

Bijlage 11. Woonzorgcentra

Hoofdstuk 1. Definities

Artikel 1. In deze bijlage wordt verstaan onder:

- 1° afdeling: een groep van woongelegenheden die als een organisatorisch geheel wordt beschouwd en een of meer leefgroepen kan omvatten;
- 2° beheersinstantie: één of meer personen die het woonzorgcentrum vertegenwoordigen en juridisch kunnen verbinden;
- 3° BelRAI: een verzamelterm voor wetenschappelijk onderbouwde beoordelingsinstrumenten, gebaseerd op het internationale interRAI instrumentarium. Het gaat om gevalideerde beoordelingsinstrumenten om de gezondheids- en welzijnssituatie van gebruikers op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren;
- 4° bewoner: een gebruiker die in het woonzorgcentrum verblijft;
- 5° dagprijs: de prijs per dag die de bewoner of zijn vertegenwoordiger moet betaald worden en die minstens de kostprijselementen omvat voor huisvesting en verzorging van de bewoner, die beschouwd worden als deel van de normale activiteiten van een woonzorgcentrum;
- 6° interdisciplinair team: een team waarin verschillende zorg- en welzijnsgeoriënteerde disciplines samenwerken met het oog op een gezamenlijk doel, namelijk een kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning van de bewoners. De kennis, de competenties en de perspectieven van de diverse disciplines zijn complementair aan elkaar. Ze hanteren daarbij dezelfde gemeenschappelijke taal en zorglogica;
- 7° leefgroep: een groep van bewoners die samen een aantal gemeenschappelijke ruimten delen, namelijk de zit- en eetruimte en gemeenschappelijk sanitair;
- 8° verblijfsruimte: de individuele bewonerskamers en gemeenschappelijke ruimten die toegankelijk zijn voor de bewoners;

Hoofdstuk 2. Programmatie

Art. 2. Het programma voor de woonzorgcentra bestaat uit de volgende elementen:

- 1° de programmacijfers;
- 2° de evaluatiecriteria.

Art. 3. §1. De programmacijfers voor de woonzorgcentra, vermeld in artikel 2, 1°, worden op de volgende wijze bepaald:

- 1° één woongelegenheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar;
- 2° 4 woongelegenheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 75 tot 79 jaar;
- 3° 12 woongelegenheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 80 tot 84 jaar;
- 4° 23 woongelegenheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 85 tot 89 jaar;
- 5° 32 woongelegenheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 90 jaar en ouder. Het aantal woongelegenheden dat zo verkregen wordt, wordt vermenigvuldigd met 1,047.

§2. Voor de toepassing van de programmacijfers, vermeld in paragraaf 1, wordt uitgegaan van de bevolkingsprojectie voor het vijfde jaar dat volgt op het jaar van de aanvraag van een voorafgaande vergunning. Die bevolkingsprojectie wordt door de minister vastgelegd en moet minstens aan de volgende voorwaarden voldoen:

- 1° ze is per afzonderlijk kalenderjaar opgesteld;
- 2° ze is specifiek voor het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad berekend;

- 3° ze is regionaal tot op het niveau van de gemeenten binnen het Nederlandse taalgebied gedifferentieerd;
- 4° ze is volgens de leeftijdsgroepen 65 tot 74 jaar, 75 tot 79 jaar, 80 tot 84 jaar, 85 tot 89 jaar en 90 jaar en ouder opgesteld.

§3. De minister legt de evaluatiecriteria voor de woonzorgcentra vast, vermeld in artikel 2, 2°, worden door de minister vastgelegd. De minister houdt daarbij onder meer rekening met:

- 1° de verhouding van het totale aantal voorafgaand vergunde en gerealiseerde opnamemogelijkheden tot het programmacijfer voor de gemeente in kwestie of voor het werkingsgebied;
- 2° het huidige of toekomstige profiel van het centrum;
- 3° een verslag van de initiatiefnemer waaruit blijkt dat het initiatief inspeelt op de noden van het beoogde werkingsgebied en op de lokale beleidsintenties;
- 4° de visie op wonen, leven en zorg- en ondersteuning in het woonzorgcentrum;
- 5° de verwachte rentabiliteit en prijszetting;
- 6° de professionele kwaliteitsgaranties van de initiatiefnemer.

