nombre d'équivalents temps plein qui s'élève au maximum à : ((nombre moyen de résidents O x 0,10 équivalent temps plein membre du personnel de réactivation) + (nombre moyen de résidents A x 0,20 équivalent temps plein membre du personnel de réactivation))/30 résidants. Le nombre moyen de résidents O et A correspond au nombre calculé en exécution de l'article 476.

Lorsque la réserve visée au premier alinéa est insuffisante pour remplir cet équivalent temps plein de 0,10 ou 0,20/30 résidants, la différence peut être compensée par un excédent de praticiens de l'art infirmier bacheliers.

§2. Dans les centres de soins résidentiels, le cas échéant avec les centres de court séjour y afférents, qui après l'application du paragraphe premier, disposent encore d'une réserve en personnel de réactivation ou, à défaut, de personnel soignant, il est tenu compte, lors de la fixation du montant à financer pour la norme de personnel visée à l'article 484, du nombre d'équivalents temps plein qui s'élève au maximum à : ((nombre de patients classés dans la catégorie de dépendance A, effectivement présents dans le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour y afférent, le 31 mars de la période de référence, et qui ont un score égal au moins à 2 pour l'orientation dans le temps et pour l'orientation dans l'espace, comme stipulé à l'article 424, §2, x 0,8 équivalent temps plein membre du personnel de réactivation ou du personnel soignant / 30 patients).

Art. 482. Dans les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, qui ne relèvent pas de l'application de l'article 479 ou de l'article 483, plusieurs bachelors en art infirmier - qui répondent à la norme pour infirmiers visée aux articles 429 et 430, sont financés conformément aux coûts salariaux d'un bachelor en art infirmier. Dès lors, le nombre de bachelors en art infirmier financé s'élève à 30 % au maximum de la norme théorique pour les infirmiers, visée à l'article 476.

Art. 483. §1. Dans les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, qui répondent aux conditions visées à l'article 432, alinéa 4 et où la norme, mentionnée à l'article 430, est inférieure à cinq équivalents à temps plein, dont deux infirmiers, on se base, lors de la définition du montant à financer pour le personnel normé visé à l'article 484, sur deux équivalents à temps plein infirmiers et trois équivalents à temps plein aide-infirmier, sauf si la non-application de cette règle est plus avantageuse pour cette infrastructure de soins.

Le premier alinéa ne s'applique pas aux centres de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, repris à l'article 486, §1 à §4 inclus.

§2. Pour les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, qui au cours de la période de référence hébergent en moyenne dix résidents au moins qui s'inscrivent dans la catégorie de dépendance B, C, Cd ou D et qui, par rapport au nombre moyen d'entités agréées hébergent au moins 40 % de résidents en moyenne relevant de ces catégories de dépendance et qui, durant cette même période, emploient au minimum cinq équivalents à temps plein pour des travailleurs salariés ou statutaires, des infirmiers, des aides-soignants, dont au moins deux équivalents à temps plein infirmiers, le financement du personnel normé, visé à l'article 484, est diminué de moitié.

§3. Pour les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, qui au cours de la période de référence hébergent en moyenne moins de dix résidents qui s'inscrivent dans la catégorie de dépendance B, C, Cd ou D ou qui, par rapport au nombre moyen d'entités agréées hébergent moins de 40 % de résidents en moyenne relevant de ces catégories de dépendance et qui, durant cette même période, emploient moins de cinq équivalents à temps plein pour des travailleurs salariés ou statutaires, des infirmiers, des aides-soignants, dont au moins deux équivalents à temps plein infirmiers, le financement du personnel normé, visé à l'article 484, est défini en tenant compte de la moitié du financement de la norme, mentionné à l'article 430, pour les catégories de dépendance B, C, Cd et D.

Art. 484. §1. Le montant de base du financement du personnel normé est égal à la somme du nombre d'équivalents à temps plein dans une qualification déterminée, multipliée par les coûts salariaux de cette qualification, étant entendu que :

1° le nombre d'équivalents temps plein est défini conformément aux articles 475, 476, 478, 481, 482 en 483 ;

2° les frais salariaux sont déterminés en application des articles 480 et 483, §2.

Le montant, visé à l'alinéa premier, est le cas échéant minoré conformément à l'article 479, sauf en cas d'application de l'article 483, §2 ou §3.

Le montant du financement du personnel normé par journée de séjour et par utilisateur est déterminé par le montant de base du financement du personnel normé à diviser par le nombre de journées de séjour pour les résidents durant la période de référence.

§2. Par dérogation au paragraphe 1, le montant par journée de séjour et par utilisateur du financement du personnel normé pour le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, auxquels s'applique l'article 486, s'élève à : ((Montant de base pour le financement du personnel normé / le nombre de journées de séjour pour les résidents durant la période de référence, mentionné à l'article 486) x (le nombre de jours durant la période de référence, mentionné à l'article 486 / le nombre de jours durant la période de référence)).

Art. 485. §1. Le montant par journée de séjour et par utilisateur, mentionné à l'article 484, est adapté si une modification des entités agréées intervient dans le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant les centres de court séjour associés, durant la période de référence ou durant la période qui se situe entre la période de référence et la période de facturation.

Le montant de l'adaptation est égal à : ((nombre de centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire après modification/nombre total d'entités après adaptation) - (nombre de centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire avant l'adaptation / nombre total d'entités avant l'adaptation)) x 19,51 euros x ((nombre de jours entre la date de départ de la période de référence et la date de l'adaptation avec un maximum du nombre de jours de la période de facturation / nombre de jours de la période de facturation) + ((nombre de centres de court séjour après adaptation/nombre total d'entités avant adaptation)) x 6,53 euros x ((nombre de jours entre la date de début de la période de référence et la date de modification avec un maximum égal au nombre de jours de la période de facturation) / nombre de jours durant la période de facturation)).

§2. Le montant par journée de séjour et par utilisateur, mentionné à l'article 484 est adapté si une modification des entités agréées intervient pendant la période de facturation. L'adaptation intervient dès le moment de la modification.

Le montant de cette adaptation est égal à :((nombre de centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire après adaptation / nombre total d'entités après adaptation) - (nombre de centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire avant adaptation / nombre total d'entités avant adaptation)) x 19,51 euros + ((nombre d'entités après adaptation / nombre total d'entités après adaptation) - (nombre de centres de court séjour avant adaptation / nombre total d'entités avant adaptation)) x 6,53 euros).

§3. En cas de reprise, de fusion, de scission ou de transfert d'exploitation sur un autre site, le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, fournit, par le biais de l'application Web, les informations nécessaires à l'Agence afin qu'elle soit en mesure de calculer le montant par journée de séjour et par utilisateur, mentionné à l'article 473.

Art. 486. §1. Le montant de l'intervention par utilisateur et par journée de séjour pour un nouveau centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, agréé entre le 1er juillet et le 30 septembre est défini comme suit :

1° pour la période entre la date d'agrément et le 31 mars de l'année suivante, ce montant s'élève à 18,17 euros ;

2° pour la période de facturation résiduelle, du 1er avril de l'année suivante au 31 décembre, le montant est calculé conformé aux articles 475 à 483, sachant que la période de référence correspond au quatrième trimestre ;

3° le montant de la période de facturation suivante est calculé conformément aux articles 475 à 483, sachant que la période de référence correspond au quatrième trimestre ainsi qu'aux deux premiers trimestres de l'année suivante.

§2. Le montant de l'intervention par utilisateur et par journée de séjour pour un nouveau centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, agréé entre le 1er octobre et le 31 décembre est défini comme suit :

1° pour la période entre la date d'agrément et le 30 juin de l'année suivante, ce montant s'élève à 18,17 euros ;

2° pour la période de facturation résiduelle, du 1er juillet de l'année suivante au 31 décembre, le montant est calculé conformément aux articles 475 à 483, sachant que la période de référence correspond au premier trimestre ;

3° le montant de la période de facturation suivante est calculé conformément aux articles 475 à 483 inclus, sachant que la période de référence correspond aux deux premiers trimestres de l'année qui suit celle de l'agrément.

§3. Le montant de l'intervention par utilisateur et par journée de séjour pour un nouveau centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, agréé entre le 1er janvier et le 31 mars, est défini comme suit :

1° pour la période entre la date d'agrément et le 30 septembre de l'année suivante, ce montant s'élève à 18,17 euros ;

2° pour la période de facturation résiduelle du 1er octobre au 31 décembre, le montant est calculé conformément aux articles 475 à 483 inclus, sachant que la période de référence correspond au deuxième trimestre (soit celui qui suit celui de l'agrément) ;

3° le montant de la période de facturation suivante est calculé conformément aux articles 475 à 483 inclus, sachant que la période de référence correspond au deuxième trimestre (l'année qui suit celle de l'agrément).

§4. Le montant de l'intervention par utilisateur et par journée de séjour pour un nouveau centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, agréé entre le 1er avril et le 30 juin, est défini comme suit :

1° pour la période entre la date d'agrément et la fin de la période de facturation en cours (31 décembre), ce montant s'élève à 18,17 euros ;

2° le montant de la période de facturation suivante est calculé conformément aux articles 475 à 483 inclus, sachant que la période de référence correspond au troisième trimestre (le trimestre qui suit celui de l'agrément).

§5. Une régularisation financière est prévue pour la période allant de la date d'agrément au deuxième trimestre suivant le trimestre de l'agrément.

Le calcul du montant de cette régularisation financière s'effectue comme suit :

1° le montant de l'intervention par utilisateur est calculé conformément aux articles 475 à 483 inclus, sachant que la période de référence correspond au trimestre d'agrément ainsi qu'aux deux trimestres suivants celui-ci ;

2° La différence entre ce montant et le montant, visé au point 1° des paragraphes 1 à 4, correspond au montant de la régularisation financière.

Celui-ci est calculé au plus tard le dernier jour du quatrième trimestre qui suit celui de l'agrément.

Sous-section 3. — Partie A2 : intervention au titre d'encouragement pour des efforts de soins supplémentaires

Art. 487. §1. Si un centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, ne manque pas de personnel, comme mentionné à l'article 479 ou à l'article 483, §2, et si le total des frais de personnel des infirmiers, du personnel en charge de la réactivation et des aides-infirmiers, calculés conformément aux frais tels que visés à l'article 480, est supérieur au montant de base pour le financement du personnel normé, mentionné à l'article 484 ou 486, une intervention supplémentaire est définie au titre d'encouragement pour les efforts de de soins supplémentaires, pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

1° (coût du personnel présent - coût du personnel financé) est supérieur ou égal à 51 742,35 euros ;

2° ((coût du personnel présent - coût du personnel financé)/coût du personnel financé) est supérieur ou égal à 4 %, sachant que :

a) le coût du personnel présent correspond aux frais de personnel par qualification, visés à l'article 480, multipliés par le nombre d'équivalents à temps plein par qualification ;

b) le coût du personnel financé correspond au montant de base du financement du personnel normé, mentionné à l'article 484 ou 486.

§2. Dans la situation visée au paragraphe 1, l'intervention s'élève à 78 % de (coût du personnel présent - coût du personnel financé), avec un maximum de 9,74 % du coût du personnel financé.

Le montant de l'intervention par journée de séjour et par utilisateur s'élève à : (montant total de l'intervention/nombre de jours de séjour pour les résidents durant la période de référence).

Par dérogation à l'alinéa 2, le montant par jour de séjour et par utilisateur pour les offres de soins auxquelles s'applique l'article 486 s'élève à :

((montant total de l'intervention / le nombre de jours de séjour pour les résidents durant la période de référence, mentionné à l'article 486) x (le nombre de jours de la période de référence, mentionné à l'article 486 ,/ le nombre de jours de la période de référence)).

Sous-section 4. — Partie A3 : intervention destinée à couvrir l'harmonisation des barèmes pour tous les membres du personnel soignant qui disposent de la qualification d'aide-infirmier

Art. 488. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur est définie selon la formule suivante : [(141,81 euros x nombre total moyen d'ETP aides-infirmiers salariés ou statutaires présents dans le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, pendant la période de référence)/nombre de journées de séjour des résidents pendant la période de référence].

Sous-section 5. — Partie B1 : financement du matériel de soins

Art. 489. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour le matériel de soins, visé à l'article 468, est définir conformément à la formule suivante : [(0,17 euro x nombre de résidents O) + (0,34 euro x nombres de résidents A) + (0,50 euro x nombre de résidents B) + (0,69 euro x nombre de résidents C et Cd) + (0,50 euro x nombre d'habitants D)] / nombre total de résidents.

Sous-section 6. — Partie B2 : financement des produits et du matériel visant à prévenir les maladies nosocomiales

Art. 490. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour les produits et le matériel visant à prévenir les maladies nosocomiales s'élève à 0,07 euro.

Le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, doit apporter la preuve qu'il applique les directives internes et utilise régulièrement des produits et du matériel permettant de renforcer le degré d'hygiène, en particulier celle des mains, afin de prévenir les maladies nosocomiales. L'utilisation correcte, conformément aux directives, de ces produits et de ce matériel, constitue une garantie pour l'octroi de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour.

Le centre de soins résidentiels, et le cas échéant le centre de court séjour associé, a droit à l'intervention visée à l'alinéa premier, conformément à l'article 520, à compter du premier jour du trimestre au cours duquel l'établissement remplit les conditions visées à l'alinéa 2.

Sous-section 7. — Partie C : financement de la fonction palliative

Art. 491. L'intervention destinée au financement de la formation et à la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs, est accordée par utilisateur résidant dans l'un des centres de soins résidentiels suivants :

1° un centre de soins résidentiels doté d'un agrément supplémentaire ;

2° un centre de soins résidentiels sans agrément supplémentaire avec le cas échéant le centre de court séjour associé, qui accueille en moyenne 25 résidents au minimum de la catégorie de dépendance B, C ou Cd, visée à l'article 425, et par rapport au nombre total d'entités agréées, compte au minimum 40 % de résidents relevant des catégories de dépendance B, C ou Cd, mentionnés à l'article 425.

L'intervention par journée de séjour et par utilisateur est définie selon les formules suivantes : [(0,35 euro x nombre de résidents B, C, Cd) / nombre total de résidents].

Art. 492. Grâce à l'intervention visée à l'article 491, les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, organisent une formation continue pour leur personnel dont le nombre total d'heures par année civile est au moins égal au nombre de résidents B, C ou Cd admis dans l'infrastructure de soins au 30 juin de l'année civile précédente.

Compte tenu des priorités qu'ils se sont fixées, les centres de soins résidentiels susmentionnés organisent cette formation de préférence pour l'ensemble de leur personnel et au moins pour le personnel soignant. Ils veillent en particulier à ce que cette formation soit dispensée par des personnes hautement qualifiées qui ont suivi une formation spécifique dans le domaine des soins palliatifs et qui sont titulaires d'un diplôme de bachelor.

Lorsque plusieurs membres du personnel d'un même centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, suivent simultanément la même formation, le nombre d'heures est déterminé, lors du décompte final, sur la base du nombre de membres du personnel ayant suivi cette formation, à concurrence de 20 membres du personnel maximum par heure de formation.

Art. 493. Pour bénéficier de l'intervention visée à l'article 491, les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, doivent remplir les conditions suivantes :

1° rédiger une déclaration d'intention qui décrit la politique que le centre de soins résidentiels entend suivre eu égard à la planification anticipée des soins, aux soins palliatifs ainsi qu'aux soins de fin de vie ;

2° désigner un responsable dans le centre de soins résidentiels ou le centre de court séjour qui a suivi une formation dans le domaine de la planification anticipée des soins, des soins palliatifs et des soins de fin de vie et qui est titulaire d'un diplôme de bachelier ;

3° pour les centres de soins résidentiels sans agrément supplémentaire : conclure une convention qui prévoit au minimum une concertation périodique avec une association régionale qui se charge de la planification anticipée des soins, des soins palliatifs et des soins de fin de vie, dans les six mois après l'obtention de leur agrément.

La déclaration visée à l'alinéa premier, 1°, est largement diffusée et remise à chaque membre du personnel, ainsi qu'aux résidents du centre de soins résidentiels ou du centre de court séjour. Cette déclaration est transmise à l'agence à sa propre demande. Les nouveaux centres de soins résidentiels établiront cette déclaration et la distribueront dans les six mois suivant leur agrément. La déclaration doit également figurer sur le site Internet ou dans la brochure d'accueil du centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé.

Le centre de soins résidentiels a droit à l'intervention visée à l'article 491, à compter du premier jour du trimestre au cours duquel l'établissement remplit les conditions visées dans cet article.

Art. 494. L'agence applique les règles suivantes aux nouveaux centres de soins résidentiels, en ce compris, le cas échéant, les centres de court séjour associés :

1° eu égard aux centres de soins résidentiels et, le cas échéant, aux centres de court séjour associés, qui remplissent les conditions le dernier jour du mois suivant l'agrément visé à l'article 491, alinéa premier, le nombre d'heures de formation à organiser par l'infrastructure de soins est déterminé selon la formule suivante : H = P x M / 12, où :

a) H = le nombre d'heures de formation à organiser (arrondi à l'unité supérieure la plus proche si les deux premières décimales sont supérieures ou égales à 50) ;

b) P = le nombre de résidents B, C ou Cd admis dans le centre de soins résidentiels le dernier jour du mois suivant le mois de l'agrément ;

c) M = le nombre de mois compris entre le premier jour du mois suivant celui de l'agrément et la fin de l'année civile en cours ;

2° pour les centres de soins résidentiels avec, le cas échéant, les centres de court séjour associés, dépourvus d'un agrément complémentaire qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article 491, alinéa premier le dernier jour du mois suivant celui de l'agrément, l'intervention visée à l'article 491, deuxième alinéa, est octroyée à compter de la première période de facturation suivant la première période de référence pendant laquelle ces conditions sont remplies.

Sous-section 8. — Partie D : intervention partielle dans les frais de gestion et les frais de transfert de données

Art. 495. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour la couverture des frais de gestion et des frais de transfert de données s'élève à 0,13 euro.

Sous-section 9. — Partie E1 : financement du complément de fonction pour l'infirmier en chef dans les centres de soins résidentiels doté d'un agrément supplémentaire

Art. 496. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour la fonction d'infirmier en chef dans les centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire est défini conformément à la formule suivante : ((0,71 euro x nombre de résidents dans les centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire) / nombre total de résidents dans le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant un centre de court séjour associé).

Sous-section 10. — Partie E2 : financement du complément de fonction pour les infirmiers en chef, les chefs du personnel paramédical ainsi que les coordinateurs des infirmiers.

Art. 497. §1. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour le complément de fonction dans les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant des centres de court séjour associés, pour les infirmiers en chef, les responsables du personnel paramédical et les coordinateurs des infirmiers, est défini à l'aide de la formule suivante :

(1 367,65 euros x le nombre d'équivalents à temps plein coordinateurs du personnel infirmier, des responsables de l'équipe paramédicale et des responsables des infirmiers dans les centres de soins résidentiels, avec le cas échéant des centres de court séjour associés / nombre total de résidents) / nombre de jours de la période de référence.

Pour les infirmiers en chef dans les centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire, le montant calculé conformément aux directives de l'alinéa premier, peut être cumulé avec le montant calculé conformément à l'article 496.

§2. Pour le financement du complément de fonction, les coordinateurs des infirmiers, les responsables de l'équipe paramédicale et les infirmiers en chef répondent aux conditions suivantes sont éligibles :

1° disposer d'un contrat définissant le rôle de coordinateur des infirmiers ou de responsable de l'équipe paramédicale, ou un contrat d'infirmier en chef ;

2° répondre à une ancienneté barémique de dix-sept ans au minimum le dernier jour de la période de référence ;

3° avoir réussi l'une des formations de base complémentaires suivantes le dernier jour de la période de référence :

a) formation de cadre ;

b) formation universitaire : maîtrise en art infirmier ou en sage-femme, ou maîtrise en politique et en gestion des soins de santé, ou maîtrise en soins de santé (toutes options incluses) ;

c) formation donnant accès à la fonction de directeur ;

d) ou une formation complémentaire de 24 heures au minimum agréée par l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » et concernant : la gestion des horaires, la durée du travail et les conventions collectives de travail, le bien-être sur le lieu de travail et la gestion d'une équipe ;

4° suivre chaque année une formation permanente de huit heures agréée par l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid », concernant un ou plusieurs domaines mentionnés au point 3°, d).

S'agissant de la condition visée à l'alinéa premier, 1°, le personnel statutaire est tenu de prouver le rôle de coordinateur des infirmiers ou de responsable de l'équipe paramédicale à l'aide de la décision de nomination ou de la décision de désignation.

Le ministre détermine la procédure pour l'obtention de l'agrément de la formation et de la formation permanente ainsi que les règles inhérentes à celles-ci, visées à l'alinéa premier, 3°, d), et 4°, et définit plus avant les parties visées à l'alinéa premier, 3°, d).

La formation complémentaire et la formation permanente, visées à l'alinéa premier, 3°, d), et 4°, évoquent l'organisation d'un centre de soins résidentiels flamand et les soins qui y sont dispensés, avec une référence à la législation applicable dans le centre de soins résidentiels concerné. Le ministre peut définir des critères de qualité supplémentaires pour la formation et la formation permanente.

La surveillance de la qualité de la formation, visée à l'alinéa premier, 3°, d), et de la formation permanente, mentionnée à l'alinéa premier, 4°, est exercée en tenant compte du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, dans lequel l'instance de formation est considérée comme un acteur des soins de santé.

§3. Le complément de fonction peut, pour un équivalent à temps plein infirmier ou assistant médical au maximum, être financé dans chaque centre de soins résidentiels, avec le cas échéant un centre de court séjour associé, qui dispose pendant la période de référence d'une équipe de soins de minimum 12 ETP salariés ou statutaires (infirmiers, personnel soignant et personnel de réactivation). Chaque fois que le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour associé, atteint la moitié d'une nouvelle tranche de douze équivalents à temps plein, le complément de fonction pour un équivalent à temps plein supplémentaire infirmier ou assistant médical au maximum peut être financé.

Les membres du personnel, mentionnés à l'article 475, §2, alinéa premier 2°, et §3, présents dans le centre de soins résidentiels et, le cas échéant, avec le centre de court séjour associé, comptent également dans la composition de l'équipe de soins.

Sous-section 11. — Partie E3 : financement d'une personne de référence démence

Art. 498. §1. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour la personne de référence démence est définie à l'aide des critères suivants :

1° l'équivalent à temps plein de la personne de référence démence pendant la période de référence est calculée conformément à l'article 475 ;

2° pendant une même période, une seule personne de référence démence est prise en compte et durant la période au cours de laquelle un membre du personnel assure cette fonction, un maximum de 19 heures par semaine est pris en compte ;

3° l'intervention est calculée conformément à la formule suivante :

((ETP de la personne de référence démence pendant la période de référence x coûts salariaux annuels selon l'ancienneté moyenne de la qualification de cette personne) / nombre moyen de résidents pendant la période de référence) / nombre de jours de la période de référence ;

4° il est possible que pendant la période de référence plusieurs personnes de référence soient désignées successivement.

§2. Pour être éligible à ce financement, le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec le centre de court séjour associé, doit remplir les conditions suivantes :

1° héberger au minimum 25 résidents en moyenne relevant de la catégorie de dépendance Cd pendant la période de référence ;

2° transmettre à l'agence les pièces suivantes qui démontrent qu'un membre du personnel a signé un contrat pour 19 heures par semaine au minimum ou a été nommé en tant que personne de référence démence ;

a) être titulaire du diplôme de base ou du brevet de titulaire de fonction ;

b) le certificat délivré par le dispensateur de formation ;

c) le contrat de travail et la description de fonction dans lesquels le mandat de personne de référence démence est précisé et la manière dont le recyclage est prévu ;

3° ne pas avoir reçu de financement pour une personne de référence démence sur la base de l'article 4*bis* de l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins ;

4° cette fonction de personne de référence peut être exercée simultanément par un seul membre du personnel au maximum, sauf en cas d'absence où il peut être remplacé par un autre membre du personnel qui répond aux mêmes conditions que celles qui sont visées au paragraphe 4.

Dès que la condition visée à l'alinéa premier, 1°, est remplie durant la période de référence, et au plus tôt à partir de la période de référence qui a commencé le 1er juillet 2010, elle ne s'applique plus par la suite. Si l'on constate que le centre de soins résidentiels, avec le cas échéant le centre de court séjour associé, ne dispose pas d'une personne de référence démence pendant une période de référence complète, cette condition entrera à nouveau en vigueur pendant une période de référence au minimum.