In het eerste lid wordt verstaan onder werkingsgebied:

- 1° voor een gemeente die minder dan 10 000 ouderen boven de 65 jaar telt: de gemeente in kwestie en de aangrenzende gemeenten, met uitzondering van de aangrenzende gemeenten die meer dan 10 000 ouderen boven de 65 jaar tellen en waarvan het programmacijfer al overschreden is;
- 2° voor een gemeente die minstens 10 000 ouderen boven de 65 jaar telt: de gemeente zelf.

Hoofdstuk 3. Specifieke erkenningsvoorwaarden

Afdeling 1. Algemene bepaling

Art. 4. Aanvullend op artikel 4, 7, 8, 33 tot en met 35, 39, §2, artikelen 49 en 59 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 gelden voor de erkenning van woonzorgcentra de specifieke voorwaarden van dit hoofdstuk.

Afdeling 2. Voorwaarden voor de zorg en ondersteuning

Onderafdeling 1. Rechten en plichten

Art. 5. De initiatiefnemer mag geen opname- of ontslagcriteria hanteren die betrekking hebben op:

- 1° de ideologische, filosofische, politieke of godsdienstige overtuiging van de bewoner;
- 2° de seksuele oriëntatie en genderidentiteit;
- 3° het lidmaatschap van een organisatie of groepering;
- 4° de financiële draagkracht van de bewoner, met uitzondering van de situatie, vermeld in van artikel 527/1, vierde lid, 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;
- 5° de etnische afkomst van de bewoner;
- 6° de voorkeuren die de bewoner geëxpliciteerde heeft voor zijn vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, voor zover die voorkeuren toegelaten zijn in overeenstemming met de bestaande regelgeving;
- 7° het dragerschap van micro-organismen waarvoor preventie van overdracht mogelijk is door het toepassen van de voorzorgsmaatregelen en voor zover dat dit dragerschap op dat moment geen risico vormt voor de andere bewoners.

Art. 6. De bewoner, zijn vertegenwoordiger, familie of mantelzorgers genieten de grootst mogelijke vrijheid. Het woonzorgcentrum kan die alleen beperken om verantwoorde organisatorische of medische redenen en waarover duidelijk wordt gecommuniceerd.

De bewoner of zijn vertegenwoordiger kan vrij zijn huisarts kiezen en, in voorkomend geval, het ziekenhuis waar hij opgenomen wil worden. Die vrije keuze wordt op geen enkele manier beïnvloed.

Het woonzorgcentrum kan geen totaal rookverbod opleggen. Als in de woongelegenheid die aan de bewoner ter beschikking wordt gesteld, niet gerookt mag worden, stelt het woonzorgcentrum een aangepaste, volwaardige rookruimte ter beschikking, die voldoende groot en vlot bereikbaar is voor de bewoners. Die ruimte is afsluitbaar en heeft een aangepaste ventilatie.

Bezoek is altijd toegestaan. Als op sommige tijdstippen bezoek minder gewenst is, communiceert het woonzorgcentrum daarover.

Art. 7. De beheersinstantie voert een duidelijke communicatie over het opnamebeleid. Voor de inschrijving voor opname in het woonzorgcentrum kan geen vergoeding gevraagd worden.

Art. 8. De beheersinstantie voert een actieve communicatie met de bewoner of zijn vertegenwoordiger over de organisatie van het woonzorgcentrum en de strategische beleidsbeslissingen van het management, die een impact hebben op de dagelijkse werking van het woonzorgcentrum, op de kwaliteit en de kosten van het verblijf of de aard of kwaliteit van de aangeboden zorg en ondersteuning.

Art. 9. Behalve met zijn uitdrukkelijke akkoord, of dat van zijn vertegenwoordiger of om een ernstige reden die ertoe leidt dat een adequate zorg en ondersteuning in de toegewezen woongelegenheid onmogelijk wordt gemaakt, mag aan de bewoner geen andere woongelegenheid in een eenpersoonskamer of een tweepersoonskamer worden toegewezen dan die welke hem bij de opname is toegekend.