§3. Cette fonction de personne de référence démence peut être décrite comme suit :

1° se présenter comme personne de référence au sein de l'institution où la personne concernée est employée ;

2° intervenir en tant que conseiller au sujet des questions de la personne atteinte de démence et de son entourage concernant la vie, les soins et la résidence ;

3° affûter ses connaissances relatives à la législation et aux évolutions et développements scientifiques en matière de démence ;

4° conseiller la direction au sujet des besoins en formation du personnel dans le cadre de la démence et chercher une offre de formation appropriée ;

5° sensibiliser les collaborateurs au sentiment d'insécurité et aux symptômes d'un début de démence et en informer sur cette base, en concertation avec tous les intéressés concernés, le médecin traitant, le médecin-conseil ou le médecin coordinateur ;

6° réaliser le tutorat spécialisé et le promouvoir vis-à-vis des intervenants de proximité, des collaborateurs et de toutes les personnes concernées en fonction du maintien ou du renforcement de la qualité de vie de la personne atteinte de démence et de son entourage ;

7° participer à la mise en place d'une politique de qualité, incluant notamment des procédures et une concertation pluridisciplinaire, liée à l'encadrement de et aux soins des personnes atteintes de démence, adaptées au cadre de référence démence développé par le centre d'expertise Dementie Vlaanderen vzw ;

8° Faciliter la prise de contact avec et la participation aux initiatives locales et supralocales, comme un centre d'expertise régional démence Vlaanderen, un café-débat démence, des trajets de soins, une plateforme de concertation démence, les projets « Dementievriendelijke Gemeente », les groupes familiaux démence (jeune) de la ligue flamande Alzheimer (Alzheimer Liga Vlaanderen vzw) et l'offre psychoéducative « Dementie en (n)u » ;

9° interpeller le CRA au sujet du contenu du traitement adéquat de la démence ;

10° sensibiliser au sujet de la supervision et de la formation du personnel en matière de démence.

Dans le cadre de la sensibilisation, visée à l'alinéa premier, 10°, la personne de référence démence se concentre avant tout sur les aspects psychosociaux et éthiques des soins de cette maladie, ainsi que sur les aptitudes en communication. L'objectif consiste en particulier à avoir un impact sur le comportement incompris des résidents et à éviter autant que possible la contention physique et chimique.

§4. Les membres du personnel sont éligibles à la fonction de personne de référence démence pour autant qu'ils disposent d'un diplôme de bachelier en art infirmier ou soient gradués en art infirmier ou ait aient suivi l'une des qualifications reprises à l'article 431, alinéa deux, et si :

1° Ils ont suivi une formation de soixante heures au minimum auprès d'un organisme de formation agréé et portant sur les sujets suivants :

a) les aspects médicaux de la démence, en ce compris la prévention et la politique en matière de médication ;

b) les aspects psychosociaux de la démence ;

c) les aspects de santé mentale de la démence ;

d) les aspects esthétiques de soins en cas de démence ;

e) les aspects juridiques en cas de démence ;

f) les aspects organisationnels et la surveillance de la qualité de l'encadrement et des soins ;

g) les méthodologies et les aptitudes en communication ;

h) les aspects relatifs à l'encadrement des soins de proximité en cas de démence ;

i) les aspects liés au rôle de personne de référence en pratique ;

2° suivre tous les deux ans un recyclage de huit heures au minimum consacré au soin des personnes atteintes de démence ;

3° être salarié ou statutaire.

Une première condition supplémentaire à la condition, visée à l'alinéa premier, 1°, est qu'une évaluation de la matière démontre que le membre du personnel, mentionnée à l'alinéa premier, a acquis les connaissances suffisantes dans ladite matière. Le ministre peut définir les modalités de cette évaluation.

Un directeur, un infirmier en chef, un responsable de l'équipe paramédicale ou un coordinateur des infirmiers salarié ou statutaire ne peut pas assurer simultanément la fonction de personne de référence. Toutefois, cette fonction est indivisible. En d'autres termes, elle ne peut pas être combinée avec une autre fonction éventuelle durant le temps de travail.

La liste des instances de formation agréées, mentionnée à l'alinéa premier, 1°, est publiée sur le site Internet de l'agence.

Le ministre définit les exigences minimales pour les instances de formation, mentionnées à l'alinéa premier, 1°, et les modalités pour l'agrément de ces instances, mentionnées à ce même alinéa.

La surveillance de ces instances de formation, visées à l'alinéa premier, 1°, est exercée en tenant compte du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, dans lequel l'instance de formation est considérée comme un acteur des soins de santé.

§5. Les personnes suivantes sont exemptées de la formation visée au paragraphe 4, alinéa premier, 1°:

1° les infirmiers (bachelors ou assimilés) qui disposent du titre d'infirmier spécialisé en soins de santé mentale ou en gériatrie, ou sont titulaires d'une licence ou d'une maîtrise en gérontologie ou gériatrie, un d'un post-baccalauréat en gérontologie psychosociale ;

2° les candidats à la fonction de personne de référence démence qui, entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2011, ont suivi une formation de 90 heures au minimum concernant les thèmes abordés au paragraphe 4, alinéa premier, 1°;

3° Les candidats à la fonction de personne de référence démence qui, entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2011, ont suivi une formation de 60 heures au minimum concernant les thèmes abordés au paragraphe 4, alinéa premier, 1°et qui ont déjà acquis 3 ans d'expérience au minimum dans le secteur des soins aux personnes âgées.

Sous-section 12. — Partie E4 : financement de titres et de qualifications professionnelles tels que visés dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011

Art. 499. §1. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur est calculée comme suit :

1° pour les ayants droit à la prime, visés à l'article 1, §1, de l'arrêté royal du 28 décembre 2011, conformément à la formule suivante : (1 656,02 euros x le nombre d'équivalents à temps plein d'infirmiers à financer dans la structure qui disposent d'une aptitude professionnelle d'infirmier en gériatrie ou d'infirmier spécialisé dans les soins palliatifs) / nombre total de résidents durant la période de référence / nombre de jours de la période de référence ;

2° pour les ayants droit à la prime, visés à l'article 1, §2, de l'arrêté royal du 28 décembre 2011, conformément à la formule suivante : (4 968,07 euros x le nombre d'équivalents à temps plein d'infirmiers à financer dans la structure qui disposent d'un titre professionnel d'infirmier en gériatrie) / nombre total de résidents durant la période de référence / nombre de jours de la période de référence ;

Sous-section 13. — Partie F : financement du médecin coordinateur dans des centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire

Art. 500. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour la fonction de médecin coordinateur dans des centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire, est calculé conformément à la formule suivante : (0,61 euro x nombre de résidents dans les centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire) / nombre total de résidents.

Ce financement est destiné à la rémunération du médecin coordinateur et conseil. Les prestations de ce dernier, qui est au minimum lié à l'infrastructure de soins au travers d'un contrat d'entreprise, s'élèvent à environ 2 heures et 20 minutes par semaine pour 30 résidents dans des centres de soins résidentiels dotés d'un agrément supplémentaire. Le centre de soins résidentiels remet un exemplaire de ce contrat à l'agence.

Sous-section 14. — Partie G : financement supplémentaire du court-séjour

Art. 501. L'intervention du financement supplémentaire pour le court séjour par journée de séjour et par utilisateur dans un centre de soins résidentiels également doté d'un agrément en tant que centre de court séjour est calculée selon la formule suivante : (1,82 euro x nombre moyen d'entités agréées en tant que centres de court séjour au cours de la période de référence) / nombre total moyen d'entités agréées en tant que centres de soins résidentiels et centres de court séjour au cours de la période de référence.

Sous-section 15. — Partie H : financement de la formation supplémentaire du personnel en matière de démence

Art. 502. §1. L'intervention destinée au financement de la formation et à la sensibilisation du personnel à la démence est accordée par utilisateur résidant dans :

1° un centre de soins résidentiels doté d'un agrément supplémentaire ;

2° un centre de soins résidentiels sans agrément supplémentaire et, le cas échéant, le centre de court séjour associé, qui accueille en moyenne 15 résidents au minimum de la catégorie de dépendance Cd pendant la période de référence.

L'intervention par journée de séjour et par utilisateur est calculée selon la formule suivante : 0,35 euro x nombre de résidents Cd) / nombre total de résidents.

§2. Avec l'intervention visée au paragraphe 1, les centres de soins résidentiels, mentionnés au paragraphe 1 organisent une formation continue pour leur personnel dont le nombre total d'heures par année civile est au moins égal au nombre de résidents Cd admis dans l'infrastructure de soins au 30 juin de l'année civile précédente.

Compte tenu des priorités qu'ils se sont fixées, les centres de soins résidentiels organisent cette formation de préférence pour l'ensemble de leur personnel et au moins pour le personnel soignant. Ils veillent en particulier à ce que cette formation soit dispensée par des personnes hautement qualifiées dans le domaine du traitement de la démence.

Lorsque plusieurs membres du personnel d'un même centre de soins résidentiels avec, le cas échéant, le centre de court séjour associé, suivent simultanément la même formation, le décompte final indique le nombre d'heures de formation à organiser par l'infrastructure de soins, compte tenu du nombre de membres du personnel ayant suivi cette formation, à concurrence de 20 membres du personnel maximum par heure de formation.

L'agence peut à tout moment demander à l'infrastructure de soins de fournir un aperçu des formations dispensées, en vue de pouvoir vérifier le respect du nombre d'heures de formation minimal.

§3. Pour bénéficier de l'intervention visée au paragraphe 1, les centres de soins résidentiels visés au paragraphe 1 doivent remplir les conditions suivantes :

1° préparer une déclaration d'intention qui répond à toutes les conditions suivantes :

a) la déclaration décrit la politique que le centre de soins résidentiels entend suivre eu égard aux personnes atteintes de démence ;

b) la déclaration est largement diffusée et remise à chaque membre du personnel, ainsi qu'aux résidents admis ;

c) le certificat reste à disposition au sein de l'infrastructure ;

2° désignation d'une personne responsable de la prise en charge de la problématique de la démence et de la formation du personnel au sein du centre de soins résidentiels.

La déclaration visée à l'alinéa premier, 1°, est largement diffusée et remise à chaque membre du personnel, ainsi qu'aux résidents du centre de soins résidentiels ou de court séjour. Cette déclaration est transmise à l'agence à sa propre demande. Les nouveaux centres de soins résidentiels établiront cette déclaration et la distribueront dans les six mois suivant leur agrément. La déclaration doit également figurer sur le site Internet ou sur la brochure d'accueil du centre de soins résidentiels avec, le cas échéant, le centre de court séjour associé.

La personne responsable, visée à l'alinéa premier, 2°, est en principe la personne de référence en matière de démence, visée à l'article 498. Si le centre de soins résidentiels ne dispose pas d'une telle personne de référence, la personne responsable est alors un membre du personnel qui possède une certaine expertise ou une formation spécifique en la matière.

§4. L'agence applique les règles suivantes aux nouveaux centres de soins résidentiels, en ce compris, le cas échéant, les centres de court séjour associés :

1° eu égard aux centres de soins résidentiels avec, le cas échéant, les centres de court séjour associés, qui remplissent les conditions le dernier jour du mois suivant l'agrément visé au paragraphe 1, alinéa premier), le nombre d'heures de formation à organiser par l'infrastructure de soins est déterminé selon la formule suivante : H = P x M/12, où :

a) H = le nombre d'heures de formation à organiser (arrondi à l'unité supérieure la plus proche si les deux premières décimales sont supérieures ou égales à 50) ;

b) P = le nombre de résidents Cd admis dans le centre de soins résidentiels avec, le cas échéant, le centre de court séjour associé, le dernier jour du mois suivant le mois de l'agrément ;

c) M = le nombre de mois compris entre le premier jour du mois suivant celui de l'agrément et la fin de l'année civile en cours ;

2° pour les centres de soins résidentiels avec, le cas échéant, les centres de court séjour associés, dépourvus d'un agrément complémentaire qui ne remplissent pas les conditions prévues au paragraphe 1, alinéa premier le dernier jour du mois suivant celui de l'agrément, l'intervention visée au paragraphe 1, deuxième alinéa, est octroyée à compter de la première période de facturation suivant la première période de référence pendant laquelle ces conditions sont remplies.

§5. Le centre de soins résidentiels avec, le cas échéant, le centre de court séjour associé, a droit à l'intervention visée au paragraphe 1, à compter du premier jour du trimestre au cours duquel l'établissement remplit les conditions visées au paragraphe 3.

Sous-section 16. — Partie I : subvention de fonctionnement pour les centres de court séjour

Art. 503. L'intervention par journée de séjour et par utilisateur pour les moyens de fonctionnement du centre de court séjour, qui prend court le 1er janvier de l'année suivant l'agrément, est calculée selon la formule suivante : (2 543,78euros x le nombre de centres de court séjour agréés au 31 décembre précédant la période de facturation / nombre total de centres de soins résidentiels et de centres de court séjour agréés au 31 décembre précédant la période de facturation / nombre de jours dans la période de facturation).

L'intervention visée à l'alinéa premier est ramenée à zéro au cours de la quatrième année suivant la reconnaissance si l'occupation moyenne au sein du centre de court séjour au cours de la période de référence est inférieure au quart du nombre moyen de centres de court séjour agréés pendant la période de référence.

L'intervention visée à l'alinéa premier est ramenée à zéro à partir de la cinquième année suivant l'agrément si l'occupation moyenne au sein du centre de court séjour au cours de la période de référence est inférieure à la moitié du nombre moyen de centres de court séjour agréés pendant la période de référence.

Le présent article ne s'applique qu'aux centres de court séjour gérés par les autorités locales et provinciales, les associations sans but lucratif et les organismes d'intérêt public tels que visés par la loi du 27 juin 1971 sur les associations sans but lucratif, les fondations et les partis politiques européens et les fondations politiques européennes.

Sous-section 17. — Partie J : Financement du personnel dans un centre de court séjour doté d'un agrément complémentaire

Art. 504. §1. Un centre de court séjour disposant d'un agrément supplémentaire doit disposer de ses propres infirmiers, psychologues, ergothérapeutes et assistants sociaux ou infirmiers sociaux salariés ou statutaires.

L'effectif du personnel, exprimé en équivalent temps plein et pour quinze personnes utilisant le centre d'orientation de court séjour, s'élève à 3,5 ETP en plus des équivalents temps plein du centre de court séjour et peut être déployé de façon multidisciplinaire et flexible, en comprenant toutefois les disciplines suivantes, au moins :

1° infirmier ;

2° psychologue ;

3° ergothérapeute ;

4° assistant social ou infirmier social.

L'intervention par journée de séjour et par utilisateur du financement pour le personnel d'un centre de court séjour doté d'un agrément complémentaire s'élève à 49,59 euros.

§2. Le présent article ne s'applique qu'aux centres de court séjour doté d'un agrément complémentaire.

Division 2. L'intervention dans les frais solidarisés du matériel d'incontinence

Art. 505. L'intervention dans les frais solidarisés du matériel d'incontinence s'élève à 0,33 euro par journée de séjour et par utilisateur.

Chapitre 2. — *Intervention dans les soins dispensés dans un centre de soins de jour*

Division 1. Intervention de base dans les soins dispensés dans un centre de soins de jour

Art. 506. L'intervention de base dans les soins dispensés dans le centre de soins de jour est déterminée comme suit :

1° pour les centres de soins de jour agréés pour personnes dépendantes, par journée de séjour et par utilisateur : 49,59 euros (forfait F) ;

2° pour les centres de soins de jour agréés pour personnes gravement malades, par journée de séjour et par utilisateur : 93,47 euros (forfait Fp).

Division 2. L'intervention dans les frais de déplacement du centre de soins de jour

Art. 507. L'intervention dans les frais de déplacement par journée de séjour et par utilisateur s'élève à 0,34 euro par kilomètre en fonction de la distance réelle entre la résidence principale de l'utilisateur et le centre de soins de jour où il réside. Aux fins du présent article, la distance entre la résidence principale de l'utilisateur et le centre de soins de jour où il réside est limitée à un maximum de 15 kilomètres.

L'intervention visée à l'alinéa premier est octroyée tant pour le transfert du lieu de résidence au centre de soins de jour que pour le transfert du centre de soins de jour au lieu de résidence.

Partie 3. — Prix journalier et indemnités et avances supplémentaires pour les tiers

Art. 508. Le ministre détermine les éléments de coût que le prix journalier doit inclure au minimum qui ne peuvent donc pas être facturés séparément.

Il détermine également :

1° les services et fournitures supplémentaires pour lesquels des indemnités supplémentaires peuvent être facturées et, le cas échéant, à quelles conditions ;

2° les dépenses qui doivent être considérées comme des avances à des tiers.

Les avances à des tiers seront justifiées à l'aide de pièces justificatives.

Art. 509. Les indemnités supplémentaires doivent être explicitement mentionnées dans l'accord écrit avec le résident et ne font pas partie des éléments de coût minimaux du prix journalier. L'initiateur du centre de soins résidentiels, du centre de court séjour ou du centre de soins de jour doit être en mesure de fournir, sur simple demande, les documents justificatifs de ces dépenses. Les indemnités supplémentaires ne peuvent être facturées qu'aux prix du marché.

Art. 510. Les services, produits et primes remboursés par l'intervention dans les soins dispensés dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour ne peuvent faire partie du prix journalier des centres de soins résidentiels, des centres de court séjour et des centres de soins de jour ni donner lieu à une intervention supplémentaire ou à une avance en faveur de tiers.

Les activités médicales, infirmières, soignantes, paramédicales et physiothérapeutiques visées dans l'intervention dans les soins dispensés dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour peuvent faire partie du prix journalier à hauteur du montant non couvert par cette intervention.

Partie 4. — Indexation

Art. 511. Les montants mentionnés dans le présent document sont indexés conformément à la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, et dont l'augmentation ou la diminution est appliquée dès le premier mois suivant celui au cours duquel l'indice atteint le chiffre justifiant la variation.

Cette liaison à l'indice est appliquée conformément à l'alinéa 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants mentionnés dans le présent document sont liés à l'indice pivot 103.04 (1er juin 2017 ; base 2013=100).

Partie 5. — Commission des caisses d'assurance soins

Titre 1. — Centre de soins résidentiels et centre de court séjour

Art. 512. L'agence peut procéder chaque mois à une sélection aléatoire de 10 % des centres de soins résidentiels avec, le cas échéant, les centres de court séjour associés, relevant du champ d'application de la présente décision. Au cours de ce mois, ces institutions de soins en sont informées. Certaines d'entre elles seront choisies au hasard par l'agence. Dans ce cadre, la répartition géographique et le nombre d'entités pour lesquelles ces institutions de soins sont reconnues sont pris en compte. La Commission des caisses d'assurance soins détermine dans ces centres de soins résidentiels avec, le cas échéant, les centres de court séjour associés, la catégorie de dépendance des résidents au cours du mois suivant. La date de la visite est communiquée au préalable par lettre recommandée.

Le premier alinéa ne porte aucunement préjudice à la compétence de la Commission des caisses d'assurance soins d'effectuer des contrôles ciblés sans préavis dans les centres de soins résidentiels et, le cas échéant, les centres de court séjour associés, qu'elle sélectionne. Sous réserve du respect de la procédure visée aux articles 513 à 516 inclus, ces contrôles peuvent aboutir aux mêmes mesures que celles visées aux articles 517 et 518.

La Commission des caisses d'assurance soins peut changer à tout moment la catégorie de dépendance d'un résident au terme d'un examen médical.

Art. 513. § 1er. Dans les centres de soins résidentiels, y compris, le cas échéant, les centres de court séjour associés, comptant au total 50 résidents ou moins, tous les résidents doivent être examinés. Dans des centres de soins résidentiels, y compris, le cas échéant, les centres de court séjour associés, comptant plus de 50 résidents, au moins 20% de tous les résidents, avec un minimum de 50 résidents, doivent être examinés. Ces résidents sont choisis au hasard par la Zorgkassencommissie (Commission des caisses d'assurance soins). Ce choix a lieu sur la base d'une liste mise à disposition par la structure de soins concernée et sur laquelle tous les résidents sont classés par ordre alphabétique, sans mentionner la catégorie de dépendance et la caisse d'assurance du résident. La catégorie de dépendance du résident est exceptionnellement mentionnée s'il appartient à la catégorie de dépendance D. Les centres de soins résidentiels, y compris, le cas échéant, les centres de court séjour associés, mettent également les listes suivantes à la disposition de la Zorgkassencommissie :

1° une liste indiquant la composition du personnel contractuel ou statutaire au jour de la visite ;

2° sous pli fermé, une liste de tous les résidents présents le jour de la visite, indiquant leur catégorie de dépendance par rapport à la date de la lettre recommandée visée à l'article 512, alinéa 1er, ou le jour de la visite, dans le cas où l'article 512, alinéa 2, est applicable.

§ 2. Pour les résidents appartenant à la catégorie de dépendance D, seuls les critères de dépendance physique sont examinés pour déterminer s'ils ne doivent pas être classés dans la catégorie de dépendance Cd.

Pour les résidents classés dans la catégorie de dépendance D ou Cd sur la base d'un bilan diagnostique spécialisé pour la démence, la Zorgkassencommissie vérifiera si la date du bilan diagnostique spécialisé pour la démence établi par un médecin spécialiste en neurologie, gériatrie ou psychiatrie est bien mentionnée dans le dossier de soins visé à l'article 450. Dans le cas contraire, ces patients sont réaffectés à la catégorie de dépendance correspondant à leur dépendance physique et psychologique pendant la visite.

S'il est établi que des patients qui appartenaient à la catégorie de dépendance Cd avant le contrôle et pour qui un diagnostic de démence a été posé ne remplissent pas les critères de dépendance physique correspondant à cette catégorie de dépendance, ils sont à nouveau placés dans la catégorie de dépendance D.

Art. 514. Les membres de la Zorgkassencommissie peuvent consulter le dossier individuel de soins du résident pour l'exécution de leur mission. Les membres de la Zorgkassencommissie peuvent également demander au médecin traitant de leur fournir toutes les informations médicales qu'il juge nécessaires.

Art. 515. Les décisions de la Zorgkassencommissie sont communiquées à la structure de soins concernée, à la caisse d'assurance soins, à l'entreprise d'assurance et à l'Agence. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'entrée en vigueur de la décision de la Zorgkassencommissie.

Simultanément, l'Agence est informée de la catégorie de dépendance dans laquelle le résident était classé avant l'examen, sur la base de l'indication fournie conformément aux articles 435, 440, 441 ou 442. Il s'agit de la catégorie de dépendance à la date de la lettre recommandée annonçant la date de la visite, ou au jour de la visite en cas de visite inopinée.

Si le centre de soins résidentiels et, le cas échéant, le centre de court séjour associé n'approuve pas la décision visée au paragraphe 1, il dispose d'un délai de quinze jours ouvrables à compter de la date de réception de la décision pour communiquer, par lettre recommandée adressée au secrétariat de la Zorgkassencommissie, ses arguments à l'équipe de la Zorgkassencommissie qui a pris cette décision. Cette équipe peut réexaminer sa décision avec effet rétroactif à compter de la date d'entrée en vigueur de la décision révisée, éventuellement après une nouvelle visite dans le centre de soins résidentiels ou le centre de court séjour. Le résultat est communiqué dans les deux mois suivant la date du premier contrôle. À défaut, les demandes de révision sont considérées comme acceptées avec effet rétroactif à compter de la date d'entrée en vigueur de la décision révisée.

En cas de recours à la procédure visée au troisième alinéa, le délai de trois mois dans lequel le centre de soins résidentiels, le cas échéant avec son centre de court séjour, peut engager une action en justice sur la base de l'article 146, §4 du décret du 18 mai 2018, commence à courir à compter de la date à laquelle la décision définitive de la Zorgkassencommissie lui a été communiquée. Cette procédure ne suspend pas l'entrée en vigueur de la décision de la Zorgkassencommissie visée au premier alinéa.

Art. 516. L'agence compare les catégories de dépendance du résident examiné avant et après l'enquête selon le schéma suivant :

Catégorie avant examen Li	0	A	B	C	Cd	D	Total
0	L_iC_i (00)	OA	OB	OC	OCd	OD	L_i
A	AO	L_iC_i (AA)	AB	AC	ACd	AD	L_i
B	BO	BA	L_iC_i (BB)	BC	BCd	BD	L_i
C	CO	CA	CB	L_iC_i (CC)	CCd	CD	L_i
Cd	Cd0	CdA	CdB	CdC	L_iC_i (CdCd)	CdD	L_i
D	DO	DA	DB	DC	DCd	L° iC_i (DD)	L_i
Total	C_i	C_i	C_i	C_i	C_i	C_i	N

Li = total ligne Li

Ci = total colonne Ci

LiCi = accord dans la catégorie

N = total observations

Le taux de concordance (Kappa) entre les deux évaluations est mesuré à l'aide de la formule suivante : Kappa = (Po - Pe)/(1 - Pe); coefficient de concordance, où : Po = (sigmaLiCi)/N ; population observée et Pe = (sigmaLi x Ci)/N2 ; population prévue.

Le résultat est arrondi à deux chiffres après la virgule.

Si Kappa est inférieur à 0,55, l'indication est appliquée de manière problématique dans le centre de soins pour résidentiels, le cas échéant avec le centre de soins de courte durée correspondant. Si Kappa est inférieur à 0,40, l'indication est significativement mal appliquée dans le centre de soins résidentiels, ainsi que le centre de court séjour associé le cas échéant.

Art. 517. Dans le cas d'un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, du centre de court séjour associé qui, après une adaptation éventuelle visée à l'article 515, paragraphe 3, applique en application de l'article 516 l'indication de manière problématique ou significativement erronée, l'Agence calcule l'incidence financière de la discordance.

La discordance visée au premier alinéa correspond à la différence entre le financement F1 et le financement F2, où :

1° F1 = le financement de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour, calculé conformément aux articles 474 à 486 inclus, sur la base du nombre de résidents par catégorie de dépendance à la date de la visite, avant les décisions de la Zorgkassencommissie, et sur l'efficacité du personnel à la date de la visite ;

2° F2 = le financement de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour, calculé conformément aux articles 474 à 486 inclus, sur la base du nombre de résidents par catégorie de dépendance, conformément aux décisions de la Zorgkassencommissie, et sur la base de l'effectif à la date du séjour.

Le calcul du financement visé au deuxième alinéa, 1° et 2°, est basé sur les coûts salariaux visés à l'article 480 ;

En comparant F1 avec F2, les situations suivantes existent :

1° si Kappa est inférieur à 0,55 mais égal ou supérieur à 0,4 :

a) si la différence entre F1 et F2 est inférieure ou égale à 5%, ce résultat est communiqué au centre de soins résidentiels, ainsi le cas échéant qu'au centre de court séjour associé, et est considéré comme un avertissement qui peut entraîner un nouveau contrôle inopiné des résidents dans un délai d'un an après le premier contrôle ;

b) si F1 est supérieur à F2 avec un pourcentage supérieur à 5%, le montant de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour est réduit de ce pourcentage pendant une période de six mois ;

c) si F1 est inférieur à F2 avec un pourcentage supérieur à 5%, le montant de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour est réduit de 5% pendant une période de six mois s'il est établi que ce centre avec, le cas échéant, le centre de court séjour associé, ne disposait pas, au jour des décisions de la Zorgkassencommissie, d'effectifs suffisants pour répondre aux normes visées aux articles 429 à 432 inclus, et au titre 3, suite aux décisions de la Zorgkassencommissie ;

2° si Kappa est inférieur à 0,4 :

a) si F1 est inférieur à F2, le montant de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, un centre de court séjour est réduit de 5% pendant une période de six mois s'il est établi que le centre de soins résidentiels et, le cas échéant, le centre de court séjour associé ne disposait pas, au jour des décisions de la Zorgkassencommissie, d'effectifs suffisants pour satisfaire aux normes visées aux articles 429 à 432 et au titre 3 suite à la décision de la Zorgkassencommissie ;

b) si F1 est supérieur à F2 avec un pourcentage de 5% ou moins, le montant de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour est réduit de ce pourcentage, multiplié par 1,01, pendant une période de six mois ;

c) si F1 est supérieur à F2 avec un pourcentage supérieur à 5%, le montant de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour est réduit de ce pourcentage, multiplié par 1,5, pendant une période de six mois ;

Art. 518. L'agence transfère le schéma visé à l'article 516 et le Kappa au centre de soins résidentiels et, le cas échéant, au centre de court séjour correspondant. En cas d'application de l'article 517, l'Agence communique le pourcentage de réduction de la partie A1 de l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels et, le cas échéant, dans un centre de court séjour, aux caisses d'assurance soins et au centre de soins résidentiels, ainsi que, le cas échéant, au centre de court séjour correspondant, ainsi que le montant modifié de la partie A1. Cette réduction prend effet le premier jour du mois qui suit la date de l'avis et court pour une période de six mois.

Titre 2. — ***Centre de soins de jour***

Art. 519. Les articles 512 à 515 s'appliquent mutatis mutandis au contrôle des indications des personnes fréquentant un centre de soins de jour qui sont présentes dans le centre de soins de jour en question.

Partie 6. — Facturation

Art. 520. L'intervention de prise en charge dans un centre de soins résidentiels, un centre court séjour ou un centre de soins de jour accordée à l'usager conformément aux dispositions du présent arrêté est versée au centre de soins résidentiels ou au centre de soins de jour auquel il a accès par un droit de tirage de l'usager, par la caisse d'assurance soins auquel il est affilié, conformément aux dispositions de la présente partie.

La facturation à la caisse d'assurance soins de l'intervention visée au premier alinéa doit toujours être précédée de l'approbation de l'inscription de l'usager par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 438.

Art. 521. § 1er. Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour facturent l'intervention pour les soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager, qui a droit à une allocation, est affilié. La facturation par ces structures de soins a lieu sur une base mensuelle et par caisse d'assurance soins, via une application numérique.

Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour qui n'utilisent pas une application numérique au sens du premier alinéa ne peuvent facturer aux caisses d'assurance soins. Les articles 531 à 534 s'appliquent dans le cadre de la facturation par les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soin de jour.

§2. Pour la facturation visée au paragraphe 1, la structure de soins établit un relevé mensuel individuel numérique des coûts par usager et par caisse d'assurance soins.

Le relevé des coûts individuel numérique contient les sections suivantes :

1° coordonnées de l'usager ;

2° coordonnées de la structure de soins ;

3° coordonnées de la caisse d'assurance soins ;

4° un récapitulatif de la durée du séjour ;

5° un récapitulatif du prix quotidien facturé et des remises et des réductions applicables ;

6° un récapitulatif des suppléments facturés ;

7° le cas échéant, un récapitulatif des avances au bénéfice de tiers ;

8° le cas échéant, un récapitulatif des services et fournitures remboursées ;

9° le cas échéant, un état des montants payés d'avance pour la durée du séjour ;

10° le montant de l'intervention pour les soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour.

Le Ministre peut déterminer les modalités relatives à la structure et aux codes de prestation du relevé des coûts individuels.

§3. Le montant des relevés des coûts soumis aux caisses d'assurance soins est dû dès leur réception, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 4. Les relevés des coûts individuels mensuels doivent être remplis correctement et complètement, faute de quoi ils seront refusés et renvoyés à la structure de soins concernée.

Les relevés de coûts individuels doivent respecter les conditions d'octroi des interventions facturées prévues par le décret du 18 mai 2018 et le présent arrêté.

Les éléments du relevé des coûts individuel qui ne remplissent pas les conditions énoncées au paragraphe 2 sont rejetés. Les liasses de relevés des coûts individuels dont le nombre d'éléments rejetés atteint une part déterminée par le ministre seront refusées dans leur intégralité.

§5. Les relevés des coûts individuels qui remplissent les conditions visées aux paragraphes 1 à 4 sont payés par la caisse d'assurance soins au plus tard dans un délai de six semaines à compter de la date de réception du relevé des coûts individuel correctement et entièrement rempli, à l'exception des éléments qui ne remplissent pas les conditions visées aux paragraphes 1 à 4.

§6. Conformément à l'article 486, §5, une nouvelle structure de soins reçoit une régularisation financière de l'intervention pendant le trimestre de l'agrément et les deux trimestres suivants.

Les relevés des coûts individuels pour la régularisation financière visée au premier alinéa qui remplissent les conditions visées aux paragraphes 1 à 4 sont payées par la caisse d'assurance soins au plus tard dans un délai de six semaines à compter de la date de réception du relevé des coûts individuel correctement et entièrement rempli, à l'exception des éléments qui ne remplissent pas les conditions visées aux paragraphes 1 à 4.

§ 7. Si les relevés de frais mensuels ne sont pas payés dans les six semaines suivant leur réception, des intérêts de retard sont dus sans mise en demeure à compter du premier jour suivant cette date. Le montant de ces intérêts correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne fixé à l'échéance, majoré de 1,75 %.

Toutefois, les intérêts de retard visés au premier alinéa ne sont pas dus si la caisse d'assurance soins n'a pas été en mesure d'effectuer le paiement pour cause de force majeure dans les délais prescrits, à condition que la caisse d'assurance soins fournisse des preuves suffisantes pour justifier le cas de force majeure vis-à-vis de la structure de soins. En cas de contestation, l'Agence décide s'il y a ou non force majeure. Les problèmes de personnel ou d'organisation de la caisse d'assurance soins ne peuvent être acceptés comme cas de force majeure s'ils ne résultent pas de circonstances exceptionnelles et imprévues.

Si le retard de paiement est imputable à l'Agence, il n'est pas considéré comme un cas de force majeure visé au paragraphe 2. Dans ce cas, des intérêts de retard sont dus, à la charge de l'Agence.

Pour que les intérêts visés au paragraphe 1 soient exigibles en cas de retard de paiement de la part de la caisse d'assurance soins, les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour sont tenus de présenter des relevés des coûts avant la fin du mois suivant celui auquel se rapporte le relevé individuel.

Art. 522. Si la caisse d'assurance soins du centre de soins résidentiels, du centre de soins de courte durée ou du centre de soins de jour constate des lacunes répétées dans la préparation et l'envoi des relevés des coûts, conformément à l'article 521, §§1-4, ou des demandes d'admission ou des indications visées à la partie 1, titre 4, la caisse d'assurance soins en informe la structure de soins concernée.

Si la structure de soins visée au premier alinéa n'a pas pris de mesures pour remédier aux lacunes constatées dans les trente jours, la caisse d'assurance soins en informe l'Agence. L'Agence évalue ensuite des mesures à prendre à l'égard de cette structure de soins.

Art. 523. Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour ne peuvent facturer aux caisses d'assurance soins les services, produits et primes visés à la partie 2, titre 2, qu'à concurrence du montant de l'intervention pour soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour, tel que notifié par l'Agence conformément aux articles 454, paragraphe 3, et 456, §2, point 3).

Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour ne peuvent inclure sur la facture de l'usager des services, produits et primes visés à la partie 2, titre 2, aucun montant autre que le montant de l'intervention pour les soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour, tel que notifié par l'Agence conformément à l'article 454, paragraphe 3, de l'article 456, §2, troisième alinéa.

Art. 524. L'éventuelle mise à disposition de fauteuils roulants (fauteuils roulants manuels standard), de béquilles ou d'aides à la marche (cadres de marche pour adultes avec quatre supports fixes et deux supports fixes et deux roues sans siège) pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer de manière autonome ne peut être facturée séparément à l'usager.

Art. 525. À la fin de chaque mois, les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour établissent une facture usager pour chaque usager. Une copie de la facture usager est envoyée à l'usager ou à toute personne physique ou morale qui est entièrement ou partiellement responsable du paiement de la facture usager mensuelle.

Art. 526. La facture usager contient les mêmes rubriques que le relevé des coûts numérique et les unités, montants et autres informations figurant sur la facture d'utilisation correspondent exactement aux informations contenues dans le relevé des coûts numérique visé à l'article 521.

Le ministre peut déterminer les éléments à inclure dans la facture usager et peut imposer un modèle de facture usager.

Art. 527. Les centres de soins résidentiels et les centres de court séjour déduisent du prix journalier sur la facture de l'usager l'intervention au coût consolidé du matériel d'incontinence. Le cas échéant, le montant maximal de la subvention obtenu par application de la subvention d'infrastructure visée à l'article 11 de l'arrêté du 24 juillet 2009 est également déduit du prix journalier. Ces montants sont explicitement mentionnés sur la facture usager comme faisant partie des interventions de la protection sociale flamande.

Les centres de soins de jour déduisent l'intervention pour les frais de déplacement pour les centres de soins de jour du prix journalier sur la facture usager.

Ce montant est explicitement mentionné sur la facture usager comme faisant partie des interventions de la protection sociale flamande.

Art. 528. L'agence verse aux centres de soins résidentiels et aux centres de soins de jour utilisant une application numérique certifiée conformément à la procédure visée aux articles 531 à 534 une prime informatique unique de 800 euros s'ils envoient leurs données de facturation aux caisses d'assurance soins sous forme numérique.

Art. 529. § 1er. Les centres de soins résidentiels ne peuvent facturer plus de jours par trimestre que le nombre maximal de jours correspondant de leur capacité agréée.

Les centres de court séjour et les centres de soins de jour ne peuvent facturer plus de jours par an que le nombre maximal de jours correspondant à leur capacité agréée.

En dérogation aux premier et deuxième alinéas, ce qui précède s'applique à l'intervention pour frais de déplacement du centre de soins de jour visé à l'article 459, 2° :

1° les centres de soins de jour pour personnes dépendantes peuvent facturer une indemnité pour les frais de déplacement pour la garde de jour pour chaque jour où un usager qui remplit les conditions visées à l'article 422 est présent au centre de soins de jour ;

2° les centres de soins de jour pour personnes atteintes d'une maladie grave peuvent facturer une participation aux frais de déplacement pour le centre de soins de jour pour chaque jour où un usager qui remplit les conditions visées à l'article 422 est présent dans le centre de soins de jour.

§2. Si le nombre maximum de jours à facturer conformément au paragraphe 1 est dépassé, la caisse d'assurance soins ne tiendra pas compte, dans l'ordre de réception, des jours facturés qui excèdent le nombre maximum de jours à facturer.

Si un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour a facturé trop de jours, la structure de soins doit ramener le nombre de jours facturés à la quantité maximale autorisée.

Art. 530. L'application de l'article 62 du décret du 18 mai 2018 à la facturation par un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour à la caisse d'assurance soins conformément aux dispositions du présent titre a pour conséquence que la structure de soins doit facturer l'allocation pour soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour dans un délai ne dépassant pas deux ans à compter du jour du séjour auquel l'intervention est liée, sauf en cas d'interruption ou de suspension de la période de prescription. Le droit d'interrompre le délai de prescription est établi par lettre recommandée adressée aux caisses d'assurance soins.

Partie 7. — Logiciels

Art. 531. § 1er. L'application numérique visée aux articles 435, §1 et 521, §1, doit répondre aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité déterminées par le ministre, après avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence est chargée de certifier les applications numériques qui remplissent les conditions visées au paragraphe 1.

§2. Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour qui n'utilisent pas l'application numérique visée au paragraphe 1 ne peuvent pas notifier l'admission conformément à la partie 1, titre 4, en vue d'obtenir des interventions pour soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour et ne peuvent facturer aux caisses d'assurance soins.

§3. Les experts mentionnées au paragraphe 1 sont proposés par les organisations professionnelles concernées. Le ministre peut fixer d'autres règles en rapport avec la composition et le fonctionnement du groupe d'experts indépendants.

Art. 532. § 1er. Les demandes d'attestation conformément à l'article 531, §1, deuxième alinéa, peuvent être soumises à l'Agence par les fournisseurs de logiciels concernés.

Dans un délai d'un mois à compter de la présentation d'une demande conformément au paragraphe 1, l'Agence organise un essai afin de vérifier si l'application numérique pour laquelle l'attestation est demandée remplit les conditions énoncées à l'article 531, paragraphe 1, alinéa 1, et rédige un rapport d'essai.

Le ministre peut fixer d'autres règles en rapport avec les demandes visés au premier alinéa et l'organisation des tests visés au deuxième alinéa.

§2. L'Agence transmet le rapport d'essai rédigé conformément au paragraphe 1, deuxième alinéa, au groupe d'experts indépendants visé à l'article 531, paragraphe 1, premier alinéa, qui émet un avis à l'intention de l'Agence dans un délai d'un mois après réception du rapport.

Après avis unanime du groupe d'experts indépendants, l'Agence prend la décision d'octroyer ou de refuser l'attestation de l'application numérique et informe le demandeur de cette décision.

§3. Les fournisseurs de logiciels développant une application numérique peuvent soumettre une nouvelle application à l'Agence à tout moment.

Art. 533. L'attestation d'une application numérique délivrée conformément à l'article 532 est valable jusqu'au 31 décembre de la troisième année suivant celle de l'attestation.

Pendant la période couverte par l'attestation, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont réputées continuer à répondre aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 531, §1, premier alinéa.

S'il y a lieu de penser qu'une application numérique ne répondrait plus aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 344, paragraphe 1, alinéa 1, l'Agence peut, après avis du groupe d'experts indépendants, décider d'organiser un nouvel essai dans le délai couvert par l'attestation en cours. En fonction du résultat de l'essai, l'Agence peut décider, après avis contraignant du groupe d'experts indépendants, de confirmer ou de retirer l'attestation ou d'abréger la période d'attestation.

En cas de modification des exigences fonctionnelles, de fiabilité et de sécurité visées à l'article 531, §1, premier alinéa, l'Agence peut, après consultation du groupe d'experts indépendants, décider d'abréger la période d'attestation ou d'imposer des essais supplémentaires ou nouveaux.

Art. 534. Les certificats délivrés conformément aux dispositions de la présente partie sont publiés sur le site internet de l'Agence avec mention de leur durée de validité.

Livre 4. — Dispositions modificatives

Partie 1ère. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs

Art. 535. Au point 4 de l'annexe à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs, modifié pour la dernière fois par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 juillet 2017, la disposition « - la commission de réclamation, visée à l'article 130 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacée par la disposition « - la commission professionnelle administrative visée à l'article 144 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 2. — Modification de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art. 536. Le paragraphe 8 de l'article 28 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 27 mai 2014, est supprimé.

Partie 3. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 mai 1995 portant approbation et subventionnement des réseaux palliatifs

Art. 537. L'article 8 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 mai 1995 portant approbation et subventionnement des réseaux palliatifs est modifié comme suit :

1° le point 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° les centres de soins résidentiels agréés sans agrément supplémentaire ; » ;

2° le point 3° est remplacé par ce qui suit :

« 3° les centres de soins résidentiels agréés avec agrément supplémentaire ; » ;

Art. 538. Dans l'article 27 du même arrêté, tel que modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 2009, les termes « centre de soins résidentiels, maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « centre de soins résidentiels, avec ou sans agrément supplémentaire ».

Partie 4. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent

Art. 539. Dans l'article 1er, paragraphe 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent, insérée par l'arrêté du gouvernement flamand du 19 janvier 2007 et modifiée par la décision du gouvernement flamand du 14 octobre 2016, les termes « visée dans le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par « visés dans le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 5. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement

Art. 540. À la rubrique 49.1 de l'annexe de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015, la partie de phrase « centres de repos et de soins agréés par la Communauté flamande en application de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises », est remplacée par « centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, agréés par la Communauté flamande conformément à l'article 10/4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité ».

Partie 6. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 juin 2000 fixant la procédure d'agrément spécial d'un centre de soins de jour

Art. 541. Dans l'intitulé de la version néerlandaise de l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 juin 2000 fixant la procédure d'agrément spécial d'un centre de soins de jour, les mots « l'agrément spécial d'un centre de soins de jour » sont remplacés par « l'agrément supplémentaire d'un centre de soins de jour ».

Art. 542. À l'article 1 du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 31 mars 2006, 12 janvier 2007 et 7 décembre 2012, les modifications suivantes sont apportées :

1° le point 3° est remplacé comme suit :

« 3° l'arrêté du 24 juillet 2009 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité ; » ;

2° le point 4° est remplacé comme suit :

« 4° agrément : l'agrément supplémentaire visé à l'article 10/5 du décret du 24 juillet 2009 ; » ;

3° le point 5° est remplacé comme suit :

« 5° centre : un centre de soins de jour doté d'un agrément supplémentaire, c'est-à-dire un centre soins de jour qui offre une structure de soins accueillant des personnes gravement dépendantes ayant besoin de soins en journée et qui fournit le soutien nécessaire au maintien de ces personnes dans leur milieu de vie ou qui offre une structure de soins accueillant en journée des personnes souffrant d'une maladie grave et qui requièrent des soins appropriés, et fournissant le soutien nécessaire au maintien de ces personnes dans leur milieu de vie ; » ;

4° le point 6° est remplacé comme suit :

« 6° unités de séjour : possibilités d'admission en centre de soins de jour ; ».

Art. 543. Dans le même arrêté, l'intitulé du chapitre II est remplacé comme suit :

« L'agrément supplémentaire »

Art. 544. Le point 3° de l'article 2 du même arrêté, tel que modifié par le décret du gouvernement flamand du 7 décembre 2012, est remplacé comme suit :

« 3° le centre remplit les conditions d'agrément énumérées au chapitre III/1 de l'annexe IX ou au chapitre III/1 de l'annexe XV de l'arrêté du 24 juillet 2009. ».

Art. 545. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 4 de la version néerlandaise du même arrêté, tel que modifiée par les arrêtés du Gouvernement flamand du 24 juin 2009 et du 7 décembre 2012 :

1° au point 3°, les mots « centrum voor dagverzorging » sont remplacés par le mot « dagverzorgingscentrum »;

2° le point 4° est supprimé.

Art. 546. dans l'article 10, premier alinéa, du même arrêté, tel que modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2012, l'expression « respect des conditions d'agrément prévues à l'annexe 2 de l'arrêté du 21 septembre 2004 » est remplacée par « respect des conditions d'agrément prévues au chapitre III/1 de l'annexe IX ou à l'annexe XV de l'arrêté du 24 juillet 2009 ».

Art. 547. Dans l'article 11 de la même loi, telle que modifiée par la loi du gouvernement flamand du 12 janvier 2007, les termes « normes d'agrément » sont remplacés par les termes « conditions d'agrément ».

Partie 7. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2000 établissant les conditions d'octroi d'un budget d'assistance personnelle aux personnes handicapées

Art. 548. Dans l'article 8, §7 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2000 établissant les conditions d'octroi d'un budget d'assistance personnelle aux personnes handicapées, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2006 et remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 6 février 2015, les mots « maison de repos et de soins » sont remplacés systématiquement par les mots « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Art. 549. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 10, paragraphe 4, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du gouvernement flamand du 26 février 2016 :

1° dans le septième alinéa, les mots « un centre de soins résidentiels ou une maison de repos et de soins » sont remplacés par « un centre de soins résidentiels, avec ou sans agrément supplémentaire » ;

2° dans le paragraphe 8, les termes « un centre de soins résidentiels ou une maison de repos et de soins » sont remplacés par « un centre de soins résidentiels sans agrément supplémentaire ou un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Partie 8. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées

Art. 550. Le deuxième alinéa de l'article 6 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées, remplacé par l'arrêté du gouvernement flamand du 9 décembre 2011 et modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 1er février 2013 est supprimé.

Art. 551. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 7 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 29 novembre 2013 :

1° au premier alinéa, 2°, b), les termes « et en annexe II, jointe au présent arrêté » sont supprimés ;

2° au premier alinéa, 2°, c), les termes « ou en annexe II, jointe au présent arrêté » sont supprimés ;

3° au paragraphe 2, les mots « y compris les aides à la mobilité visées en annexe II, jointe au présent arrêté » sont supprimés.

Art. 552. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 16 du même arrêté, tel que modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 19 juillet 2002, 14 mai 2004, 12 décembre 2008, 17 décembre 2010 et 9 décembre 2011 :

1° au deuxième alinéa, les mots « II et » sont supprimés ;

2° au sixième alinéa, les mots « , et les montants énumérés en annexe II Fauteuils roulants, jointe au présent arrêté, » sont supprimés.

Art. 553. L'annexe II du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er février 2013 et modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 29 novembre 2013, est abrogée.

Partie 9. — Modification de l'arrêté royal du 12 décembre 2001 relatif aux titres-services

Art. 554. Dans l'article 1, premier alinéa, 7° b) de l'arrêté royal du 12 décembre 2001 relatif aux titres-services, restauré par l'arrêté royal du 28 septembre 2008 et remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016, les termes « qui reçoit une allocation pour l'aide aux personnes âgées, sur la base du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par les termes « qui reçoit un budget de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins, sur la base du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 10. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé)

Art. 555. Dans l'article 3, premier alinéa, 5° de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 016, les mots « l'article 18, § 1er, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par les mots « l'article 21, § 1er, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande »

Partie 11. — Modifications de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises

Art. 556. Dans l'article 1 de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, modifié par les arrêtés royaux du 7 juin 2009 et du 15 décembre 2013, les points 1°, 3°, 4°, 5° et 7° sont supprimés.