Art. 10. In samenspraak met de bewoner en, in voorkomend geval zijn vertegenwoordiger of mantelzorger, wordt de woongelegenheid die aan de bewoner wordt toegewezen zo huiselijk mogelijk ingericht, om een gevoel van geborgenheid en veiligheid te creëren.

Art. 11. Er wordt voor elke woongelegenheid waar bewoners zijn opgenomen, een inventaris opgemaakt van de bezittingen die eigendom zijn van het woonzorgcentrum. Een exemplaar ervan wordt aan de bewoner of zijn vertegenwoordiger bezorgd.

Art. 12. De opname wordt geconcretiseerd in een schriftelijke opnameovereenkomst die de belanghebbende partijen ondertekenen en die minstens de volgende bepalingen bevat:

- 1° de volgende administratieve gegevens:
 - a) de identificatiegegevens van de contracterende partijen;
 - b) het erkenningsnummer van het woonzorgcentrum;
 - c) de voorziene opnamedatum;
 - d) de woongelegenheid in een één- of tweepersoonskamer die aan de bewoner bij de opname wordt toegewezen;
- 2° de opname en ontslagprocedure die de volgende elementen bevat:
 - a) de opnameprocedure en de opnamevoorwaarden;

- b) de regeling voor het verbreken van de overeenkomst vóór de vastgelegde opnamedatum. Het is niet toegestaan een reservatievergoeding aan te rekenen;
 - c) de omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot ontslag uit het woonzorgcentrum, de ontslagprocedure en de opzeggingstermijn;
 - d) de wijze waarop de bewoner de overeenkomst kan beëindigd, en de toepasselijke opzeggingstermijn, in voorkomend geval, de regeling voor de verbrekingsvergoeding;
 - e) de specifieke regelingen bij tijdelijke afwezigheid of overlijden van de bewoner;
- 3° de dagprijs en de facturatie die de volgende elementen worden bevatten:
- a) het bedrag en de samenstelling van de dagprijs die van toepassing op de vastgelegde opnamedatum;
 - b) de bedragen, de reden en de periode van toegestane kortingen op de dagprijs;
 - c) de diensten en leveringen die aanleiding geven tot de aanrekening van een extra vergoeding;
 - d) de regeling voor voorschotten ten gunste van derden;
 - e) een eventuele voorschotregeling voor de dagprijs;
 - f) de tarieven voor terugbetaling voor de niet-gebruikte leveringen en diensten;
 - g) in voorkomend geval, het bedrag van de waarborgsom en de mogelijke aanwending ervan of de regeling inzake borgstelling;
 - h) de percentages van de interesten en de procedure bij laattijdige betaling van de factuur;
 - i) de percentages van de interesten, de procedure en de ontvankelijkheids-vereisten bij niet-betaling van de factuur;
- 4° de regelingen voor de aansprakelijkheid en de verzekeringen;
- 5° de vermelding dat de beheersinstantie geen goederen, noch gelden van de bewoner in beheer neemt, met uitzondering van het beheer van het zakgeld en de verrekening van kosten die rechtstreeks met het verblijf in het woonzorgcentrum te maken hebben;
- 6° de wijze waarop de overeenkomst kan worden gewijzigd;
- 7° de regeling voor het verwijderen van de persoonlijke goederen van de bewoner bij de beëindiging van de overeenkomst;
- 8° een verklaring in eer en geweten van de bewoner of zijn vertegenwoordiger dat ze correcte informatie verschaffen aan het woonzorgcentrum. Bij fouten of onregelmatigheden ten gevolge van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist mededelen van informatie, zal de bewoner of zijn vertegenwoordiger aansprakelijk gesteld worden.

In het eerste lid, 3°, d), wordt verstaan onder voorschot ten gunste van derden: elke uitgave die het woonzorgcentrum betaalt op naam van de bewoner en die door de bewoner of zijn vertegenwoordiger terugbetaalt.

De schriftelijke opnameovereenkomst is van onbepaalde duur. Elke bepaling of de toepassing ervan die niet in overeenstemming is met de erkenningsvoorwaarden, is nietig en zonder voorwerp. Er kan geen enkele vergoeding aangerekend worden vóór de schriftelijke opnameovereenkomst ondertekend is.

Art. 13. §1. Uiterlijk bij de opname bezorgt de initiatiefnemer aan de bewoner of zijn vertegenwoordiger, tegen ontvangstbewijs, een kopie van de interne afsprakennota.

§2. De interne afsprakennota wordt opgesteld met respect voor de werkingsprincipes, vermeld in artikel 4, §1, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019.

§3. De interne afsprakennota bevat de volgende elementen:

- 1° de identificatie- en contactgegevens van de initiatiefnemer en de verantwoordelijke beheersinstantie ervan;
- 2° het erkenningsnummer van het woonzorgcentrum;
- 3° de wijze waarop in het woonzorgcentrum het dagelijkse leven en de verzorging worden georganiseerd, in het bijzonder met betrekking tot:
 - a) de dagindeling;
 - b) de maaltijden;
 - c) de vrije toegang van familie en vrienden van de bewoners met respect voor de bezoeregeling;
 - d) het roken in het woonzorgcentrum;
 - e) de organisatie van activiteiten voor zelfontplooiing, sociale contacten, zinvolle tijdsbesteding;
 - f) de organisatie van de persoonlijke was;
 - g) de organisatie van de levensbeschouwelijke ondersteuning;
 - h) het restrictiebeleid ten aanzien van bewoners met een bijzonder zorgprofiel;
 - i) de vrije keuze van ziekenhuis;
 - j) de vrije keuze van apotheker;
 - k) de regeling voor een ziekenhuisopname;
 - l) de regeling voor de geneesmiddelen;
 - m) het beleid binnen het woonzorgcentrum voor de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve en levenseindezorg;
 - n) de vrije keuze van de behandelende arts en zijn toegang tot het woonzorgcentrum overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement met betrekking tot de medische activiteiten;
- 4° de regels voor het houden van huisdieren;
- 5° de procedure bij brand en ernstige gebeurtenissen met impact op de dagelijkse werking;
- 6° de procedure bij grensoverschrijdend gedrag;
- 7° de procedure die beschrijft hoe de bewoner, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger betrokken worden bij de besluitvorming over het woonzorgleefplan, en de manier waarop de bewoner of zijn vertegenwoordiger het plan kunnen consulteren;
- 8° de wijze waarop de collectieve participatie van de bewoners in de werking van de voorziening wordt georganiseerd, met inbegrip van de wijze van samenstelling en functionering van de gebruikersraad;
- 9° de wijze waarop de informatie over de organisatie en de strategische beslissingen van het management aan de bewoners, vertegenwoordigers of mantelzorgers worden meegedeeld;
- 10° de procedure voor de behandeling van suggesties, opmerkingen en klachten, en de naam van de persoon aan wie ze kunnen worden meegedeeld;
- 11° een verwijzing naar de instanties die toezicht uitoefenen op de erkenning van het woonzorgcentrum en een verwijzing naar de toepasselijke erkenningsvoorwaarden;
- 12° de garantie van vrije toegang voor de bedienaren van de erediensten en de mogelijkheid om een actuele lijst van de bedienaren en afgevaardigden bij het woonzorgcentrum op te vragen.

Wijzigingen aan de afsprakennota worden vooraf meegedeeld en kunnen op zijn vroegste toegepast worden dertig dagen na de kennisgeving ervan aan de bewoner of, in voorkomend geval, aan zijn vertegenwoordiger, de gebruikers- en familieraad.

Art. 14. De initiatiefnemer ontslaat een bewoner niet tenzij wegens overmacht of om redenen en volgens de procedure, vermeld in de schriftelijke opnameovereenkomst.

Als de initiatiefnemer een bewoner ontslaat omdat zijn gedragingen ernstig storend zijn voor de medebewoners of voor de werking van het woonzorgcentrum, of omdat zijn gezondheidstoestand van dien aard is, dat een overplaatsing naar een meer passende voorziening noodzakelijk is, wordt altijd het oordeel van de behandelende arts ingewonnen, in voorkomend geval, van de coördinerende en raadgevende arts, en van het interdisciplinaire team dat die bewoner verzorgt. Als dat wenselijk is, kan ook externe experts om advies worden verzocht.