Art. 557. Dans le même arrêté royal, les articles suivants sont abrogés :

1° l'article 2 ;

2° l'article 2*bis*, inséré par l'arrêté royal du dimanche 15 décembre 2013 ;

3° article 3, modifié par l'arrêté royal du 15 décembre 2013.

Art. 558. Dans le même arrêté royal, les articles suivants sont abrogés :

1° l'article 4 ;

2° les articles 5 et 6, modifiés par l'arrêté royal du 15 décembre 2013.

Art. 559. L'annexe 1 du même arrêté, telle que modifiée par les arrêtés royaux des 7 juin 2009, 9 mars 2014, 18 décembre 2014, 9 juillet 2015 et 27 novembre 2015, est abrogée.

Art. 560. L'annexe 2 du même décret, telle que modifiée par les arrêtés royaux des 7 juin 2009, 15 décembre 2013 et 9 mars 2014, est abrogée.

Partie 12. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er septembre 2006 réglant la garantie d'investissement alternative octroyée par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden »

Art. 561. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er septembre 2006 réglant la garantie d'investissement alternative octroyée par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden », modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 19 juin 2009, 24 juillet 2009, 4 juin 2010 et 10 novembre 2011 ;

1° le point 5° est remplacé par ce qui suit :

« 5° centre de services de soins et de logement avec agrément supplémentaire: un centre de services de soins et de logement agréé, tel que visé à l'article 52/ 1, deuxième alinéa du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ; »;

2° au point 8°, les mots « un hôpital, une maison de repos et de soins, un foyer de soins psychiatriques ou une fonction d'hospitalisation de jour dans un hôpital » sont remplacés par les mots « un hôpital, un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, un foyer de soins psychiatriques ou une fonction d'hospitalisation de jour dans un hôpital ».

Partie 13. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 juillet 2007 portant composition et fonctionnement des conseils consultatifs auprès des agences autonomisées internes du domaine politique de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille

Art. 562. Dans l'article 1, premier alinéa, 4° de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 juillet 2007 portant composition et fonctionnement des conseils consultatifs auprès des agences autonomisées internes du domaine politique du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, remplacé par l'arrêté du Gouvernement du 14 octobre 2016, les mots « établi par le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par les mots « visé à l'article 9 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 563. À l'article 2, paragraphe 4 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du gouvernement flamand du 14 octobre 2016, les termes « article 14 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par les termes « article 17 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 564. À l'article 5 du même arrêté tel que modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 14 octobre 2016, les termes « conformément à l'article 14 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par les termes « conformément à l'article 17 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 14. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement

Art. 565. Dans l'article 24, quatrième alinéa de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 6 février 2009, le point 1° est remplacé comme suit :

« 1° une attestation, délivrée par une caisse d'assurance soins agréée par la Communauté flamande, attestant que la personne ayant une capacité réduite d'autosoin est reconnue comme une personne ayant besoin de soins dans le cadre du budget flamand des soins pour les personnes ayant un besoin grave de soins ; ».

Partie 15. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité

Art. 566. À l'article 1er de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 2 mars 2018 et 12 octobre 2012, il est ajouté un chapitre III/1 composé de l'article 10/4 et 10/5 et libellé comme suit :

« Chapitre III/1 Conditions supplémentaires d'agrément

Art. 10/4. Un agrément supplémentaire peut être accordé aux centres de soins résidentiels qui offrent une structure de soins accueillant des personnes gravement dépendantes ayant besoin de soins.

L'agrément supplémentaire d'un centre de soins résidentiels peut concerner :

1° soit la totalité des logements ;

2° soit une partie de ceux-ci.

Afin d'obtenir et de maintenir l'agrément supplémentaire visé au paragraphe 1, un centre de soins résidentiels doit remplir les conditions fixées à l'annexe XII, chapitre III/1.

Art. 10/5. §1. Un agrément supplémentaire peut être accordé à un centre de soins de jour :

1° soit pour l'accueil de personnes dépendantes correspondant aux catégories de dépendance F, Fd ou D visées à l'article 426, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du vendredi 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

2° soit pour l'accueil de personnes souffrant d'une maladie grave correspondant à la catégorie de dépendance Fp visée à l'article 427 du décret du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 portant application du décret du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 relatif à la protection sociale flamande.

§2. L'agrément supplémentaire en tant que centre de soins de jour pour personnes dépendantes peut être accordé aux centres de soins de jour offrant une structure d'accueil qui accueille en journée des personnes fortement dépendantes et fournissant le soutien nécessaire au maintien de ces personnes dans leur milieu de vie tel que visé à l'annexe IX.

§3. Un agrément supplémentaire de centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave peut être accordé aux centres de soins de jour offrant une structure d'accueil de jour pour les personnes souffrant d'une maladie grave nécessitant des soins appropriés et apportant le soutien nécessaire au maintien de ces personnes dans leur environnement familial, telles que visées à l'annexe XV.

§ 4. Afin d'obtenir et de maintenir un agrément supplémentaire pour l'accueil des personnes dépendantes visées au paragraphe 1, 1°, un centre de soins de jour doit remplir les conditions visées à l'annexe IX, chapitre III/1.

Afin d'obtenir et de maintenir un agrément supplémentaire pour l'accueil des personnes atteintes d'une maladie grave visée au paragraphe 1, 2°, un centre de soins de jour doit remplir les conditions prévues au chapitre 3/1 de l'annexe XV.

§5. Le nombre d'entités agréées d'un centre de soins de jour bénéficiant d'un agrément supplémentaire est indiqué dans la décision d'agrément qui précise également s'il est accordé un agrément supplémentaire en tant que centre de soins de jour pour personnes dépendantes ou un agrément supplémentaire en tant que centre de soins de jour pour personnes atteintes d'une maladie grave. ».

Art. 567. Dans l'article 2, premier alinéa, 3°, de l'annexe V du même arrêté, tel que modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 octobre 2012, les termes « aide aux personnes âgées » sont remplacés par les termes « budget de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins ».

Art. 568. Dans l'article 51 de l'annexe IX du même arrêté, remplacé par l'arrêté du gouvernement flamand du 14 septembre 2012, le point 10° est remplacé par le texte suivant :

« 10° le centre de soins de jour ne peut obtenir d'agrément supplémentaire au sens de l'article 10/5 §1 du présent arrêté; ».

Art. 569. Dans l'annexe IX du même arrêté, remplacé par l'arrêté du gouvernement flamand du 14 septembre 2012 et modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 16 mai 2014, un chapitre III/1, composé des articles 51/3 à 51/6, est inséré et, libellé comme suit :

« Chapitre III/1. Agrément supplémentaire

Section I. Conditions générales d'agrément

Art. 51/3. Les centres de soins de jour avec agrément supplémentaire pour l'accueil des personnes dépendantes sont destinés aux personnes relevant des catégories de dépendance F, Fd ou D visées à l'article 426 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale en Flandre.

Section II. Conditions fonctionnelles d'agrément

Art. 51/4. Une unité distincte doit être créée pour les centres de soins de jour mentionnés dans ce chapitre et situés dans un centre de soins résidentiels.

Section III. Conditions organisationnelles d'agrément

Art. 51/5. §1. Les conditions d'agrément suivantes s'appliquent au personnel par quinze personnes hébergées dans un centre de soins de jour avec agrément supplémentaire pour l'accueil des personnes dépendantes :

1° 0,75 équivalent temps plein infirmier ;

2° 2,03 équivalents temps plein unités de personnel qui assistent effectivement les infirmiers dans la prestation des soins, assistent les personnes dépendantes dans les activités de la vie quotidienne, le maintien de l'autonomie et le maintien de la qualité de logement et de vie ;

3° 0,35 équivalent temps plein kinésithérapeute, ergothérapeute ou orthophoniste, ou une combinaison de deux ou trois de ces qualifications avec un total de 0,35 ETP ;

4° 0,63 équivalent temps plein qui occupe un poste dans le domaine de la réactivation des personnes âgées et possède l'une des qualifications suivantes : gradué, baccalauréat, maîtrise ou physiothérapie ; gradué, baccalauréat ou maîtrise en orthophonie ; gradué ou baccalauréat en ergothérapie, gradué ou baccalauréat en sciences de la réadaptation ; gradué ou baccalauréat en diététique ; gradué, baccalauréat, maîtrise ou maîtrise en ortho-pédagogie ; gradué, baccalauréat, études supérieures ou maîtrise en psychomotricité ; gradué ou maîtrise en psychologie ; gradué ou baccalauréat en psychologie ; gradué ou baccalauréat en assistance psychologique et équivalent ; gradué ou baccalauréat en travail social, en soins de santé sociale, en infirmière spécialisée en santé communautaire ; gradué ou baccalauréat en sciences familiales ; gradué ou maîtrise en gérontologie, gradué ou baccalauréat en éducation.

Le personnel visé au premier alinéa, 2°, doit au moins justifier des qualifications exigées par : le certificat ou diplôme de l'enseignement secondaire, le certificat d'études secondaires ou le certificat de qualification ou le certificat de l'enseignement secondaire en : aide familiale et sanitaire, garde d'enfants, aide infirmière, travail communautaire, aide familiale et aide aux personnes âgées, aide familiale, soins spéciaux pour les jeunes, soins personnels, assistant(e) en gériatrie, éducateur, moniteur de collectivité, auxiliaires polyvalentes des services à domicile et en collectivités ou aide polyvalente de collectivités ou aide-soignant. Les personnes ayant suivi avec succès une formation reconnue par l'autorité compétente de la Communauté flamande sont assimilées au personnel infirmier.

§2. Au moins une personne remplissant les conditions de l'un des points mentionnés au paragraphe 1 doit être présente en permanence pour assurer l'accueil et les soins des personnes.

§3. Si le centre de soins de jour disposant d'un agrément supplémentaire pour l'accueil des personnes dépendantes ne remplit pas les conditions d'agrément du personnel visées au paragraphe 1 pour une ou plusieurs qualifications du personnel, l'insuffisance d'une certaine qualification peut être compensée par un excédent de personnel ayant une qualification différente selon les règles visées au deuxième alinéa. En tout état de cause, une telle compensation n'est pas possible si elle concerne une lacune dans la condition d'agrément du personnel visée au paragraphe 1, premier alinéa, 3°.

La compensation visée au premier alinéa s'applique conformément aux règles suivantes :

1° un manque de personnel de réactivation visé au paragraphe 1, premier alinéa, 4° peut être compensé jusqu'à concurrence de 20% par un excédent d'infirmiers diplômés ou de bacheliers en soins infirmiers ;

2° un manque d'infirmières visées au paragraphe 1, premier alinéa, 1° peut être compensé jusqu'à concurrence de 20% par un excédent de personnel de réactivation visé au paragraphe 1, premier alinéa, 4° ;

3° un manque de professionnels de santé visée au paragraphe 1, premier alinéa, 2°, peut être compensé sans limitation par un surplus d'infirmières visées au paragraphe 1, premier alinéa, 1°, ou de personnel de réactivation visé au paragraphe 1, premier alinéa, 4°.

Section IV. Données statistiques

Art. 51/6. Le centre de soins de jour disposant d'un agrément supplémentaire pour l'accueil des personnes dépendantes doit communiquer à l'Agence Zorg en Gezondheid les données statistiques relatives au centre de soins de jour, conformément aux règles fixées par le ministre et dans le délai fixé par ce dernier. ».

Art. 570. Au chapitre IV, section I, de l'annexe XI du même arrêté, tel que modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 17 mars 2017, un nouvel article 15/0 libellé comme suit est inséré :

« Art. 15/0. La présente section ne s'applique qu'aux centres de court séjour agréés opérant dans des locaux spécialisés de centres de revalidation agréés destinés à cette fin. ».

Art. 571. Dans l'annexe XII du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du gouvernement flamand du 17 mars 2017, un chapitre III/1, composé des articles 48/1 à 48/28, est inséré comme suit :

« Chapitre III/1. Agrément supplémentaire

Section I. Conditions générales d'un agrément supplémentaire

Art. 48/1. Les unités de logement avec agrément supplémentaire dans un centre de soins résidentiels sont destinées aux personnes qui correspondent aux catégories de dépendance B, C ou Cd, visées à l'article 425 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

Art. 48/2. L'agrément supplémentaire doit porter sur 25 logements au moins.

Section II. Conditions spécifiques d'agrément supplémentaire

Sous-section I. Conditions architectoniques d'agrément

Art. 48/3. Le ou les bâtiments des centres de soins résidentiels doivent répondre aux conditions suivantes :

1° Le centre de soins résidentiels doit être situé de manière à ce que toutes les conditions soient réunies pour le bien-être psychologique et physique des résidents ;

2° toutes les précautions doivent être prises pour prévenir un risque d'incendie ; plus spécifiquement, les centres de soins résidentiels doivent appliquer les règles de sécurité incendie applicables aux centres de soins résidentiels ;

3° Les locaux communs suivants doivent être prévus dans chaque centre de soins résidentiels :

a) au moins une salle à manger et un salon, de préférence séparés, aussi confortables et accueillants que possible, qui, en fonction de la taille du centre, sont présents en nombre suffisant pour assurer le maintien du cadre de vie et, selon que le centre est organisé en différents groupes, sont présents en nombre suffisant pour assurer leur intégration dans le cadre de vie normal ;

b) au moins une salle équipée pour les exercices de kinésithérapie et d'ergothérapie et l'animation de groupe ;

4° les résidents doivent être assistés pour leurs déplacements dans le bâtiment par des mains courantes et des poignées qui doivent également être installées dans l'espace sanitaire, et il doit y avoir des installations de repos dans les couloirs ;

5° dans toutes les pièces et couloirs du centre de soins résidentiels accessibles aux résidents, toutes les différences de niveau telles que marches, escaliers et autres obstacles doivent être éliminées ou, si ce n'est pas possible, signalées clairement et le risque de chute doit être évité ;

6° toutes les pièces du centre de soins résidentiels accessibles aux résidents doivent être suffisamment spacieuses pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de se déplacer facilement ;

7° il ne peut y avoir plus de deux unités de logement par chambre, et la moitié au moins de la capacité d'accueil doit être constituée de chambres individuelles ;

8° toutes les chambres doivent être dotées d'un cabinet de toilette séparé avec au moins un lavabo et des toilettes ;

9° la surface nette de la chambre une personne doit être d'au moins 12 m^2, compte non tenu des installations sanitaires. Cette surface sera portée à 18 m2 pour deux personnes ;

10° chaque chambre doit disposer de l'eau courante chaude et froide ;

11° chaque chambre doit disposer d'un éclairage artificiel suffisant, que le résident peut contrôler depuis son lit et qui est adapté aux conditions locales ;

12° la nuit, les pièces et les couloirs doivent être éclairés de manière à ce que les résidents puissent se déplacer en toute sécurité ;

13° les locaux accessibles aux résidents doivent être éclairés en permanence de manière à assurer le confort des résidents ;

14° dans toutes les conditions météorologiques normales, une température minimale de 22 °C doit pouvoir être obtenue dans les chambres :

a) dans les centres de soins résidentiels pour lesquels des travaux de reconstruction ou d'adaptation sont en cours et dans les bâtiments neufs agréés à partir de 2015, toutes les mesures utiles doivent être prises pour maintenir la température en dessous de 27 °C dans des conditions météorologiques normales ;

b) en cas de canicule, l'un des espaces de vie doit être climatisé et d'une taille suffisante pour accueillir les résidents ;

c) toutes les pièces accessibles aux résidents doivent être équipées d'un système interne ou externe pour les protéger des rayons du soleil ;

15° tous les résidents doivent avoir une vue dégagée sur le monde extérieur lorsqu'ils sont assis ;

16° des installations sanitaires suffisantes pour les résidents doivent être prévues ; elle seront situées aussi près que possible des chambres et à proximité immédiate des espaces de vie communs, dont au moins une par étage occupé doit être suffisamment spacieuse pour permettre à un fauteuil roulant d'y entrer et, si nécessaire, permettre au résident d'être assisté par un accompagnateur ;

17° les toilettes doivent être équipées d'un lavabo ;

18° le centre de soins résidentiels où les chambres sont situées sur un étage ou réparties sur plusieurs étages doit disposer d'au moins un ascenseur adapté pouvant transporter un résident avec son accompagnateur ;

19° dans toutes les pièces accessibles aux résidents, il doit y avoir un système d'appel efficace et accessible ;

20° toutes les pièces doivent être convenablement ventilées ;

21° le centre de soins résidentiels doit disposer d'au moins une salle de soins infirmiers, de soins et d'examen, ainsi que d'un local pour l'accueil de la famille des résidents ;

22° dans chaque pièce, il doit être possible de se connecter à la radio, à la télévision et au téléphone.

Sous-section II. Conditions fonctionnelles d'agrément

Art. 48/4. Les centres de soins résidentiels doivent répondre aux conditions fonctionnelles suivantes :

1° le centre de soins résidentiels doit disposer des moyens nécessaires pour garantir une ambiance familiale, les soins, la surveillance, les activités et les loisirs des résidents ;

2° les chambres doivent comporter au moins un lit, un placard où ranger les effets personnels, un fauteuil, une table et une chaise adaptées aux besoins de chaque résident ;

3° le résident doit pouvoir disposer d'effets personnels et de mobilier dans la chambre ;

4° tous les lits dans les unités de logement avec agrément supplémentaire dans le centre de soins résidentiels doivent être réglables en hauteur et adaptés aux besoins du résident.

Art. 48/5. Le centre de soins résidentiels doit disposer de :

1° fauteuils roulants pour les résidents qui ont des difficultés à se déplacer de façon autonome ;

2° matériel nécessaire à la prévention des escarres ;

3° la possibilité d'isoler n'importe quel lit dans une chambre à plusieurs personnes pendant les soins ;

4° au moins une baignoire adaptée : au-delà de trente personnes dans un centre de soins résidentiels agréé avec agrément supplémentaire, une baignoire adaptée supplémentaire est requise si la moitié de chaque nouvelle tranche de trente personnes dans un centre de soins résidentiels internes agréé avec agrément supplémentaire est dépassée.

Sous-section III. Conditions organisationnelles d'agrément

Art. 48/6. Au moment de l'admission, un dossier individuel est créé pour chaque résident ; il est conservé au centre de soins résidentiels et inclut son dossier administratif et son dossier de soins.

Le dossier administratif du résident, visé au premier alinéa, contient au moins les informations suivantes :

1° l'identité du résident ;

2° les informations concernant sa situation en matière de sécurité sociale ;

3° les nom, adresse et numéro de téléphone de la personne de contact et, le cas échéant, du représentant du résident ;

4° les nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant, ainsi que les dispositions à prendre en son absence ;

5° les nom, adresse et numéro de téléphone du pharmacien, si le résident fait appel à un pharmacien avec lequel l'établissement n'a pas conclu d'accord de coopération.

Le dossier administratif du résident, visé au premier alinéa, contient au moins les documents suivants :

1° le dossier médical, établi par le médecin traitant ;

2° la fiche de liaison avec les données médicales nécessaires en cas d'urgence ou d'hospitalisation ;

3° le dossier infirmier, paramédical, de kinésithérapie et psychosocial, qui contient notamment les données suivantes :

a) l'anamnèse et l'historique du résident ;

b) l'examen clinique au moment de l'admission et pendant le séjour ;

c) le diagnostic ;

d) le plan de soins, y compris les médicaments prescrits, les soins requis, l'aide pour les activités de la vie quotidienne et toute mesure de confinement ou de ségrégation ;

e) l'évolution clinique et diagnostique ;

f) le cas échéant, les souhaits exprimés concernant les préoccupations futures visées à l'article 48/24.

Art. 48/7. Afin d'organiser au mieux le transport d'un résident d'un service hospitalier à un centre de soins résidentiels et vice versa, une procédure écrite est mise en place entre les hôpitaux concernés et le centre de soins résidentiels, afin qu'ils puissent obtenir immédiatement toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins, en particulier le formulaire de liaison visé à l'article 48/6, troisième alinéa, 2°.

Art. 48/8. La condition d'agrément du personnel doit être établie comme suit pour chaque tranche de 30 résidents d'un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire :

1° inclure au moins cinq équivalents temps plein d'infirmières, dont une infirmière principale. Au-delà des trente premiers résidents, une infirmière en chef supplémentaire est requise si la moitié de chaque nouvelle tranche de trente résidents d'un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire est dépassée ;

2° au moins cinq équivalents temps plein de personnel soignant ;

3° un kinésithérapeute, ergothérapeute ou orthophoniste équivalent temps plein, étant entendu que les deux premières disciplines sont en tout état de cause suffisamment représentées dans le centre de soins résidentiels et qu'elles sont soit salariées, soit engagées à titre permanent. L'orthophonie est proposée en fonction des besoins des résidents ;

4° 0,10 membre du personnel de réactivation qualifié en soins palliatifs, soutenant les soins des patients en phase terminale et possédant l'une des qualifications suivantes : gradué, baccalauréat, maîtrise ou physiothérapie ; gradué, baccalauréat ou maîtrise en orthophonie ; gradué ou baccalauréat en ergothérapie, gradué ou baccalauréat en sciences de la réadaptation ; gradué ou baccalauréat en diététique ; gradué, baccalauréat, maîtrise ou maîtrise en ortho-pédagogie ;gradué, baccalauréat, études supérieures ou maîtrise en psychomotricité ; gradué ou maîtrise en psychologie ; gradué ou baccalauréat en psychologie ; gradué ou baccalauréat en assistance psychologique et équivalent ; gradué ou baccalauréat en travail social, en soins de santé sociale, en infirmière spécialisée en santé communautaire ; gradué ou baccalauréat en sciences familiales ; gradué ou maîtrise en gérontologie, gradué ou baccalauréat en éducation.

5° une infirmière en équivalent temps plein, au prorata d'un maximum d'un équivalent temps plein pour trente résidents, peut, dans le respect de la permanence visée à l'article 48/9, 2°, être remplacée par une personne qui possède de préférence l'une des qualifications suivantes : gradué, baccalauréat, maîtrise ou physiothérapie ; gradué, baccalauréat ou maîtrise en orthophonie ; gradué ou baccalauréat en ergothérapie, gradué ou baccalauréat en sciences de la réadaptation ; gradué ou baccalauréat en diététique ; gradué, baccalauréat, maîtrise ou maîtrise en ortho-pédagogie ;gradué, baccalauréat, études supérieures ou maîtrise en psychomotricité ; gradué ou maîtrise en psychologie ; gradué ou baccalauréat en psychologie ; gradué ou baccalauréat en assistance psychologique et équivalent ; gradué ou baccalauréat en travail social, en soins de santé sociale, en infirmière spécialisée en santé communautaire ; gradué ou baccalauréat en sciences familiales ; gradué ou maîtrise en gérontologie, gradué ou baccalauréat en éducation ou, à défaut, par des professionnels de la santé pour lesquels le ministre détermine la formation minimale requise.

Art. 48/9. Ce qui suit s'applique au personnel des centres de soins résidentiels :

1° une infirmière en chef doit accomplir les tâches suivantes :

a) assurer la gestion quotidienne du personnel infirmier et du personnel soignant ;

b) coordonner les activités multidisciplinaires du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et des aides-soignants ;

c) surveiller la mise à jour des dossiers infirmiers, paramédicaux, kinésithérapeutiques et psychosociaux du résident ;

d) assister le médecin coordonnateur et conseil dans l'exercice de ses fonctions ;

2° une infirmière est présente dans le centre d'hébergement de jour comme de nuit ;

3° les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie inclus dans le plan de soins, sont satisfaits.

Art. 48/10. §1. Dans chaque centre de soins résidentiels bénéficiant d'un agrément supplémentaire, l'initiateur désigne un médecin coordonnateur et un médecin agréé, qui doit être un médecin généraliste et qui doit, au plus tard quatre ans après sa désignation, détenir une attestation donnant accès aux fonctions de médecin coordonnateur et de médecin-conseil. Cette attestation peut être obtenue après une formation d'au moins 24 heures, reconnue par l'Agence indépendante interne Zorg en Gezondheid, suivie avec succès.

Au premier alinéa, on entend par agence autonome interne « Zorg en Gezondheid » : l'Agence créée par l'arrêté du gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonome interne « Zorg en Gezondheid ».

Le cycle de formation visé au premier alinéa traite de l'organisation d'un centre de soins résidentiels flamand et des soins au sein d'un centre de soins résidentiels flamand, en référant à la réglementation applicable au centre de soins résidentiels en question. L'organisme proposant la formation doit avoir conclu au moins un partenariat avec l'un des centres académiques de médecins généralistes des universités flamandes. Le ministre peut déterminer d'autres critères de qualité pour le cycle de formation, ainsi que les conditions de la formation professionnelle continue (FPC), qui doivent être maintenus annuellement.

Le cycle de formation inclut au moins les éléments suivants :

1° l'organisation et la réglementation des centres de soins résidentiels, y compris la qualité des soins ;

2° la spécificité de la médecine gériatrique, y compris les soins palliatifs, les soins de fin de vie et les soins pharmaceutiques ;

3° la prévention des infections et la prise en charge de l'antibiothérapie ;

4° les techniques de communication, y compris la communication avec les résidents présentant une déficience mentale ou cognitive et la communication des souhaits et des préférences du résident.

Le ministre détermine la procédure à suivre pour obtenir la reconnaissance du cycle de formation et les règles d'évaluation du cycle de formation visées au troisième alinéa, et peut en préciser les éléments au quatrième alinéa.

Le contrôle du cycle de formation visé au premier alinéa s'effectue conformément au décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, dans lequel l'organisme de formation est traité comme un acteur de la santé.

§2. En concertation avec l'infirmière en chef, le médecin coordonnateur et le médecin-conseil sont responsables des tâches suivantes :

1° en relation avec la profession médicale :

a) l'organisation, à intervalles réguliers, de réunions de consultation individuelles et collectives avec les médecins traitants ;

b) la coordination et l'organisation de la continuité des soins médicaux ;

c) coordonner la compilation et la mise à jour des dossiers des résidents tenus par les médecins traitants ;

d) la coordination des activités médicales en cas de maladie mettant en danger les résidents ou le personnel ;

e) en consultation avec les médecins traitants, la coordination de la politique de soins, qui comprend au moins, pour les médicaments, la préparation et l'utilisation d'une formule de médicament ;

2° formation continue et formation : participation à l'organisation d'activités de formation continue dans le domaine de la santé pour le personnel du centre de soins résidentiels et pour les médecins traitants concernés.

Le ministre peut préciser les tâches visées à l'alinéa 1° et déterminer quelles activités de formation sont admissibles à la formation continuée et à la formation visées à l'alinéa 1 2°.

Art. 48/11. Le libre choix du résident du médecin traitant et de l'hôpital, si nécessaire, doit être respecté et ne doit en aucun cas être influencé.

Art. 48/12. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire dispose d'un règlement général de l'activité médicale qui décrit les droits et obligations des médecins traitants qui y sont actifs. Ce règlement est remis à chaque médecin traitant qui, en le signant, s'engage à coopérer le plus efficacement possible à l'organisation médicale et aux soins médicaux du centre de soins résidentiels.

Le règlement général de l'activité médicale décrit au moins les points suivants :

1° l'engagement des médecins traitants à adhérer à une politique médicale cohérente au sein du centre de soins résidentiels, y compris en ce qui concerne la prescription de médicaments, la fourniture de soins de qualité, la consultation multidisciplinaire et la concertation avec le médecin coordonnateur et le médecin-conseil ;

2° les heures normales d'ouverture et de visite sauf en cas d'urgence ;

3° les contacts avec la famille ;

4° des réunions de concertation dans le centre de soins résidentiels ;

5° conserver le dossier médical du résident ;

6° l'utilisation du formulaire médico-pharmaceutique et, entre autres, la prescription des médicaments les moins chers ainsi que l'utilisation des prescriptions électroniques ;

7° les modalités de facturation des honoraires ;

8° la circulation de l'information en cas de maladies transmissibles.

Art. 48/13. Les ministres du culte et les représentants du Conseil central laïque qui sont sollicités par les résidents ont libre accès à l'établissement. Ils y trouveront l'ambiance et les facilités nécessaires à l'accomplissement de leur mission. La pleine liberté de convictions philosophiques, religieuses et d'opinions politiques est garantie à tous.

Sous-section IV. — Conditions relatives au règlement intérieur

Art. 48/14. Chaque centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire doit établir son propre règlement d'ordre intérieur. Les personnes chargées de la surveillance des centres de soins résidentiels peuvent à tout moment consulter ce règlement intérieur.

En ce qui concerne le règlement intérieur, les dispositions suivantes s'appliquent :

1° lors de son admission au centre de soins résidentiels, le résident ou son représentant reçoit un exemplaire du règlement intérieur signé et daté par le directeur contre récépissé signé pour accord ;

2° le règlement intérieur contient le nom du directeur et le numéro d'agrément du centre de soins résidentiels ;

3° le règlement intérieur régit les droits et obligations des résidents et de l'initiateur, en tenant compte des règles suivantes :

a) le respect de la vie privée des résidents ;

b) donner aux résidents la plus grande liberté possible, pour autant que cela soit compatible avec la vie de la communauté ;

c) le libre choix du médecin et son accès à l'institution conformément aux dispositions du règlement intérieur régissant les activités médicales ;

d) le libre accès de la famille et des amis, qui devrait être garanti, en particulier en cas d'accompagnement en fin de vie ;

4° le Règlement intérieur garantit à chaque résident le respect de ses droits individuels, y compris ses convictions idéologiques, philosophiques et religieuses ;

5° le règlement intérieur contient le nom de la personne à qui les résidents, leurs familles, leurs représentants ou visiteurs peuvent communiquer leurs observations, objections et réclamations ;

6° le règlement intérieur explique comment le résident peut participer à la vie du centre de soins résidentiels, y compris par l'intermédiaire du conseil des usagers visé à l'article 48/15.

Sous-section V. Participation et examen des suggestions et des plaintes des résidents

Art. 48/15. Dans chaque centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, un conseil d'usagers est mis en place et se réunit au moins une fois par trimestre. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce conseil, il est appuyé par le personnel travaillant dans le centre de soins résidentiels.

En ce qui concerne le conseil des usagers, les dispositions suivantes s'appliquent :

1° le conseil est composé des résidents du centre de soins résidentiels et/ou des membres de leur famille, mais le directeur ou son représentant peut participer aux réunions du conseil des usagers ;

2° la liste nominative actualisée des membres du conseil des usagers doit être affichée à un endroit bien visible ;

3° le Conseil peut émettre un avis, soit de sa propre initiative, soit à la demande du directeur, sur toute question relative au fonctionnement général du centre de soins résidentiels ;

4° il est dressé un procès-verbal des réunions qui peut être consulté à tout moment par les résidents, les membres de leur famille et leurs représentants, ainsi que par les agents chargés de la surveillance des centres d'hébergement ;

5° les suggestions, remarques ou réclamations peuvent être mises en œuvre par le résident, son représentant ou sa famille dans un registre prévu à cet effet, après quoi l'auteur de la réclamation doit être informé des suites qui y sont données.

Le registre visé au deuxième alinéa, 5°, doit être soumis tous les trois mois au conseil des résidents sur simple demande.

Sous-section VI. — Convention entre l'initiateur et le résident

Art. 48/16. L'initiateur, représenté par le directeur, et le résident ou son représentant signent un contrat intelligible et lisible en deux exemplaires. Ce contrat inclut au moins les éléments suivants :

1° les conditions générales et particulières de séjour dans le centre de soins résidentiels ;

2° le prix journalier du séjour, les prestations qu'il inclut, une énumération et une description détaillées des suppléments éventuels et de leur prix, ainsi qu'une mention indiquant que les suppléments non inclus dans le contrat ne peuvent être facturés ;

3° le montant de toute éventuelle caution à verser, qui ne peut excéder le prix mensuel du séjour, et sa destination ;

4° les modalités de conservation des biens et valeurs confiés à l'institution par le résident, les modalités de leur gestion, ainsi que la preuve de la nomination du ou des responsables de cette gestion ;

5° le numéro de la chambre attribuée au résident, en indiquant le nombre maximal de résidents permis dans cette pièce ;

6° les modalités de résiliation du contrat ;

7° les charges financières pour les résidents en cas d'absence ou d'hospitalisation.

La gestion des fonds ou des biens du résident, ou leur conservation, ne peut en aucun cas être confiée au centre de soins résidentiels, à l'exception de la gestion de l'argent de poche et du règlement des frais directement liés au séjour dans le centre de soins résidentiels.

Sous-section VI. — Comptabilité

Art. 48/17. Le centre de soins résidentiels tient une feuille de dépenses individuelle pour chaque résident. Le résident ou son représentant doit avoir accès à cette feuille à tout moment. Une facture mensuelle détaillée reprend un aperçu des recettes et des dépenses. Cette facture, accompagnée de toutes les pièces justificatives, sera remise au résident ou à son représentant.

Les comptes totaux du centre de soins résidentiels et des fiches de dépenses individuelles des résidents, ainsi que les pièces justificatives, doivent être tenus à la disposition des services d'inspection compétents.

Le centre de soins résidentiels doit avoir des comptes distincts fondés sur le plan comptable général. Ces comptes doivent être vérifiés par un vérificateur (ou un vérificateur externe indépendant, selon ce que le ministre peut préciser).

Le ministre peut fixer d'autres règles sur la manière dont les centres de soins résidentiels s'acquittent des obligations visées au présent article.

Sous-section VIII. — Données statistiques

Art. 48/18. Les centres de soins résidentiels bénéficiant d'un agrément supplémentaire doivent communiquer à l'Agence Zorg en Gezondheid les données statistiques relatives au centre de soins résidentiels conformément aux règles fixées par le ministre et dans le délai fixé par ce dernier.

Sous-section IX. — Critères de qualité

Art. 48/19. Le centre de soins résidentiels doté d'un agrément supplémentaire offre des soins et des services appropriés à chaque résident dans l'accomplissement de sa mission. Dans ce cadre, il doit élaborer une politique de qualité visant à déterminer, planifier, évaluer et améliorer systématiquement la qualité des soins et des services ainsi que leur fonctionnement. Cette politique couvre au minimum :

1° la prestation de soins et de services dans le respect de la dignité humaine, de la vie privée, des convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses, du droit de porter plainte, de l'information et de la participation du résident et dans lesquels le contexte social du résident est pris en compte ;

2° l'accompagnement spécifique des personnes atteintes de démence ;

3° l'efficacité et l'efficience des soins et des services offerts et leur fonctionnement ;

4° la continuité des soins et des services offerts.

Art. 48/20. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit tenir un registre contenant au moins les informations suivantes :

1° le nombre de cas d'escarres ;

2° le nombre d'infections nosocomiales ;

3° le nombre de chutes ;

4° le nombre de personnes incontinentes ;

5° l'application de mesures de contention et d'isolation.

Art. 48/21. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit avoir des procédures écrites pour l'hygiène des mains et l'isolement des résidents souffrant d'une infection présentant un risque de contagion.

Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit également disposer des produits permettant une bonne hygiène des mains et des équipements nécessaires à l'application des procédures visées au premier alinéa.

Art. 48/22. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire dispose de procédures écrites qui doivent être suivies lors de l'application d'une mesure de contention ou d'isolement. Ces mesures ne peuvent être appliquées qu'exceptionnellement, uniquement pour protéger le résident ou les autres résidents et uniquement sur indication médicale claire.

Les mesures visées au paragraphe 1 ne sont envisagées que s'il n'existe pas d'autres mesures moins intrusives pour atteindre le même objectif et si les intérêts de toutes les parties concernées ont été mis en balance.

Toute décision de contention ou d'isolement est mentionnée dans le dossier de soins du résident. Le dossier de soins enregistre également la nature et la durée de la mesure, ainsi que la motivation de la décision.

Si les procédures écrites mentionnées au premier alinéa ne sont pas respectées, une motivation séparée est requise.

Art. 48/23. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit avoir un lien fonctionnel avec un service gériatrique agréé (lettre de code G) ou un service de traitement et de revalidation agréé destiné aux patients souffrant de troubles psychogériatriques (lettre de code Sp-psychogériatrie). Ce lien fonctionnel est établi dans une convention écrite qui stipule notamment que le service de psychogériatrie G ou Sp et le centre de soins résidentiels doivent se réunir au moins deux fois par an. Les réunions prévues couvriront à la fois la consultation et la formation continue du personnel des deux partenaires.

Les justificatifs de la concrétisation des conventions écrites visées au premier alinéa doivent être fournis.

Art. 48/24. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire invite les résidents à exprimer leurs souhaits en matière de soins et de traitements futurs dans une atmosphère ouverte et détendue. À la demande du résident, ses souhaits sont également consignés dans le dossier de soins, étant entendu qu'ils peuvent être révoqués à tout moment et qu'ils ne dispensent pas le soignant de son obligation de toujours connaître la volonté actuelle du patient.

Art. 48/25. En soutien des soins de fin de vie dans le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, le médecin coordonnateur et le(s) infirmier(s) en chef sont responsables :

1° du développement d'une culture des soins palliatifs et de la sensibilisation du personnel à la nécessité d'une telle culture ;

2° de formuler des conseils sur les soins palliatifs à l'intention du personnel infirmier, soignant et paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes ;

3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs ;

4° du respect de la législation relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs, ainsi que du respect de la volonté de l'occupant concernant sa fin de vie ou sa déclaration de volonté concernant l'euthanasie.

Art. 48/26. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit avoir un lien fonctionnel avec un service de soins palliatifs SP tel que mentionné dans la section III bis « Normes spécifiques par spécialité », partie B « Normes spécifiques pour le service de soins palliatifs SP », des normes spéciales applicables au service spécialisé de traitement et de revalidation, lettre de code Sp, jointe en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Art. 48/27. Le centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire contribue au partenariat de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée et coopère avec la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont il fait partie.

Art. 48/28. Chaque centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit établir une politique de formation adaptée à chaque discipline ».

Art. 572. Dans l'article 1er de l'annexe XIV du même arrêté, inséré par l'arrêté du gouvernement flamand du 8 janvier 2016 et modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 16 septembre 2016, le point 2° est remplacé par le texte suivant :

« 2° année d'exploitation :

a) au chapitre I/1 : période de référence, visée à l'article 1er, 45°, de l'arrêté du gouvernement flamand du 30 novembre 2018 mettant en œuvre le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

b) dans les chapitres II et II/1 : l'année civile. ».

Art. 573. L'article 3 de l'annexe XIV du même arrêté, remplacé par l'arrêté du gouvernement flamand du 16 septembre 2016, est remplacé par le texte suivant :

« Art. 3. Un centre de soins résidentiels agréé, le cas échéant avec le centre de court séjour associé, reçoit une subvention d'animation conformément à l'article 473, §3, 1°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant application du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande. »

Art. 574. Dans l'article 6, paragraphe 1, point 4), de l'annexe XIV du même décret, tel que modifié par les décisions du gouvernement flamand du 15 juillet 2016 et du 16 septembre 2016, les termes « Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées » sont remplacés par les termes « arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 575. l'article 7/2, paragraphe 1, paragraphe 4, de l'annexe XIV du même arrêté, inséré par l'arrêté du gouvernement flamand du 8 janvier 2016, la phrase « l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgée » est remplacée par « l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 576. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 9 de l'annexe XIV du même arrêté, telle que modifié par les arrêtés du gouvernement flamand des 16 septembre 2016, 8 janvier 2016 et 5 octobre 2012 :

1° dans le paragraphe 2, la partie de phrase « l'indemnité pour les activités d'animation visée à l'article 3 peut être recalculée proportionnellement et le surplus d'indemnité payée par application de l'article 3 peut être recouvré » est remplacée par la partie de phrase « le coefficient d'animation est adapté conformément à l'article 473 §4 du décret du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande » ;

2° dans le paragraphe 6, la partie de phrase « l'arrêté ministériel fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées » est remplacée par la partie de phrase « l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 577. Dans l'annexe XV du même arrêté, inséré par le décret du Gouvernement flamand du 14 septembre 2012, un chapitre 3/1, composé des articles 21/1 à 21/5, est inséré, qui est libellé comme suit :

« Chapitre 3/1. Agrément supplémentaire

Section 1. — Conditions générales d'agrément

Art. 21/1. Les centres de soins de jour avec agrément supplémentaire pour les personnes souffrant d'une maladie grave sont destinés aux personnes relevant de la catégorie de dépendance Fp, visée à l'article 427 de l'arrêté du 30 novembre 2018 du Gouvernement flamand du portant application du décret du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale en Flandre.

Art. 21/2. Le centre de soins de jour pour les personnes souffrant d'une maladie grave offre un soutien pour :

1° le contrôle de la douleur et des symptômes de la souffrance psychologique ou physique résultant de l'évolution de la maladie ou de traitements connexes ;

2° les soins complémentaires adaptés ;

3° la revalidation et en particulier l'acquisition de compétences spécifiques pour la vie quotidienne.

Section 2. — Conditions fonctionnelles d'agrément

Art. 21/3. §1. L'agrément supplémentaire en tant que centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave est accordé pour au moins cinq unités de séjour et un maximum de quinze unités de séjour regroupées dans une unité architecturale distincte.

§2. Le centre de soins de jour répond aux exigences fonctionnelles suivantes :

1° Le centre est ouvert au moins cinq jours par semaine pour une prise en charge d'au moins six heures par jour ;

2° un plan de prise en charge est établi pour chaque personne séjournant au centre de soins de jour ;

3° le centre de soins de jour organise une collaboration fonctionnelle avec :

a) un hôpital disposant d'un service de Sp pour les soins palliatifs ;

b) un hôpital disposant d'une fonction de soins d'urgence spécialisés et d'une fonction de soins intensifs ;

c) le partenariat compétent pour les soins palliatifs et l'équipe d'accompagnement pour les soins palliatifs à domicile ;

d) un centre de soins résidentiels ;

4° le centre de soins de jour coopère avec le ou les cercles de médecins généralistes dans sa zone d'intervention ;

5° le centre de soins de jour fait office de passerelle entre les soins intra et extra-muros en vue d'assurer la continuité des soins.

Section 3. — Conditions organisationnelles d'agrément

Art. 21/4. La supervision médicale se compose d'un médecin généraliste ou d'un médecin-spécialiste ayant une expérience particulière en soins palliatifs. Ce médecin est responsable de la coordination de l'activité médicale du centre de soins de jour, du bilan à l'admission, des plans de soins et de la réglementation nécessaire aux soins dans le cadre du centre de soins de jour. Pour exercer cette fonction de coordination médicale, le médecin doit être présent au centre de soins de jour au moins cinq heures par semaine pour quinze usagers.

À la demande de l'infirmière responsable du centre de soins de jour, il peut être fait appel au le médecin traitant du patient pour fournir les soins médicaux.

Art. 21/5. §1. La condition d'agrément du personnel pour quinze personnes séjournant dans le centre de soins de jour avec agrément supplémentaire pour les personnes souffrant d'une maladie grave est la suivante :

1° 2,5 équivalents temps plein infirmier ;

2° 2 équivalents temps plein aide-soignant ;

3° 1,5 équivalent temps plein pour la réactivation visée à l'article 51/5, §1, premier alinéa, 4°, de l'annexe IX, dont au moins 0,5 équivalent temps plein psychologue clinique.

§2. Au moins une personne remplissant les conditions mentionnées au paragraphe 1 doit être présente en permanence pour assurer l'accueil et les soins des personnes.

§3. Si le centre de soins de jour ne remplit pas les conditions d'accréditation du personnel visées aux paragraphes 1 et 2 pour une ou plusieurs qualifications du personnel, l'insuffisance d'une certaine qualification peut être compensée par un excédent de personnel ayant une qualification différente selon les règles visées au deuxième alinéa. En tout état de cause, une telle compensation n'est pas possible si elle concerne une lacune dans la condition d'agrément du 0,5 équivalent temps plein psychologue visé au paragraphe 1, 3°.

La compensation visée au premier alinéa s'applique conformément aux règles suivantes :

1° un manque de personnel de réactivation visé au paragraphe 1, 3° peut être compensé jusqu'à concurrence de 20% par un excédent d'infirmiers diplômés ou de bacheliers en soins infirmiers ;

2° un manque d'infirmiers tel que visé au paragraphe 1, 1° peut être compensé jusqu'à concurrence de 20% par un excédent de personnel de réactivation ;

2° un manque d'infirmiers tel que visé au paragraphe 1, 2° peut être compensé sans limitation par un excédent d'infirmiers, de personnel de réactivation ou une combinaison des deux. » ;

Art. 578. À l'article 4, §4, deuxième alinéa, de l'annexe XVII du même décret, inséré par le décret du gouvernement flamand du 17 mars 2017, le point 2° est remplacé par le texte suivant :

« 2° jours de référence facturés : le nombre total de jours facturés au cours de la période de référence, tel qu'il a été communiqué dans le cadre de l'indemnité de prise en charge dans un centre de soins résidentiels ou un centre de court séjour, visés aux articles 145, 148 et 152 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ; ».

Partie 16. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 mars 2011 réglant les subsides d'investissement alternatifs octroyés par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden »

Art. 579. L'article 1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 mars 2011 réglant les subsides d'investissement alternatifs octroyés par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden », modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 février 2014, est modifié comme suit :

1° le point 16° est remplacé par ce qui suit :

« 16° centre de services de soins et de logement avec agrément supplémentaire: un centre de services de soins et de logement agréé, tel que visé à l'article 52/ 1, deuxième alinéa du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ; »;

2° au point 17°, les mots « un hôpital, une maison de repos et de soins, un foyer de soins psychiatriques ou une fonction d'admission de jour dans un hôpital » sont remplacés par les mots « un hôpital, un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, un foyer de soins psychiatriques ou une fonction d'admission de jour dans un hôpital ».

Art. 580. À l'article 7 du même arrêté, les termes « maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Partie 17. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau

Art. 581. Dans l'article 1, premier alinéa, 23° d) de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 6 décembre 2013 et modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016, la partie de phrase « ou de l'intervention pour l'aide aux personnes âgées visées à l'article 4, premier alinéa, 2° du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacée par la partie de phrase « ou du budget de soins pour les personnes âgées ayant besoin de soins, visé à l'article 4, premier alinéa, 2°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 18. — Modification de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables

Art. 582. Le chapitre II, composé des articles 4 à 15, de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables, tel que modifié par l'arrêté royal du 15 juillet 2016, est supprimé.

Partie 19. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2013 portant les modalités relatives à l'utilisation durable des pesticides en Région flamande pour les activités non agricoles et non horticoles et à l'établissement du Plan d'Action flamand pour l'Utilisation durable des Pesticides (« Vlaams Actieplan Duurzaam Pesticidengebruik »)

Art. 583. L'article 3, deuxième alinéa, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2013 portant les modalités relatives à l'utilisation durable des pesticides en Région flamande pour les activités non agricoles et non horticoles et à l'établissement du Plan d'Action flamand pour l'Utilisation durable des Pesticides (« Vlaams Actieplan Duurzaam Pesticidengebruik ») est remplacé comme suit :

« 5° établissement de santé : un établissement tel qu'un hôpital, un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ou un foyer de soins psychiatriques ».

Partie 20. Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-) accueillants

Art. 584. À l'article 1er de l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand du 28 avril 2017, il est ajouté un deuxième alinéa libellé comme suit :

« § 4. La Chambre des infrastructures de soins et la Chambre des structures d'aide sociale sont compétentes conjointement pour traiter les objections concernant l'intention de refuser l'agrément des caisses d'assurance soins et les objections concernant l'intention de retirer l'agrément des caisses d'assurance soins. Dans ce cas, les dispositions des articles 9 à 12 l'article 15, paragraphe 1er, et des articles 16 à 21 inclus s'appliquent mutatis mutandis, étant entendu que :

1° La réunion des chambres compétentes en commun est présidée par un président ou un vice-président de l'une des chambres compétentes en commun ou leur suppléant ;

2° les chambres compétentes en commun ne peuvent valablement délibérer et voter que si au moins le président ou le vice-président, ou leurs suppléants, et deux membres de chacune des chambres, ou leurs suppléants, sont présents. ».