De initiatiefnemer zorgt in overleg met de gebruiker, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger voor de toeleiding van de gebruiker naar een passend verblijf en verlengt de opzeggingstermijn tot er een passend verblijf is gevonden.

Art. 15. §1. Als de kandidaat bewoner of zijn vertegenwoordiger de schriftelijke opnameovereenkomst voorafgaand aan de vastgelegde opnamedatum wil verbreken, wordt die verbreking door de kandidaat bewoner of zijn vertegenwoordiger aan de initiatiefnemer betekend. De procedure en de ontvankelijkheidsvereisten zijn bepaald in de schriftelijke opnameovereenkomst.

De verbrekingsvergoeding bedraagt maximaal zeven keer de verschuldigde dagprijs verminderd met de bedragen van de niet-gebruikte leveringen en diensten bij de afwezigheid van de bewoner. Bovenop dat bedrag kunnen geen extra vergoedingen aangerekend worden.

§2. In afwijking van paragraaf 1, maken de volgende omstandigheden een einde aan de schriftelijke opnameovereenkomst:

- 1° het overlijden van de kandidaat bewoner voorafgaand aan de effectieve opname in het woonzorgcentrum;
- 2° de voorlegging van een medisch attest, waaruit blijkt dat de bewoner opgenomen is in het ziekenhuis voorafgaand aan de effectieve opname in het woonzorgcentrum.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, mag geen verbrekingsvergoeding gevraagd worden.

Art. 16. Als de bewoner of zijn vertegenwoordiger na opname de schriftelijke opnameovereenkomst wil beëindigen, bedraagt de opzeggingstermijn dertig dagen. Die termijn gaat in op de eerste dag die volgt op de ontvankelijke betekening van de opzegging aan de initiatiefnemer.

Als de initiatiefnemer de opnameovereenkomst wil beëindigen, bedraagt de opzeggingstermijn zestig dagen. Die termijn gaat in op de eerste dag die volgt op de ontvankelijke betekening van de opzegging aan de bewoner.

De ontvankelijkheidsvereisten voor de betekening van de opzegging zijn bepaald in de overeenkomst.

Als de woongelegenheden niet ontruimd is na de opzegtermijn, kan de initiatiefnemer de dagprijs langer aanrekenen. De initiatiefnemer kan de woongelegenheden zelf ontruimen en de kosten daarvoor aanrekenen. Hij kan de persoonlijke bezittingen van de bewoner opslaan. Daarvoor kunnen tegen marktconforme prijzen opslagkosten aangerekend worden. Als na drie maanden na het vertrek van de bewoner uit het woonzorgcentrum de goederen niet opgehaald zijn, kunnen die goederen worden verwijderd uit het woonzorgcentrum

op kosten van de bewoner volgens de regels bepaald in de schriftelijke opnameovereenkomst.

De eerste dertig dagen van het verblijf worden beschouwd als een proefperiode. De opzeggingstermijn wordt in die periode zowel voor de bewoner als voor de initiatiefnemer beperkt tot zeven dagen.

Gedurende de opzeggingstermijn mag er boven op de verschuldigde dagprijs geen extra opzegvergoeding aangerekend worden, ongeacht wie de overeenkomst beëindigt.

Als een woongelegenheid ontruimd en opnieuw bewoond wordt binnen de opzeggingstermijn, kan de dagprijs, in voorkomend geval verminderd met de bedragen van de niet-gebruikte leveringen en diensten bij de afwezigheid van de bewoner, alleen worden aangerekend tot de dag die voorafgaat aan de nieuwe bewoning.

Art. 17. Een sluiting van het woonzorgcentrum die door de overheid wordt opgelegd, maakt die sluiting onmiddellijk een einde aan de schriftelijke opnameovereenkomst op de dag dat de bewoner het woonzorgcentrum verlaat. In dat geval mag er geen opzegvergoeding aangerekend worden.

Art. 18. Bij een vrijwillige stopzetting van de activiteiten bedraagt de opzeggingstermijn zes maanden voor de beheersinstantie. Die termijn gaat in op de eerste dag die volgt op de ontvankelijke betekening van de opzegging aan de bewoner. De ontvankelijkheidsvereisten voor de betekening van de opzegging zijn bepaald in de overeenkomst. De beheersinstantie verbindt er zich toe, in overleg met de bewoner, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger, te zorgen voor een passend verblijf en de opzeggingstermijn, zolang te verlengen. In dat geval mag er bovenop de dagprijs er geen opzegvergoeding aangerekend worden.