Partie 21. — Modification de l'arrêté Gouvernement flamand du 8 novembre 2013 du facilitant le financement de l'infrastructure par le biais de la garantie d'investissement alternative, octroyée par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden » (Fonds flamand de l'infrastructure affectée aux matières personnalisables)

Art. 585. L'article 1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 novembre 2013 facilitant le financement de l'infrastructure par le biais de la garantie d'investissement alternative, octroyée par le « Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden » (Fonds flamand de l'infrastructure affectée aux matières personnalisables) est modifié comme suit :

1° le point 20° est remplacé par ce qui suit :

« 20° centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire : un centre de soins résidentiels visé à l'article 52/1, deuxième alinéa, du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ; » ;

2° au point 21°, les mots « un hôpital, une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques ou une fonction d'hospitalisation de jour dans un hôpital » sont remplacés par les mots « un hôpital, un centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, un foyer de soins psychiatriques ou une fonction d'hospitalisation de jour dans un hôpital ».

Partie 22. — Modification de l'Arrêté de Subvention du 22 novembre 2013

Art. 586. Dans l'article 1, 10°, d), 2),de l'Arrêté de Subvention du 22 novembre 2013, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016, les mots « à la protection sociale flamande, visée à l'article 4, alinéa premier, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » sont remplacés par les mots « un ou plusieurs des piliers de la protection sociale flamande visés à l'article 4, premier alinéa, 1° et 3°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande. »

Partie 23. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé

Art. 587. L'article 1er de l'arrêté du gouvernement flamand du 25 avril 2014 établissant fixant les procédures pour les structures de soins de santé, le point 11° est remplacé par le texte suivant :

« 11° centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire : un centre de soins résidentiels visé à l'article 52/1, deuxième alinéa, du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ; » ;

Art. 588. À l'article 2 du même arrêté, les termes « maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Art. 589. Dans le même arrêté, l'intitulé du chapitre 3 est remplacé par ce qui suit :

« Chapitre 3. Procédure pour les centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, les foyers de soins psychiatriques, les initiatives de logement protégé et les associations d'établissements et de services psychiatriques ».

Art. 590. Au chapitre 3 du même arrêté, l'intitulé de la section 1 est remplacé par ce qui suit :

« Section 1. Approbation complémentaire provisoire d'un établissement de soins résidentiels et approbation préliminaire d'un foyer de soins psychiatriques et d'une initiative de logement protégé ».

Art. 591. À l'article 32 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit :

« Celui qui présente une première demande d'agrément supplémentaire pour un établissement de soins résidentiels, d'agrément en tant que foyer de soins psychiatriques ou d'agrément en tant qu'initiative pour un logement protégé peut être reconnu provisoirement, à moins que la structure en question n'ait déjà fait l'objet d'une décision de fermeture ;

2° le point 1 du deuxième alinéa est remplacé par ce qui suit :

« 1° dans le cas d'une demande d'agrément supplémentaire pour un centre de soins résidentiels :

a) une note précisant le statut du demandeur, le nom de l'administrateur responsable, le nom du responsable de la gestion journalière et le nom du coordonnateur et du médecin-conseil désigné par l'autorité de gestion. Les personnes concernées doivent signer ce document ;

b) une liste du personnel médical, infirmier, soignant et paramédical, y compris leurs noms, qualifications, numéros de visa du diplôme et heures de travail hebdomadaires, indiquant que les conditions d'agrément du personnel sont remplies ;

c) un plan indiquant les itinéraires internes reliant la structure, l'utilisation des locaux, le nombre total d'entités dans l'installation et le nombre d'entités pour lesquelles une approbation supplémentaire est demandée ;

d) une note descriptive précisant comment les conditions d'agrément architectural et fonctionnel sont respectées ;

e) une copie du contrat avec l'hôpital général avec lequel un lien fonctionnel doit être assuré conformément aux conditions d'agrément en vigueur ;

f) la preuve que la structure est conforme aux réglementations applicables en matière de sécurité incendie ; ».

Art. 592. L'article 34 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 34. La décision accordant l'agrément provisoire ou l'agrément provisoire supplémentaire indique la date à partir de laquelle l'agrément provisoire ou l'agrément provisoire supplémentaire prend effet.

L'agrément provisoire ou l'agrément provisoire supplémentaire ne peut commencer avant l'autorisation de planification visée à l'article 2, paragraphe 2.

Un foyer de soins psychiatriques ou une initiative de logement protégé ne peut en aucun cas être mis en service avant la date effective de l'agrément provisoire.

Les entités détentrices d'un agrément supplémentaire de centre de soins résidentiels ne peuvent en aucun cas exercer cette fonction avant la date à laquelle l'agrément provisoire supplémentaire prend effet. ».

Art. 593. À l'article 35 du même arrêté, les termes « l'agrément provisoire » sont remplacés par les termes « l'agrément provisoire ou l'agrément supplémentaire provisoire ».

Art. 594. L'article 36 même arrêté est modifié comme suit :

1° l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit :

« Pendant la période pour laquelle l'agrément provisoire ou l'agrément supplémentaire provisoire a été accordé, l'Agence examine si les normes d'agrément ou les conditions d'agrément sont respectées lors de l'exploitation des entités avec agrément supplémentaire dans le centre de soins résidentiels, le foyer de soins psychiatriques ou l'initiative de logement protégé ;

2° dans le deuxième alinéa, les mots « exigences et normes fixées » sont remplacés par les mots « exigences, normes et conditions fixées ».

Art. 595. Au chapitre 3 du même arrêté, l'intitulé de la section 2 est remplacé par ce qui suit :

« Section 2. Agrément supplémentaire d'un établissement de soins résidentiels et agrément d'un foyer de soins psychiatriques ou d'une initiative de logement protégé ».

Art. 596. L'article 37 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 37. §1. Lorsque l'agrément provisoire ou l'agrément provisoire supplémentaire a été accordé conformément à la section 1, la décision de l'administrateur général d'accorder l'agrément ou l'agrément supplémentaire est notifiée au demandeur au plus tard un mois avant la fin de la période d'agrément provisoire, ou l'intention de refuser l'agrément ou l'agrément supplémentaire est notifiée au demandeur par courrier recommandé.

Les articles 5 à 8 s'appliquent par analogie à l'intention.

§2. La décision d'agrément ou d'agrément supplémentaire précise le nombre de lits, de lieux ou d'entités pour lesquels l'agrément ou l'agrément supplémentaire est accordé.

L'agrément des foyers de soins psychiatriques et des initiatives de logement protégé est accordée pour une période maximale de six ans et peut être renouvelée.

L'agrément supplémentaire pour les centres de soins résidentiels est accordé pour une durée illimitée.

§3. Un agrément ou un agrément supplémentaire peut être accordé sans agrément préalable ou agrément supplémentaire préalable s'il s'agit d'une extension de capacité supplémentaire dans un centre de soins résidentiels existant avec agrément supplémentaire. À cet effet, une demande doit être présentée conformément à l'article 32, 1°. La demande est examinée conformément à l'article 32, dernier alinéa, et 33. ».

Art. 597. Au chapitre 3 du même arrêté, l'intitulé de la section 5 est remplacé par ce qui suit :

« Section 5. Suspension de l'agrément supplémentaire et retrait de l'agrément supplémentaire d'un centre de soins résidentiels, et suspension et retrait de l'agrément d'un foyer de soins psychiatriques, d'une initiative de logement protégé ou d'un partenariat.

Art. 598. L'article 40 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 40. Si un foyer de soins psychiatriques, une initiative de logement protégé, un partenariat ou les entités ayant obtenu un agrément supplémentaire dans un centre de soins résidentiels ne remplissent plus les conditions d'agrément, l'Agence peut adresser une lettre recommandée à l'organe de gestion de la structure concernée pour exiger le respect de toutes ses obligations dans un délai qu'elle détermine.

Si, malgré cet avis, les conditions ne sont pas remplies, l'agrément ou l'agrément supplémentaire peut être suspendu ou retiré. ».

Art. 599. L'article 41 même arrêté est modifié comme suit :

1° au paragraphe 1, alinéa 1er, les mots « ou l'agrément supplémentaire » sont insérés entre le mot « agrément » et la virgule « , » ;

2° à l'article 2, les termes « maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire » ;

3° au paragraphe 2, deuxième alinéa, entre le mot « agrément » et la partie de phrase « . Ce délai », les mots « ou l'agrément supplémentaire » sont ajoutés.

4° le paragraphe 3 est remplacé par ce qui suit :

« § 3. La décision de retrait de l'agrément ou de l'agrément supplémentaire prend effet à la date indiquée dans la décision. La décision de retrait de l'agrément ou de l'agrément supplémentaire entraîne la perte de l'agrément ou de l'agrément supplémentaire à compter de la date précisée dans cette décision. » ;

5° le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

« § 4. La décision de retirer ou de suspendre l'agrément d'un centre de soins résidentiels entraîne automatiquement le retrait ou la suspension de l'agrément supplémentaire du centre. Les règles concernant le retrait et la suspension des centres de soins résidentiels sont d'application.

Si l'agrément ou l'agrément supplémentaire est refusé, modifié, suspendu ou retiré, l'établissement n'a droit à aucun remboursement.

Art. 600. au paragraphe 43, du même arrêté, les mots « ou l'agrément supplémentaire » sont insérés entre le mot « agrément » et le mot « est ».

Art. 601. Au chapitre 3 du même arrêté, l'intitulé de la section 6 est remplacé par ce qui suit :

« Section 6. Fermeture d'un établissement de soins résidentiels avec agrément supplémentaire, d'un foyer de soins psychiatriques ou d'une initiative de logement protégé ».

Art. 602. À l'article 45 du même arrêté, l'alinéa 1er est remplacé par le texte suivant :

« La décision de refuser, de renouveler ou de retirer l'agrément supplémentaire entraîne la perte de l'agrément supplémentaire pour un centre de soins résidentiels, et l'établissement ne peut plus être exploité comme centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire. ».

Art. 603. Les articles 46 à 48 du même arrêté sont remplacés par ce qui suit :

« Art. 46. Si un centre de soins résidentiels bénéficiant d'un agrément supplémentaire, un foyer de soins psychiatriques ou une initiative d'hébergement protégé, dont l'agrément ou, dans le cas d'un centre de soins résidentiels, l'agrément supplémentaire a été retiré, n'a pas obtenu un nouvel agrément ou un agrément supplémentaire dans les deux ans suivant la date du retrait ou, le cas échéant, de l'arrêt rendu par le Conseil d'État conformément à l'article 14 des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, l'autorisation de planification sur laquelle l'agrément ou l'agrément supplémentaire initial était fondé tombe également.

Art. 47. La décision de retirer l'agrément supplémentaire d'un centre de soins résidentiels et la décision de le fermer en tant que foyer de soins psychiatriques ou en tant qu'initiative de logement protégé, ainsi que la date de la notification, sont publiées dans un extrait au *Moniteur belge*.

Art. 48. Lorsqu'il notifie son intention de refuser un agrément ou un agrément supplémentaire, de refuser le renouvellement d'un agrément ou d'un agrément supplémentaire ou de retirer un agrément ou un agrément supplémentaire pour des raisons urgentes de protection de la santé et de la sécurité publiques des usagers, l'administrateur général peut prévoir que toutes les activités du centre de soins résidentiels, du foyer de soins psychiatriques ou de l'initiative de logement protégé visées par cette intention doivent cesser immédiatement en attendant une décision concernant un agrément ou agrément supplémentaire, le renouvellement ou le retrait de l'agrément ou de l'agrément supplémentaire.

Dans ce cas, l'avertissement écrit visé à l'article 40 ne s'applique pas.

L'organisme gestionnaire de la structure assure l'évacuation immédiate des patients ou des résidents hospitalisés ».

Art. 604. Dans l'article 52 du même arrêté, les termes « maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Partie 24. — Modifications de l'arrêté du gouvernement flamand du 9 mai 2014 fixant les règles régissant l'agrément de plusieurs implantations d'un centre de services de soins et de logement, d'un centre de court séjour ou d'une maison de repos et de soins comme un seul centre de services de soins et de logement, un seul centre de court séjour ou une seule maison de repos et de soins

Art. 605. Dans l'intitulé de l'arrêté du gouvernement flamand du 9 mai 2014 fixant les règles régissant l'agrément de plusieurs implantations d'un centre de services de soins et de logement, d'un centre de court séjour ou d'une maison de repos et de soins comme un seul centre de services de soins et de logement, un seul centre de court séjour ou une seule maison de repos et de soins, les mots « maison de repos et de soins » sont remplacés systématiquement par les mots « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Art. 606. Dans le même arrêté, l'intitulé du chapitre 4 est remplacé par ce qui suit :

« Chapitre 4. Agrément de plusieurs implantations en tant que centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire ».

Art. 607. L'article 7 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 7. L'agrément supplémentaire d'un centre de soins résidentiels agréé pour plusieurs implantations est soumis aux dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé, étant entendu que :

1° la première demande d'agrément pour chaque implantation du centre contient les documents visés à l'article 32, paragraphe 1, de l'arrêté précité ;

2° l'examen du respect des normes et conditions d'agrément visées à l'article 36 de l'arrêté susmentionné a lieu séparément pour chacune des implantations du centre ;

les dispositions des sections 5, 6 et 7 du chapitre III dudit arrêté peuvent être appliquées séparément à chacune des implantations du centre.

Art. 608. L'article 8 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 8. Chaque implantation d'un centre de soins résidentiels agréé en tant que centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire doit satisfaire aux conditions supplémentaires d'agrément fixées au chapitre III/1 de l'annexe XII de l'arrêté du 24 juillet 2009. ».

Art. 609. L'article 9 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 9. Si, pour une implantation d'un centre de soins résidentiels agréé qui a également reçu l'agrément supplémentaire visé à l'article 10/4 de l'arrêté du 24 juillet 2009, l'agrément de centre de soins résidentiels est retiré conformément à l'article 4, paragraphe 2, du présent arrêté, l'agrément supplémentaire pour cette implantation sera également retiré. Le nombre de logements agréés comme centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire dans cette implantation ne peut être exploité sans cet agrément dans les autres implantations du centre soins résidentiels. ».

Partie 25. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 novembre 2015 relatif à la conversion des autorisations préalables ou des agréments pour les centres de court séjour et les centres de services de soins et de logement et modifiant les règles relatives à l'autorisation préalable pour les centres de court séjour et les centres de services de soins et de logement

Art. 610. Dans l'article 2, premier alinéa, et l'article 3, premier alinéa de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 novembre 2015 relatif à la conversion des autorisations préalables ou des agréments pour les centres de court séjour et les centres de services de soins et de logement et modifiant les règles relatives à l'autorisation préalable pour les centres de court séjour et les centres de services de soins et de logement, les mots « maison de repos et de soins ou une maison de soins psychiatriques » sont remplacés par les mots « foyer de soins psychiatriques ou un agrément supplémentaire pour un centre de soins résidentiels. »

Partie 26. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015 portant exécution du décret du 25 avril 2014 relatif au permis d'environnement

Art. 611. Dans l'article 35, §15, 1° de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 novembre 2015 portant exécution du décret du 25 avril 2014 relatif au permis d'environnement, les mots « maison de repos et de soins » sont remplacés par les mots « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire. »

Partie 27. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures

Art. 612. Dans l'article 15 de l'arrêté du Gouvernement flamand portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures, le premier alinéa est remplacé comme suit :

« Un CFM fournit à l'Agence les informations requises par la loi, telles que visées à l'article 185 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 portant exécution du décret relatif à la protection sociale flamande.

Partie 28. — Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 établissant le planning de lits disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins

Art. 613. L'article 1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 établissant le planning de lits disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins est remplacé comme suit :

« Art. 1. Dans l'arrêté, on entend par :

1° maison de repos et de soins : une structure qui, conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises comme d'application au 31 décembre 2018, dispose d'un agrément spécifique de maison de repos et de soins ;

2° centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire : centre de soins résidentiels tel que visé à l'article 52/1, deuxième alinéa, du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement. »

Art. 614. Dans l'article 2 du même décret, tel que modifié par les décrets du gouvernement flamand du 17 février 2017 et du 25 mai 2018, le quatrième alinéa suivant est ajouté :

« Le nombre maximal d'unités de logement à reconnaître en tant que centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire est fixé à 47.773 unités de logement à compter du 1er janvier 2019.

Art. 615. À l'article 4 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 17 février 2017 et modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 25 mai 2018, les modifications suivantes sont apportées :

1° le troisième alinéa est remplacé comme suit :

« L'article 2, paragraphe 3, s'applique à partir du 1er avril 2018 et cesse de s'appliquer le 1er janvier 2019 ;

2° il est ajouté un quatrième alinéa libellé comme suit :

« L'article 2, paragraphe 4, entre en vigueur le 1er janvier 2019. ».

Partie 29. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 portant attribution et agrément de lits supplémentaires disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins

Art. 616. Dans l'intitulé de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 portant attribution et agrément de lits supplémentaires disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins, les mots « lits supplémentaires disposant d'un agrément spécial comme maison de repos et de soins » sont remplacés systématiquement par les mots « unités de logement supplémentaires et vacantes avec agrément supplémentaire ».

Art. 617. Les modifications suivantes sont apportées à l'article 1er du même arrêté, remplacé par l'arrêté du gouvernement flamand du 28 avril 2017 et modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 25 mai 2018 :

1° au point 4°, les termes « maisons de repos et de soins » sont remplacés par les mots « centres de soins résidentiels avec agrément supplémentaire » ;

2° Les points 5° à 7° inclus sont remplacés par ce qui suit :

« 5° centre de soins résidentiels : un établissement visé à l'article 37 du

Décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, composé ou non de plusieurs implantations ;

6° centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire : un centre de soins résidentiels visé

à l'article 37, deuxième alinéa, du Décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement ;

7° unités de logement supplémentaires avec agrément supplémentaire : les

les unités de logement pour lesquelles un agrément supplémentaire a été inclus dans la planification et pour lesquelles aucun agrément supplémentaire pour un centre de soins résidentiels ou une autorisation de planning n'a encore été accordé ; »;

3° au point 8°, les termes « lits » sont remplacés par les termes « unités de logement avec agrément supplémentaire » ;

4° Il est ajouté un point 9° libellé comme suit :

« 9° unité de logement avec agrément supplémentaire : une unité de logement sur laquelle,

conformément à l'article 10/4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité, porte l'agrément supplémentaire d'un centre de soins résidentiels. ».

Art. 618. L'article 2, deuxième alinéa, du même arrêté, tel que modifié par le décret du Gouvernement flamand du 25 mai 2018, est modifié comme suit :

1° le point 1° est remplacé par ce qui suit :

« 1° pour le calcul de la répartition du nombre d'unités de logement supplémentaires et vacantes avec agrément supplémentaire entre les centres de soins résidentiels qui n'ont pas encore d'agrément supplémentaire ou qui n'ont pas encore d'autorisation de planification et les centres de soins résidentiels qui ont déjà un agrément supplémentaire ou une autorisation de planification : le calcul est arrondi au multiple suivant de 25 ; »;

2° au point 3°, le mot « taux de couverture RVT » est remplacé par les mots « taux de couverture pour profils de soins lourds » ;

3° au point 4°, les termes « lits avec agrément spécial en tant que maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « unités de logement avec agrément supplémentaire ».

Art. 619. Dans l'article 3 du même décret, remplacé par le décret du Gouvernement flamand du 25 mai 2018, les termes « lits avec agrément spécial en tant que maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « unités de logement avec agrément supplémentaire ».

Art. 620. À l'article 4 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 25 mai 2018, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1 est remplacé par ce qui suit :

« §1. Dans le présent article, on entend par :

1° résidents ayant un profil de prise en charge B, C, Cd ou D : les résidents relevant d'une catégorie de dépendance visée à l'article 425, 3° à 6° de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

2° période de référence : la période de référence, visée à l'article 1er, 45°, de l'arrêt du Gouvernement flamand du 18 mai 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, qui, selon la nature de l'unité de logement en question, comprend les éléments suivants :

a) pour les unités de logement supplémentaires avec agrément supplémentaire : la période de référence achevée la plus récente à compter de l'entrée en vigueur de la planification applicable et compte tenu du délai visé à l'article 454, paragraphe 2, de l'arrêté susmentionné ;

b) pour les unités de logement vacantes avec agrément supplémentaire, la période de référence achevée la plus récente au 1er janvier suivant l'année d'expiration de l'autorisation de planification. »;

2° dans le paragraphe 2, les mots « lits avec agrément spécial en tant que maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « unités de logement avec agrément supplémentaire » ;

3° les paragraphes 4 et 5 sont remplacés comme suit :

« § 4. Un tiers des unités de logement supplémentaires ou vacantes avec agrément supplémentaire inclus dans la planification est attribué aux centres de soins résidentiels qui n'ont pas encore d'agrément supplémentaire et qui n'ont pas d'autorisation de planification à la fin de la période de référence et qui, en moyenne, ont accueilli au moins 25 résidents relevant d'un profil de soins B, C, Cd et D pendant la période de référence.

Vingt-cinq unités de logement avec agrément supplémentaire sont accordées aux centres de soins résidentiels éligibles selon les critères définis au premier alinéa.

Si les ressources disponibles sont insuffisantes pour accorder à chaque centre de soins résidentiels éligible 25 unités de logement avec agrément supplémentaire, la priorité sera accordée aux unités de logement où le nombre de résidents présentant un profil de soins B, C, C, Cd et D est le plus élevé par rapport au nombre total de résidents du centre de soins résidentiels pendant la période de référence, sans tenir compte des résidents occupant des unités de logement avec agrément spécial comme centres pour lésions cérébrales non acquises, visées à l'article 3a de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises.

§5. Le solde est accordé aux centres de soins résidentiels qui, à la fin de la période de référence, disposent d'un agrément supplémentaire ou d'une autorisation de planification.

Les centres de soins résidentiels ayant un taux de couverture inférieur pour les profils de soins lourds ont une priorité plus élevée que les centres de soins résidentiels ayant un taux de couverture plus élevé pour les profils de soins lourds.

Le taux de couverture des profils de soins lourds est calculé comme suit : le nombre d'unités de logement avec agrément supplémentaire, à l'exception des unités de logement avec agrément spécial en tant que centre de lésions cérébrales non acquises, visées à l'article 3 bis de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, plus le nombre d'unités de logements avec autorisation de planification à la fin de la période de référence, divisé par le nombre moyen de résidents ayant un profil de soins B, C, Cd ou D en ROB et RVT pendant la période de référence.

Si plusieurs centres de soins résidentiels sont éligibles, la priorité est accordée aux centres de soins résidentiels où le nombre de résidents ayant un profil de soins B, C, Cd et D est le plus élevé par rapport au nombre total de résidents du centre de soins résidentiels pendant la période de référence. » ;

4° aux paragraphes 6 et 7, les termes « agrément en tant que maison de repos et de soins » sont remplacés par les termes « agrément supplémentaire ».

Art. 621. l'article 5 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 mai 2018, le mot « lit » est remplacé par les mots « unité de logement avec agrément supplémentaire ».

Art. 622. L'article 7 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 mai 2018, est modifié comme suit :

1° le paragraphe 1er est modifié comme suit :

a) la partie de phrase « Les centres de soins et de logement qui, au 31 décembre 2014, n'étaient pas agréés comme maison de repos et de soins et qui reçoivent une intention d'autorisation de planification par application de l'article 5 du présent arrêté, peuvent être agréés pour les lits supplémentaires ou vacants comme maison de repos et de soins s'ils répondent aux conditions suivantes : », est remplacée par la partie de phrase « Les centres de soins résidentiels qui ne disposent pas encore d'un agrément supplémentaire et qui reçoivent une autorisation de planification conformément à l'article 5 du présent arrêté peuvent recevoir un agrément supplémentaire pour les unités de logement supplémentaire ou vacantes s'ils répondent à toutes les conditions suivantes : »

b) au point 2°, les mots « ressources RVT » sont remplacés par les mots « ressources pour les unités de logement avec agrément supplémentaire » ;

2° Le paragraphe 2 est modifié comme suit :

a) l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit :

« Les centres de soins résidentiels qui ont un agrément supplémentaire et qui reçoivent une autorisation de planification conformément à l'article 5 peuvent recevoir un agrément supplémentaire pour les unités de logement supplémentaires ou vacantes, à condition qu'ils soumettent une demande d'agrément à l'Agence par lettre recommandée. » ;

b) le point 3° du deuxième alinéa est remplacé comme suit :

« 3° pour les centres de soins résidentiels qui, conformément à l'article 5 du présent arrêté, reçoivent une proposition d'autorisation de planification pour cinq unités de logement ou plus avec agrément supplémentaire :

a) le rapport du conseil des usagers montrant que les usagers ont été informés de l'utilisation des ressources supplémentaires pour les unités de logement avec agrément supplémentaire ;

b) une attestation confirmant que des consultations ont eu lieu avec les délégués représentatifs des travailleurs ou, en l'absence de ces délégués, avec les travailleurs eux-mêmes, sur la manière dont les ressources supplémentaires seront utilisées pour les unités de logement avec agrément supplémentaire, et pour choisir, pour cette utilisation, entre un emploi supplémentaire avec indication du nombre d'ETP sur une base annuelle, une réduction de la perte et/ou une réduction du prix journalier avec indication du nombre d'euros pour lequel un ajustement du prix journalier est requis. » ;

3° au paragraphe 3, les mots « maison de repos et de soins » sont remplacés par « centre de soins résidentiels avec agrément supplémentaire » et le mot « lits » est remplacé par « unité de logement avec agrément supplémentaire » ;

4° les paragraphes 4 et 5 sont remplacés comme suit :

« §4. Pour les centres de soins résidentiels qui font l'objet d'une procédure de refus, de suspension ou de retrait d'agrément, l'agrément supplémentaire des unités de logement pour lesquelles le centre de soins résidentiels a reçu l'intention d'accorder une autorisation de planification conformément à l'article 5 est suspendu en attendant la décision dans ce dossier. La décision de refus, de suspension et de retrait de l'agrément indique si et, le cas échéant, à partir de quelle date l'agrément supplémentaire peut être demandé pour les unités de logement pour lesquelles l'initiateur a reçu l'intention d'accorder une autorisation de planification conformément à l'article 5.

§5. Pour les unités de logement supplémentaires avec agrément supplémentaire, les centres de soins résidentiels ont le choix de faire prendre effet l'agrément le 1er janvier, le 1er avril, le 1er juillet ou le 1er octobre de l'année au cours de laquelle les unités de logement supplémentaires avec agrément supplémentaire sont incluses dans la planification.

Par dérogation au premier alinéa, les centres de soins résidentiels pour les unités de logement supplémentaires avec agrément supplémentaire en 2018 ont le choix de faire prendre effet l'agrément le 1er avril 2018, le 1er juillet 2018 ou le 1er octobre 2018.

Pour les unités de logement vacantes avec agrément supplémentaire, les centres de soins résidentiels ont la possibilité de faire prendre effet l'agrément le 1er janvier, le 1er avril, le 1er juillet ou le 1er octobre suivant l'année au cours de laquelle l'autorisation de planification expire.

Art. 623. À l'article 8 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 28 avril 2017, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1 est remplacé par ce qui suit :

« §1. Par dérogation à l'article 12 de l'arrêté du gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'obtention d'une autorisation de planification et d'une autorisation d'exploitation pour les établissements dispensant des soins intra-muros et trans-muros, l'autorisation de planification devient caduque si l'initiateur ne présente pas à l'Agence une demande d'agrément préalable ou une demande d'agrément telle que visée à l'article 7 dans les quatre mois suivant la réception de l'intention d'autorisation.

Pour les centres de soins résidentiels pour lesquels un refus, une procédure de refus, de suspension ou de retrait d'agrément est en cours et pour lesquels, conformément à l'article 7, paragraphe 4, l'agrément supplémentaire des unités de logement pour lesquelles le centre de soins résidentiels reçoit une intention d'autorisation de planification conformément à l'article 5 a été suspendu, l'autorisation de planification expire si l'initiateur ne présente pas une demande d'agrément (provisoire) telle que visée à l'article 7 dans les quatre mois qui suivent la réception de la décision concernant le refus, la suspension ou le retrait de la décision.

Pour les centres de soins résidentiels qui font l'objet d'un refus, une procédure de refus, de suspension ou de retrait d'agrément et pour lesquels, conformément à l'article 7, paragraphe 4, l'agrément supplémentaire des unités de logement pour lesquelles le centre de soins résidentiels reçoit une intention d'autorisation de planification conformément à l'article 5 expire si la décision concernant le refus, la suspension ou le retrait d'agrément prévoit que les unités de logement pour lesquelles l'initiateur a reçu l'intention de planification conformément à l'article 5 ne peut être agréées ;

à l'article 2, premier alinéa, le mot « lits » est remplacé par les mots « unités de logement supplémentaires ou vacantes avec agrément supplémentaire ».

Partie 30. — Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 janvier 2018 portant application de l'interdiction de cumul et de la règle de la différence pour la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap »

Art. 624. Dans l'article 1, 5° de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 janvier 2018 portant application de l'interdiction de cumul et de la règle de la différence pour la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap », la partie de phrase « du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacée par la partie de phrase « du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 625. Dans l'article 2, premier alinéa, 1° du même arrêté, la partie de phrase « du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande » est remplacée par la partie de phrase « du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Partie 31. — Modification 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

Art. 626. Le chapitre VI, qui comprend les articles 15 à 18 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, coordonné le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par le règlement du 17 septembre 2018, est abrogé.

Livre 5. — Dispositions finales

Partie 1. — Disposition abrogatoire

Art. 627. Les réglementations suivantes sont abrogées :

1° l'arrêté royal du 13 mai 96 fixant la procédure relative à la constatation de l'infraction et au prononcé de l'amende administrative applicable aux maisons de repos pour personnes âgées et aux maisons de repos et de soins agréées.

2° l'arrêté royal du 9 juillet 2003 d'exécution de l'article 69, § 4, deuxième alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 28 septembre 2006 ;

3° l'arrêté royal du 21 août 2008 portant exécution de l'article 37quater, alinéa premier, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestataires de soins de santé visés à l'article 34, premier alinéa, 11° et 12° de la même loi, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 11 février 2013 ;

4° l'arrêté royal du 12 octobre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de transport des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour ;

5° l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 7 juillet 2017, 22 septembre 2017, 10 novembre 2017, 17 novembre 2017, 1er décembre 2017 et 22 juin 2018 ;

6° l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour, modifiée en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 16 avril 2013 ;

7° l'arrêté ministériel fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, coordonné le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 septembre 2016.

Partie 2. — Dispositions transitoires

Art. 628. Aux fins du présent décret, la cotisation d'assurance maladie accordée avant le 1er janvier 2019 en application du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande est traitée de la même manière que le budget de la santé pour les personnes gravement dépendantes visées par le présent arrêté.

Art. 629. Aux fins du présent décret, l'intervention d'aide aux personnes âgées accordée avant le 1er janvier 2019 en application du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande est traitée de la même manière que le budget de la santé pour les personnes âgées nécessitant des soins de santé visées par le présent arrêté.

Art. 630. Pour l'exécution des tâches visées aux articles 512 à 519 du présent arrêté, la fonction de la Commission des caisses d'assurance soins pour la période du 1er janvier 2019 au 30 juin 2019 est exercée par les membres du Collège national des médecins-conseils ou par les membres des collèges locaux. Les articles 121 et 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 sont d'application mutatis mutandis pour l'exécution de ces tâches.

Art. 631. Pour l'exécution des tâches visées aux articles 260, 391 et 397 du présent arrêté, la fonction de la Commission des caisses d'assurance soins pour la période du 1er janvier 2019 au 30 juin 2019 est exercée par le médecin-conseil de la mutuelle apparentée à la caisse d'assurances soins de l'usager. Les dossiers de la Vlaamse Zorgkas sont répartis de manière aléatoire entre les mutuelles qui sont apparentées aux autres caisses d'assurance soins.

Par dérogation au premier alinéa, la fonction de Commission des caisses d'assurances soins peut également être exercée par un expert associé à l'a caisse d'assurance soins proprement dite, pour des inspections monodisciplinaires conformément aux dispositions du présent décret.

Art. 632. Les organismes assureurs continuent à traiter les dossiers de subrogation conformément à l'article 136, paragraphe 2, de la loi sur l'assurance maladie, pour les prestations antérieures au 1er janvier 2019.

Art. 633. Dans le cas des personnes qui reçoivent une allocation de l'assurance soins avant le mois de décembre 2016 et qui ont commencé à recourir à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles avant le ou au 1er janvier 2017, l'exécution des interventions de l'assurance soins se poursuit lorsqu'elles répondent aux dispositions visées à ou déterminées en vertu de l'article 41 du décret du 18 mai 2018, ainsi qu'aux conditions d'application visées à ou déterminées en vertu des articles 78 et 79 du décret susmentionné. L'exécution des interventions prend fin lorsque ces personnes reçoivent, après le 1er janvier 2017 et après une procédure de révision, un budget plus élevé pour des soins et du soutien non directement accessibles.

Conformément à l'article 73 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, tel qu'en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, l'exécution des interventions de l'assurance soins relatives au nombre de mois de 2016 se poursuit également lorsque les personnes remplissent les conditions suivantes :

1° elles reçoivent en 2016 une allocation de l'assurance soins, conformément à l'article 73 précité ;

2° elles commencent à recourir à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles avant le ou au 1er janvier 2017 ;

3° elles satisfont aux dispositions visées à ou déterminées en vertu de l'article 41 du décret du vendredi 18 mai 2018, ainsi qu'aux conditions d'application visées aux ou déterminées en vertu des articles 42 et 43 du décret susmentionné

Cette exécution, visée à l'alinéa deux, prend fin lorsque les personnes en question reçoivent un budget plus élevé pour des soins et du soutien non directement accessibles après le 1er janvier 2017 et après une procédure de révision.

Art. 634. Dans le cas des personnes qui ont droit, au 31 décembre 2016, à une allocation pour l'aide aux personnes âgées, en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, et qui ne peuvent s'affilier à la protection sociale flamande au 1er janvier 2017 parce qu'elles n'entrent pas dans le champ d'application du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande , ou qui, au 1er janvier 2017, ne remplissent pas la condition visée à l'article 41, § 1er, premier alinéa, 4° du décret du 18 mai 2018, l'exécution des interventions pour l'aide aux personnes âgées se poursuit également après le 31 décembre 2016 en vertu de ce décret du 18 mai 2018, même si l'autonomie réduite de ces personnes subsiste.

Les personnes visées à l'alinéa premier sont supposées être affiliées pour la durée de l'intervention.

Art. 635. Le délai d'affiliation ininterrompue préalable à l'ouverture du droit à une allocation pour l'aide aux personnes âgées ou à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles, visé à l'article 41, § 1er, alinéa deux, du décret du 18 mai 2018, ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 3, §1, point 2 du décret du 18 mai 2018 lorsqu'elles s'affilient avant le 1er janvier 2020 à une caisse d'assurance soins de leur choix.

Le délai d'affiliation ininterrompue préalable à l'ouverture du droit à une allocation pour les aides à la mobilité ou à une intervention pour les soins de santé résidentiels pour personnes âgées, visé à l'article 41, § 1er, alinéa deux, du décret du 18 mai 2018, ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 3, §1, deuxième alinéa du décret du 18 mai 2018 lorsqu'elles s'affilient avant le 1er janvier 2020 à une caisse d'assurance soins de leur choix.

Le délai d'affiliation ininterrompue préalable à l'ouverture du droit à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles, visé à l'article 41, § 1er, alinéa trois, du décret du 18 mai 2018, ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 3, §1, troisième et quatrième alinéas du décret du 18 mai 2018 lorsqu'elles s'affilient avant le 1er janvier 2020 à une caisse d'assurance soins de leur choix.

Art. 636. Les décisions suivantes sont assimilées à une attestation telle que visée à l'article 233, 1°, du présent arrêté :

1° la décision dont il ressort que la commission d'experts a déterminé l'appréciation du budget d'assistance personnelle en application de l'article 8 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2000 établissant les conditions d'octroi d'un budget d'assistance personnelle aux personnes handicapées, tel qu'applicable au 31 mars 2016 ;

2° la décision dont il ressort qu'il a été octroyé à un usager un budget personnalisé, en application de l'article 1er de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 novembre 2008 relatif au lancement d'une expérience en matière d'octroi d'un budget personnalisé à certaines personnes handicapées ;

3° la décision dont il ressort qu'il a été octroyé à un usager un champ d'assistance plus élevé que Z7 tel que visé dans l'annexe de l'arrêté ministériel du 1er mars 2012 portant fixation des champs d'assistance ;

4° le rapport d'indication, visé à l'article 1er, 17°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, dont il ressort qu'un usager entre en ligne de compte pour une aide à la jeunesse non directement accessible, proposée en application du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées).

Art. 637. Le budget d'assistance de base est mis en place progressivement. Afin de permettre cette mise en place progressive, un usager doit, pour la période allant jusqu'à l'année budgétaire 2020 incluse, remplir les conditions cumulatives complémentaires telles que visées aux articles 638 à 641 inclus du présent arrêté, en plus des conditions visées à l'article 4 du décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées.

Art. 638. À partir du 1er août 2016, le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour les personnes majeures qui remplissent les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

1° remplir la condition visée à l'article 233 du présent arrêté ;

2° être enregistré, au 31 décembre 2014 ainsi qu'au 1er janvier 2016, dans la banque de données centralisée visée à l'article 1er, 11°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 mars 2006 relatif à la régie de l'aide et de l'assistance à l'intégration sociale de personnes handicapées et à l'agrément et le subventionnement d'une « Vlaams Platform van verenigingen van personen met een handicap » (Plate-forme flamande d'associations de personnes handicapées), avec une des demandes de soins actives suivantes :

a) un accompagnement ambulatoire proposé par un centre de jour ;

b) un budget d'assistance personnelle ;

c) une unité d'observation pour adultes ;

d) logement encadré ;

e) logement protégé, SAI ou logement intégré ;

f) maison pour travailleurs ;

g) centre de jour ;

h) vie autonome ;

i) maison pour non-travailleurs occupation ;

j) maison pour non-travailleurs nursing ;

3° au moment de l'octroi du budget d'assistance de base :

a) ne pas recourir à un budget d'assistance personnelle tel que visé à l'article 16, 2°, du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) tel qu'applicable au 31 mars 2016, ou tel que visé au chapitre IV/1 du décret susmentionné ;

b) ne pas recourir à un budget personnalisé en application de l'article 1er de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 novembre 2008 relatif au lancement d'une expérience en matière d'octroi d'un budget personnalisé à certaines personnes handicapées, tel que d'application au 31 décembre 2016 ;

c) ne pas bénéficier d'une aide proposée par un centre d'offre de services flexibles pour personnes handicapées majeures en application de l'article 8 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres d'offre de services flexibles en faveur de personnes handicapées majeures, tel que d'application au 31 décembre 2016 ;

d) ne pas bénéficier d'une aide proposée par un centre multifonctionnel pour personnes handicapées mineures en application de l'article 7 ou 9, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures ;

e) ne pas bénéficier d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents telles que visées à l'article 2 dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents ;

f) ne pas recourir à un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles ;

g) ne pas recourir à une unité pour internés telle que visée à l'article 11 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement de structures offrant du soutien aux personnes handicapées en prison, et d'unités pour internés ;

h) ne pas recourir à une unité d'observation, de diagnostic et de traitement telle que visée à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 décembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement d'unités d'observation, de diagnostic et de traitement.

Art. 639. § 1er. Dans le présent article, on entend par soins et soutien non directement accessibles :

1° un budget d'assistance personnelle au sens du chapitre IV/I du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées)

2° soutien par un centre multifonctionnel pour mineurs handicapés en application de l'article 7 ou 9, §2, de la décision du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures ;

3° aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents telles que visées à l'article 2 dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents ;

4° un budget pour les soins et le soutien non directement accessibles.

§ 2. Le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour les personnes qui recourent à des soins et du soutien non directement accessibles et qui mettent volontairement fin à l'assistance en vue de l'obtention d'un budget d'assistance de base, lorsqu'elles remplissent les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

1° avoir recours à des soins et un soutien non directement accessibles à compter du 1er janvier 2017, à l'exception de l'assistance en cas de crise ;

2° mettre volontairement fin aux soins et au soutien non directement accessibles visés au point 1°, après l'entrée en vigueur du présent article, en notifiant la cessation et la date de cessation à l'Agence flamande pour les personnes handicapées.

Le droit au budget d'assistance de base visé à l'alinéa premier est ouvert à la date de la fin du délai de préavis.

Art. 640. À partir du 1er décembre 2016, le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour les personnes mineures qui remplissent les conditions cumulatives complémentaires suivantes :

1° remplir la condition visée à l'article 233 du présent arrêté ;

2° se trouver dans l'un des cas suivants à la date du 30 juin 2015 :

a) être inscrites sur la liste d'enregistrement intersectorielle visée à l'article 2, § 1er, 25°, du décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse ;

b) disposer d'un rapport d'indication dont il ressort que le mineur a droit à un budget d'assistance personnalisé tel que visé à l'article 16, 2°, du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) tel que d'application le 30 juin 2015.

3° au moment de l'octroi du budget d'assistance de base, ne pas recourir à :

a) un budget d'assistance personnelle au sens du chapitre IV/I du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées)

b) soutien par un centre multifonctionnel pour mineurs handicapés en application de l'article 7 ou 9, §2, de la décision du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures ;

c) aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents telles que visées à l'article 2 dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins.

Art. 641. À partir du 1er août 2017, le droit à un budget d'assistance de base est ouvert pour :

1° les personnes avec une attestation d'allocations familiales majorées d'au moins douze points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3, ne recourant pas à des soins et un soutien non directement accessibles ;

2° les jeunes adultes de 21 à 25 ans inclus, qui disposent d'un score d'au moins douze points sur l'échelle médico-sociale utilisée pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intervention, et ne recourant pas à des soins et du soutien non directement accessibles.

La décision d'octroi des usagers, visée au premier alinéa, 2°, peut être prolongée sans conditions d'âge, conformément à l'article 236.

On entend par soins et soutien non directement accessibles, au sens du premier alinéa, 1° :

1° un budget d'assistance personnelle au sens du chapitre IV/I du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées)

2° soutien par un centre multifonctionnel pour mineurs handicapés en application de l'article 7 ou article 9, §2, de la décision du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures ;

3° aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents telles que visées à l'article 2 dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des ;

4° un budget pour les soins et le soutien non directement accessibles.

Art. 642. Les personnes qui n'ont pas pu s'affilier à partir du 1er janvier 2011 conformément à l'article 4, §1, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, et qui ont reçu des allocations de l'assurance soins au 31 décembre 2010, continueront de recevoir les allocations de l'assurance soins en cours, lorsqu'elles :

1° continuent de payer la cotisation pour la protection sociale flamande pour le 31 décembre de chaque année au cours de laquelle les allocations de l'assurance soins sont octroyées ;

2° restent atteintes d'une autonomie gravement réduite de longue durée.

Art. 643. Tant que le fonctionnaire dirigeant de l'Agence n'a pas établi une liste de produits conformément à l'article 359, la liste des produits admis au remboursement, établie conformément à l'article 28, paragraphe 8, de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités tel qu'applicable au 31 décembre 2018 est considérée comme la liste des produits aux fins du présent arrêté.

Par dérogation à l'article 360, paragraphe 2, les demandeurs qui ont présenté une déclaration dûment remplie et signée, au service des soins médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité conformément à l'article 28, §8, I 4.1, a), de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont exemptés de l'obligation de fournir une déclaration à l'Agence.

Art. 644. § 1er. Du 16 décembre 2018 au 31 décembre 2018, les fournisseurs d'aides à la mobilité ne peuvent pas demander aux organismes assureurs d'indemnités pour les aides à la mobilité.

Les organismes assureurs renvoient les demandes présentées entre le 16 décembre 2018 et le 31 décembre 2018 au fournisseur d'aides à la mobilité qui a présenté la demande, en demandant que la demande soit à nouveau présentée à la caisse d'assurances soins à compter du 1er janvier 2019, conformément aux dispositions du présent décret.

§2. Les demandes d'interventions pour l'achat ou la location d'aides à la mobilité soumises aux organismes assureurs jusqu'au 15 décembre 2018 inclus sont traitées et décidées par les organismes assureurs conformément aux dispositions de la loi sur l'assurance maladie et ses arrêtés d'application.

Art. 645. Le fournisseur d'aides à la mobilité remet à l'organisme assureur concerné, au plus tard le 15 décembre 2018, les factures des interventions pour l'achat d'aides à la mobilité pour lesquelles la demande est soumise aux organismes assureurs.

Le fournisseur d'aides à la mobilité livre à l'organisme assureur concerné, au plus tard le 15 décembre 2018, les factures des interventions pour la location d'aides à la mobilité pour lesquelles la demande est présentée aux organismes assureurs, pour autant que les interventions facturées se rapportent à des services fournis en 2018.

Le fournisseur d'aides à la mobilité remet les factures des interventions pour la location d'aides à la mobilité pour lesquelles une demande a été introduite auprès des organismes assureurs au plus tard le 15 décembre 2018 à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, si les interventions facturées concernent des prestations à partir de janvier 2019.

Art. 646. Jusqu'au 31 décembre 2019, les caisses d'assurance soins acceptent et traitent les demandes d'achat ou de location d'aides à la mobilité accompagnées des documents requis par la loi sur l'assurance maladie et ses dispositions d'application.

Art. 647. Par dérogation à l'article 261, 2°, les dispositions du livre 2, partie 2, titre 3, chapitre 1, ne s'appliquent qu'aux usagers âgés de 85 ans et plus jusqu'au 31 décembre 2021 inclus.

En 2021, le gouvernement flamand évaluera la location d'aides à la mobilité aux usagers âgés de 85 ans et plus. En cas d'évaluation positive, la location d'aides à la mobilité sera étendue au groupe cible à partir de 65 ans à compter du 1er janvier 2022.

Art. 648. Les formules de location visées à l'article 262, paragraphe 3, du présent arrêté s'appliquent également à compter du 1er janvier 2019 aux contrats de location d'aide à la mobilité conclus avant le 1er janvier 2019 conformément à l'article 28, paragraphe 8, de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'usager et le fournisseur de l'équipement de mobilité ne doivent pas à signer à nouveau les contrats de location visés au premier alinéa.

Art. 649. En ce qui concerne la location de fauteuils roulants manuels conformément à l'article 278 et à l'article 314, §1, et par les usagers visés à l'article 261, 2°, conformément à l'article 262, §1, les forfaits de location périodique visés à l'article 262, §3 et à l'article 278, deuxième alinéa, sont augmentés de 20 euros pour les mois janvier 2019 à décembre 2020 compris.

En ce qui concerne la location de fauteuils roulants électroniques conformément à l'article 278, les forfaits de location périodiques visés à l'article 278, paragraphe 2, sont augmentés de 200 EUR pour les mois de janvier 2019 à décembre 2020.

En ce qui concerne la location de scooters électroniques conformément à l'article 278, les loyers périodiques visés à l'article 278, paragraphe 2, sont augmentés de 40 EUR pour les mois de janvier 2019 à décembre 2020.

Art. 650. Les demandes d'interventions suivantes sont traitées, décidées et payées par le VAPH conformément aux dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées tel que d'application avant le 1er janvier 2019, pour autant que le dossier de demande d'aide à la mobilité soit soumis à l'organisme assureur de l'usager au plus tard le 15 décembre 2018 et que le VAPH soit complet au plus tard le 30 juin 2019 :

1° les demandes d'interventions pour des suppléments ;

2° les demandes d'intervention pour :

a) émetteur intégré avec commande pour fauteuil roulant, amovible pour une utilisation autonome ;

b) émetteur intégré avec commande pour fauteuil roulant, non amovible pour une utilisation autonome ;

c) complément de l'émetteur autonome avec écran tactile dynamique : couplage avec commande pour fauteuil roulant ;

d) complément de l'émetteur autonome pour la commande par interrupteurs (balayage) : couplage avec commande pour fauteuil roulant ;

e) alternative à la souris : commande par la commande du fauteuil roulant ;

f) smartphone personnalisé ou tablette de contrôle : contrôle via la commande du fauteuil roulant ;

g) Complément des contrôles personnalisés des smartphones ou des tablettes : Chargeur USB sur batterie du fauteuil roulant.

Le ministre peut déterminer à quel moment les dossiers sont considérés comme complets.

Aux fins du présent article, on entend par « complément » la partie des frais qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie-invalidité obligatoire pour un fauteuil roulant électronique ou un fauteuil roulant manuel qui est partiellement remboursée par l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Art. 651. Les demandes d'interventions suivantes pour le remboursement de frais d'entretien, de réparation et de modification sont traitées, décidées et payées par le VAPH conformément aux dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées tel que d'application avant le 1er janvier 2019, pour autant que le dossier de demande d'aide à la mobilité sur lequel porte l'intervention demandée pour le remboursement des frais d'entretien, de réparation et de modification, soit soumis à l'organisme assureur de l'usager au plus tard le 15 décembre 2018 et que le dossier de demande d'intervention pour le remboursement de frais d'entretien, de réparation et de modifications soit complet auprès du VAPH au plus tard le 30 juin 2019.