Wanneer de bewoner of zijn vertegenwoordiger tijdens de opzeggingstermijn, vermeldt in het eerste lid, een einde wenst te stellen aan de overeenkomst geldt de opzeggingsperiode van dertig dagen.

Art. 19. Het overlijden van een bewoner maakt een einde aan de schriftelijke opnameovereenkomst.

De nabestaanden beschikken over vijf dagen vanaf de datum van overlijden om de kamer te ontruimen. Die termijn kan in aantoonbaar onderling overleg aangepast worden.

Gedurende de termijn, vermeld in het tweede lid, kan alleen de dagprijs, verminderd met de bedragen van de niet-gebruikte leveringen en diensten, verder aangerekend worden.

Als de kamer opnieuw bewoond wordt binnen de termijn, vermeld in het tweede lid, kan de dagprijs alleen worden aangerekend tot de dag die voorafgaat aan die nieuwe bewoning.

Als de woongelegenheid niet binnen de termijn, vermeld in het tweede lid, is ontruimd, ontruimt het woonzorgcentrum de woongelegenheid zelf en het slaat de persoonlijke bezittingen van de overleden bewoner op. Daarvoor kunnen tegen marktconforme prijzen opslagkosten aan de nabestaanden aangerekend worden. Als na drie maanden na het overlijden van de bewoner de goederen niet zijn opgehaald door de nabestaanden, kunnen die goederen worden verwijderd uit het woonzorgcentrum op kosten van de nabestaanden volgens de regels bepaald in de schriftelijke opnameovereenkomst.

Art. 20. §1. Een schriftelijke opnameovereenkomst mag alleen gewijzigd worden met het akkoord van de bewoner of zijn vertegenwoordiger. Als de bewoner of zijn vertegenwoordiger niet akkoord gaat, kan de bewoner verder in het woonzorgcentrum verblijven op basis van de voorheen gesloten overeenkomst.

§2. Een aanpassing van het bedrag van de dagprijs wordt vooraf aan alle belanghebbenden bekendgemaakt en gaat op zijn vroegst in dertig dagen na de kennisgeving ervan aan de bewoner of zijn vertegenwoordiger.

Bij een aanpassing van het bedrag van de dagprijs, door een indexering van de dagprijs, gaat de aangepaste dagprijs op zijn vroegst in dertig dagen na de kennisgeving ervan aan de bewoner of zijn vertegenwoordiger.

Een aanpassing van de dagprijs als vermeld in het eerste en het tweede lid, wordt niet beschouwd als een wijziging van de schriftelijke opnameovereenkomst, vermeld in paragraaf 1. Dit geldt niet bij een wijziging van de samenstelling van de dagprijs.

Art. 21. Het beheer van gelden of goederen van de bewoner of het bewaren ervan kan in geen enkel geval aan de beheersinstantie worden toevertrouwd, met uitzondering van het beheer van het zakgeld en de verrekening van kosten die rechtstreeks met het verblijf in het woonzorgcentrum te maken hebben. Het gebruik van een elektronisch betalingssysteem dat alleen wordt gebruikt voor de verrekening van kosten die rechtstreeks met de betaling van de factuur van het verblijf in het woonzorgcentrum te maken hebben, wordt niet beschouwd als een beheer van gelden en goederen, als vermeld in het eerste lid. Het gebruik van een elektronisch betalingssysteem mag niet verplicht worden.

Onderafdeling 2. Algemene bepalingen over de en ondersteuning en de kwaliteit van de zorg en ondersteuning

Art. 22. De bewoner of zijn vertegenwoordiger of zijn mantelzorger, ontvangen zowel bij de aanmelding voor opname, als in elke fase van het zorg- en ondersteuningsproces, informatie op objectieve en transparante wijze.

Art. 23. Het woonzorgcentrum neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners, rekening houdend met hun toestand, te waarborgen. Extra beveiligings- en toezichtsmaatregelen respecteren en waarborgen de privacy van de bewoner. Verzorgings- en