Par dérogation au paragraphe 1, s'il s'agit d'une aide à la mobilité pour laquelle une demande de remboursement de l'assurance obligatoire maladie-invalidité ne doit pas être présentée au préalable, le dossier de demande pour l'aide à la mobilité auquel se rapporte l'intervention demandée pour le remboursement des frais d'entretien, de réparation et de modification est soumis au VAPH au plus tard le 31 décembre 2018 et le dossier de demande d'intervention pour le remboursement des frais d'entretien, de réparation et de modification est complet auprès du VAPH avant le 30 juin 2019.

Le ministre peut déterminer à quel moment les dossiers sont considérés comme complets.

Art. 652. § 1er. Pour les usagers auxquels une aide à la mobilité a été fournie et auxquels le VAPH accorde une intervention pour le remboursement des frais d'entretien, de réparation et de modification avant le 1er janvier 2019 ou à partir du 1er janvier 2019 conformément à l'article 651, la partie non encore utilisée de l'intervention est reportée au 1er janvier 2019 et est considérée comme le montant dont l'usager dispose pour rembourser les frais d'entretien et de réparation visés aux articles 328 et 329.

Les dispositions du livre 2, section 2, titre 4, chapitre 7 s'appliquent mutatis mutandis aux soldes reportés conformément à l'alinéa 1.

§2. Par dérogation à l'article 329, §2, le remboursement des frais d'entretien et de réparation des aides à la mobilité pour lesquelles une intervention pour le remboursement des frais d'entretien, de réparation et de modification a été accordée conformément aux dispositions du chapitre 2 de l'annexe II du décret du gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées, le cas échéant, est effectué conformément aux conditions fixées dans ledit décret, étant entendu que l'usager soumet la facture correspondante à la caisse d'assurance soins dont il est membre, le cas échéant, et que le remboursement de la facture par la caisse d'assurance soins est accompagné de la déduction du montant de la facture du montant disponible pour les frais d'entretien et de réparation.

La dérogation visée au premier alinéa n'est appliquée que jusqu'à une date à déterminer par le ministre, et uniquement dans les cas où la facture concernée n'est pas présentée par un fournisseur d'aides à la mobilité agréé.

Art. 653. Les demandes suivantes sont traitées, décidées et payées par le VAPH conformément aux dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées tel que d'application avant le 1er janvier 2019, pour autant que le dossier soit complet auprès du VAPH au plus tard le lundi 31 décembre 2018.

1° les demandes d'interventions pour des aides à la mobilité conformément au chapitre 1 de l'annexe II du décret précité, à l'exception des demandes d'interventions complémentaires ;

2° les demandes d'interventions pour des systèmes d'assistance électrique pour fauteuils roulants ;

3° les demandes de prise en charge de frais supplémentaires d'entretien, de réparation et de modification.

Le ministre peut déterminer à quel moment les dossiers sont considérés comme complets.

Aux fins du présent article, on entend par « complément » la partie des frais qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie-invalidité obligatoire pour un fauteuil roulant électronique ou un fauteuil roulant manuel qui est partiellement remboursée par l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Art. 654. Les montants versés à la suite de demandes de prestations décidées par le VAPH après le 31 décembre 2018 sont à la charge de l'Agence.

Le VAPH facture à l'Agence les montants visés à l'alinéa premier.

Art. 655. Si l'usager a introduit une demande d'intervention auprès de son organisme assureur ou du VAPH et qu'aucune décision n'a encore été prise concernant cette demande avant le 1er janvier 2019, il a la possibilité d'annuler la demande et d'en introduire une nouvelle auprès de la caisse assurance soins dont il est membre, conformément aux dispositions du présent arrêté.

Art. 656. Aussi longtemps que la présence requise des signatures du fournisseur de l'équipement de mobilité et de l'usager sur la demande, soumise à la caisse d'assurance maladie via l'application numérique prévues à l'article 376 §2, , n'est pas possible, cette demande est valable jusqu'à preuve du contraire sur la base du document signé, qui est conservé sous sa forme originale ou électronique par le fournisseur d'aides à la mobilité conformément à l'article 397.

Art. 657. Jusqu'au 31 décembre 2021, les catégories de personnes suivantes peuvent prétendre à une intervention dans le cadre des soins résidentiels pour personnes âgées conformément aux dispositions du livre 3, étant entendu que ces personnes doivent s'affilier administrativement à une caisse d'assurance soins de leur choix :

1° les personnes résidant dans la région germanophone ou dans la région francophone, auxquelles la protection sociale flamande ne s'applique pas et qui sont prises en charge dans un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour agréé par la Communauté flamande ;

2° les personnes résidant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui ne sont pas affiliées volontairement à une caisse d'assurances soins et qui sont prises en charge dans un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour agréé par la Communauté flamande.

Art. 658. Par dérogation à l'article 1er, 29°, et jusqu'à une date à déterminer par le ministre, aux fins du présent décret, on entend par initiateur : la personne physique ou morale qui exploite un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour.

Art. 659. Jusqu'au 31 décembre 2019, la valeur de J dans le calcul de l'intervention de soins de base dans un centre de soins résidentiels, y compris, le cas échéant, le centre de court séjour correspondant visé à l'article 473, paragraphe 3, est nulle.

Art. 660. Les soldes et les recouvrements éventuels des subventions d'exploitation des centres de court séjour pour l'année 2018 sont traités conformément à l'annexe XI, section I, chapitre IV, du décret du 24 juillet 2009 et à l'arrêté ministériel du 22 avril 2015 fixant le mode de subventionnement des centres de court séjour applicable au 31 décembre 2018.

Art. 661. Par dérogation au délai de notification prévu à l'article 435, les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour peuvent enregistrer numériquement les usagers qui ont déjà résidé dans la structure de soins concernée avant le 1er janvier 2019 au cours de la période allant du 1er janvier 2019 au 31 janvier 2019, au moyen de l'application visée à l'article 435.

Le ministre peut prolonger la période pendant laquelle les structures de soins peuvent enregistrer les usagers numériques visés au paragraphe 1.

Art. 662. Les centres de soins résidentiels, les centres de court séjour et les centres de soins de jour qui n'ont pas été en mesure de soumettre la demande d'un usager dans les délais prescrits peuvent introduire une demande de dérogation au délai visé à l'article 435 auprès de la caisse d'assurance soins pendant la période du 1er janvier 2019 au 30 juin 2019. Pour ce faire, il faut que le non-respect des délais soit dû au fait que l'application numérique visée à l'article 435 n'est pas encore opérationnelle dans la structure de soins concernée.

Si la structure de soins fournit des preuves suffisantes à l'appui de sa demande de dérogation visée au premier alinéa, la caisse d'assurance soins peut toujours approuver la demande d'admission avec effet au jour de l'admission de l'usager.

Le ministre peut prolonger la période pendant laquelle une demande de dérogation telle que visée au premier alinéa peut être introduite.

Art. 663. Par dérogation à l'article 454, paragraphe 3, et à l'article 456, paragraphe 2, point 3, les informations complémentaires ou rectificatives aux informations précédemment communiquées pour la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018 sont recevables jusqu'au 10 janvier 2019.

Art. 664. Par dérogation à l'article 492, deuxième alinéa, les personnes qui, au 1er janvier 2019, n'étaient pas titulaires d'un baccalauréat, mais qui ont suivi la formation spécifique requise dans le même article et qui ont déjà donné la formation visée à l'article 492, deuxième alinéa, avant le 1er janvier 2019, peuvent être assimilées par expérience en matière de soins palliatifs.

Par dérogation à l'article 493, premier alinéa, 2°, les personnes qui n'étaient pas titulaires d'un baccalauréat au 1er janvier 2019, mais qui ont suivi la formation spécifique requise par le même article et qui étaient déjà désignées comme personne responsable avant le 1er janvier 2019, comme visé à l'article 493, premier alinéa, 2°, peuvent être assimilées par expérience en matière de soins palliatifs.

Art. 665. L'arrêté ministériel du 9 décembre 2009 fixant la composition du prix journalier, les indemnités supplémentaires et les avances facturées aux tiers dans les établissements de soins résidentiels et l'arrêté ministériel du 5 décembre 2012 fixant la composition du prix journalier ou du prix horaire, les indemnités supplémentaires et les avances facturées aux tiers dans les établissements de soins résidentiels restent en vigueur jusqu'à leur suppression par arrêté ministériel.

Art. 666. Les demandes d'interventions pour un séjour dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour portant sur une admission jusqu'au lundi 31 décembre 2018 inclus sont soumises aux organismes assureurs et traitées et décidées par ces derniers conformément aux dispositions de la loi sur l'assurance maladie et ses arrêtés d'application.

Art. 667. Jusqu'au 31 décembre 2020, le centre de soins résidentiels, le centre de court séjour ou le centre de soins de jour envoie les factures à l'organisme assureur auquel l'usager est affilié jusqu'au 31 décembre 2020 si l'intervention facturée concerne des services fournis en 2018. Les organismes assureurs traitent les factures conformément aux dispositions de la loi sur l'assurance maladie et de ses décrets d'application.

Partie 3. — Entrée en vigueur

Art. 668. Le présent arrêté en vigueur le mardi 1 janvier 2019, à l'exception :

1° de l'article 46, alinéa 1er, 4° qui entre en vigueur à une date à fixer par le ministre ;

2° de l'article 165, qui entre en vigueur le dimanche 1 décembre 2019 ;

3° du livre 2, partie 1, titre 1, chapitre 4, qui entre en vigueur à une date à déterminer par le ministre en ce qui concerne l'application au budget des soins des personnes âgées ayant besoin de soins ;

4° de l'article 473, §1, 16° et du livre 3, partie 2, titre 3, chapitre 1, section 1, sous-section 17, qui entrent en vigueur le 1er janvier 2020.

Art. 669. Le Ministre flamand qui a la politique des soins de santé dans ses attributions et le Ministre flamand qui a l'assistance aux personnes dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 30 novembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

Annexe 1. Tableau relatif à la conversion visée à l'article 177, § 2, alinéa premier, de l'arrêté.

Âge accompli du bénéficiaire à la date du fait ayant donné lieu au paiement	Pourcentage de conversion de capitaux ou de valeurs de rachat en rente viagère	Âge accompli du bénéficiaire à la date du fait ayant donné lieu au paiement	Pourcentage de conversion de capitaux ou de valeurs de rachat en rente viagère
0	4,7535	56	7,3965
1	4,7622	57	7,5521
2	4,7713	58	7,7172
3	4,7809	59	7,8925
4	4,7909	60	8,0787
5	4,8014	61	8,2766
6	4,8125	62	8,4869
7	4,8241	63	8,7106
8	4,8362	64	8,9487
9	4,8490	65	9,2021
10	4,8623	66	9,4721
11	4,8764	67	9,7598
12	4,8911	68	10,0665
13	4,9066	69	10,3936
14	4,9229	70	10,7427
15	4,9399	71	11,1154
16	4,9578	72	11,5134
17	4,9766	73	11,9387
18	4,9964	74	12,3933
19	5,0171	75	12,8795
20	5,0389	76	13,3994
21	5,0618	77	13,9558
22	5,0858	78	14,5513
23	5,1111	79	15,1887
24	5,1377	80	15,8712
25	5,1656	81	16,6020
26	5,1949	82	17,3845
27	5,2258	83	18,2225
28	5,2582	84	19,1198

29	5,2923	85	20,0804
30	5,3282	86	21,1085
31	5,3660	87	22,2084
32	5,4057	88	23,3845
33	5,4476	89	24,6414
34	5,4916	90	25,9836
35	5,5380	91	27,4157
36	5,5868	92	28,9419
37	5,6383	93	30,5665
38	5,6925	94	32,2933
39	5,7497	95	34,1259
40	5,8099	96	36,0670
41	5,8735	97	38,1187
42	5,9405	98	40,2823
43	6,0112	99	42,5577
44	6,0859	100	44,9438
45	6,1647	101	47,4381
46	6,2480	102	50,0367
47	6,3359	103	52,7355
48	6,4289	104	55,5321
49	6,5272	105	58,4333
50	6,6311	106	61,4794
51	6,7411	107	64,8168
52	6,8575	108	68,9976
53	6,9808	109	76,2770
54	7,1114	110	100
55	7,2497		

Vu pour être joint à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 30 novembre 2018

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 2. Tableau avec les délais de renouvellement tel que mentionné à l'article 322, § 1er, exprimés en années.

Prestation	Délai de renouvellement < 12 ans	Délai de renouvellement >12 et < 18 ans	Délai de renouvellement > 18 et < 65 ans	Délai de renouvellement > 65 ans
Voiturette manuelle				
Voiturette manuelle standard (adultes)		3	4	6
Deuxième voiturette manuelle standard (adultes)		3	6	9
Voiturette manuelle modulaire (adultes)		3	4	6
Deuxième voiturette manuelle modulaire (adultes)		3	6	9
Voiturette manuelle de maintien et de soins (adultes)		3	4	6
Voiturette manuelle active (adultes)		3	4	6
Voiturette manuelle active aux dimensions individualisées (adultes)		3	4	6
Voiturette de station debout mécanique		3	4	6
Voiturette de station debout électrique		3	4	6
Voiturette de promenade standard (type voiturette enfants)	3	3		
Deuxième voiturette de promenade standard (type voiturette enfants)	3	3		
Voiturette de promenade standard – type buggy grand format (type voiturette enfants)	3	3	4	6
Deuxième voiturette de promenade standard– type buggy grand format (type voiturette enfants)	3	3	6	9
Voiturette de promenade modulaire (type voiturette enfants)	3	3		
Deuxième voiturette de promenade modulaire (type voiturette enfants)	3	3		
Voiturette manuelle standard enfants	3	3	4	6
Deuxième voiturette manuelle standard enfants	3	3	6	9
Voiturette active enfants	3	3	4	6
Deuxième voiturette active enfants	3	3	6	9
Châssis de voiturette pour siège-coquille	3	3	5	5
Deuxième châssis de voiturette pour siège-coquille	3	3	7,5	7,5
Châssis pour une unité d'assise modulaire adaptable	3	3	4	4
Voiturette électronique				
Voiturette électronique pour l'intérieur (adultes)		3	5	7
Voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur (adultes)		3	5	7
Voiturette électronique pour l'extérieur (adultes)		3	5	7
Voiturette électronique pour enfants pour l'intérieur	3	3	5	7
Voiturette électronique pour enfants pour l'intérieur et l'extérieur	3	3	5	7
Scooter électronique				
Scooter électronique pour l'intérieur		4	4	6
Scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur		6	6	6
Scooter électronique pour l'extérieur		6	6	6
Tricycle ou quadricycle et tricycle avec siège				
Tricycle ou quadricycle standard				
Tricycle ou quadricycle standard pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm		4	8	8
Tricycle ou quadricycle standard pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de 50 à 70 cm	2	4	8	8
Tricycle ou quadricycle standard pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de moins de 50 cm	2	4	8	8
Tricycle avec siège - guidon haut (position haute)				
Tricycle avec siège avec guidon haut en position haute,		4	8	8

pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm				
Tricycle avec siège avec guidon haut en position haute pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe inférieure ou égale à 70 cm	2	4	8	8
Tricycle avec siège - guidon en position basse et poignées placées de part et d'autre de l'assise				
Tricycle avec siège avec guidon en position basse et poignées placées de part et d'autre de l'assise pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm		4	8	8
Tricycle avec siège - guidon en position basse et poignées placées de part et d'autre de l'assise pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe inférieure ou égale à 70 cm	2	4	8	8
Tricycle avec siège -avec double système de propulsion à l'aide de pédales à pieds et à mains				
Tricycle avec siège avec double système de propulsion **manuelle ou podale (pédales)** pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm		4	8	8
Cadre de marche				
Cadre de marche avec 4 appuis fixes	3	3	4	6
Cadre de marche avec 2 appuis fixes et 2 roues sans siège	3	3	4	6
Cadre de marche avec 2 appuis fixes et 2 roues avec siège	3	3	4	6
Cadre de marche avec 3 ou 4 roues	3	3	4	6
Cadre de marche avec soutien pour la station debout	3	3	4	6
Cadre de marche avec direction de marche ouverte	3	3	4	6
Système de station debout				
Table de station debout réglable électriquement		10	10	10
Coussin anti-escarres				
Coussin anti-escarres non adaptable individuellement	2	2	2	2
Coussin anti-escarres anatomique non adaptable individuellement (intégré dans la voiturette)	Suit le renouvellement de la voiturette			
Coussin anti-escarres adaptable individuellement	3	3	3	3
Coussin anti-escarres adaptable individuellement de type coussin à air à structurelle cellulaire ou coussin-gel de type Flow- Fluid	3	3	3	3

Vu pour être joint à l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 30 novembre 2018 portant exécution du décret du vendredi 18 mai 2018 portant la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 30 novembre 2018.

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 3. Tableau avec les cumuls possibles des aides à la mobilité pour lesquels des interventions sont attribuées, tel que mentionné à l'article 241, § 2.

Règles de cumul	Table de station debout réglable électriquement	Cadre de marche	Tricycle ou quadricycle standard pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm	Tricycle ou quadricycle standard pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de 50 à 70 cm	Tricycle ou quadricycle standard pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de moins de 50 cm	Tricycle avec siège avec guidon haut en position haute, pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm	Tricycle avec siège avec guidon haut en position haute pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe inférieure ou égale à 70 cm	Tricycle avec siège avec guidon en position basse et poignées placées de part et d'autre de l'assise pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm	Tricycle avec siège – guidon en position basse et poignées placées de part et d'autre de l'assise pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe inférieure ou égale à 70 cm	Tricycle avec siège avec double système de propulsion manuelle ou podale (pédales) pour utilisateur avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm
Voiturette manuelle standard (adultes)		X	X	X		X	X	X	X	X
Voiturette manuelle modulaire (adultes)	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Voiturette manuelle de maintien et de soins (adultes)										
Voiturette manuelle active (adultes)	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Voiturette manuelle active aux dimensions individualisées (adultes)	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Voiturette de station debout										
Voiturette de promenade standard (type voiturette enfants)		X		X	X		X		X	
Voiturette de promenade modulaire (type voiturette enfants)		X		X	X		X		X	
Voiturette de promenade standard – type buggy grand format (type voiturette enfants)		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Voiturette manuelle standard enfants	X	X		X	X		X		X	
Voiturette active enfants	X	X		X	X		X		X	
Châssis de voiturette pour siège-coquille		X								
Châssis pour une unité d'assise modulaire adaptable		X								
Voiturette électronique pour adultes	X	X								
Voiturette électronique pour enfants	X	X		X	X		X		X	
Scooter électronique pour l'intérieur	X	X								
Scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur et Scooter électronique pour l'extérieur		X								
Cadre de marche			X	X	X	X	X	X	X	X

Règles de cumul pour le groupe cible des affections dégénératives rapides	Forfait de location pour une voiturette manuelle – groupe cible des affections dégénératives rapide	Forfait de location pour un scooter électronique – groupe cible des affections dégénératives rapide	Forfait de location pour une voiturette électronique – groupe cible des affections dégénératives rapide
Forfait de location pour une voiturette manuelle – groupe cible des affections dégénératives rapide	X	X	X

Vu pour être joint à l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 30 novembre 2018 portant exécution du décret du vendredi 18 mai 2018 portant la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 30 novembre 2018.

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 4. Tableau avec les cumuls possibles des aides à la mobilité avec une deuxième voiturette pour lesquels des interventions sont attribuées, tel que mentionné à l'article 334, deuxième alinéa.

Deuxième voiturette	Voiturette manuelle adulte	Voiturette manuelle enfants	Voiturette de station debout	Châssis voiturette	Voiture électronique adultes	Voiture électronique enfants	Scooter électronique
Deuxième voiturette manuelle standard (adultes)	X		X	X	X		X
Deuxième voiturette manuelle modulaire (adultes)	X		X	X	X		X
Deuxième voiturette de promenade standard (type voiturette enfants)		X		X		X	
Deuxième voiturette de promenade standard– type buggy grand format (type voiturette enfants)		X		X		X	
Deuxième voiturette de promenade modulaire (type voiturette enfants)		X		X		X	
Deuxième voiturette manuelle standard enfants		X		X		X	
Deuxième voiturette active enfants		X		X		X	
Deuxième châssis de voiturette pour siège-coquille	X	X			X	X	

Vu pour être joint à l'arrêté du Gouvernement flamand du vendredi 30 novembre 2018 portant exécution du décret du vendredi 18 mai 2018 portant la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 30 novembre 2018

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 5. Documents et informations qui doivent figurer dans la fiche de produit visée à l'article 361, § 1er.

Art. 1er Toute demande d'utilisation d'une voiturette manuelle ou électronique, d'un châssis de voiturette pour siège-coquille ou pour une unité d'assise modulaire ou d'un scooter électronique doit être accompagnée des renseignements et documents suivants :

1° la déclaration de conformité CE;
2° l'attestation d'essai valide délivrée par un institut de test européen de laquelle il ressort que le produit répond à la norme EN12183 ou EN12184 ;
3° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
4° une illustration spécifique à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste;
5° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ;
6° le prix public (TVA comprise) de l'aide à la mobilité;
7° la liste de prix complète de l'aide à la mobilité demandée et les adaptations connexes.

Art. 2. Toute demande d'un scooter électronique pour intérieur doit être accompagnée des renseignements et des documents suivants :

1° la déclaration de conformité CE ;
2° le certificat de résistance au feu pour le matériau de recouvrement délivré par un organisme européen ;
3° la déclaration de conformité CE conformément à l'annexe IV de l'arrêté royal du 1er décembre 2016 relatif à la compatibilité électromagnétique ;
4° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
5° une illustration spécifique à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste;
6° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ;
7° le prix public (TVA comprise) de l'aide à la mobilité ;
8° la liste de prix complète de l'aide à la mobilité demandée et les adaptations connexes.

Art. 3. Toute demande d'une voiturette de promenade pour enfants doit être accompagnée des renseignements et des documents suivants:

1° la déclaration de conformité CE;
2° le certificat de résistance au feu pour le matériau de recouvrement délivré par un organisme européen;
3° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
4° une illustration spécifique à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste;
5° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ;
6° le prix public (TVA comprise) de l'aide à la mobilité) ;
7° la liste de prix complète de l'aide à la mobilité demandée et les adaptations connexes.

Art. 4. Toute demande d'une adaptation d'une aide à la mobilité doit être accompagnée des renseignements et des documents suivants :

1° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
2° une illustration spécifique de l'adaptation à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste ;
3° le prix public (TVA comprise) de l'adaptation demandée ;
4° pour les demandeurs mandatés qui n'introduisent que des demandes d'adaptation, une déclaration de conformité CE doit également être jointe.

Art. 5. Toute demande d'un tricycle ou quadricycle ou d'une table de station debout réglable électriquement doit être accompagnée des renseignements et des documents suivants:
1° la déclaration de conformité CE;
2° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
3° une illustration spécifique à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste;
4° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ;
5° le prix public (TVA comprise) de l'aide à la mobilité;
6° la liste de prix complète de l'aide à la mobilité demandée et les adaptations connexes.

Art. 6. Tout demande d'une aide à la mobilité doit être accompagnée des renseignements et des documents suivants:
1° la déclaration de conformité CE;
2° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
3° une illustration spécifique à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste;
4° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ;
5° le prix public (TVA comprise) de l'aide à la mobilité.

Art. 7. Toute demande d'un coussin anti-escarres ou d'un système de dossier modulaire adaptable ou d'une unité d'assise modulaire adaptable doit être accompagnée des renseignements et des documents suivants:
1° la déclaration de conformité CE;
2° le certificat de résistance au feu pour le matériau de recouvrement délivré par un organisme européen;
3° uniquement pour les coussins anti-escarres : les tests scientifiques de mesure de compression et/ou évaluations cliniques publiés dans une revue scientifique reconnue ;
4° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description, des illustrations claires ou des photos;
5° une illustration spécifique à l'aide à la mobilité telle qu'elle est proposée pour figurer sur la liste;
6° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ;
7° le prix public (TVA comprise) de l'aide à la mobilité.

Vu pour être joint à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du vendredi 18 mai 2018 portant la protection sociale flamande

Brussel, le 30 novembre 2018.

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN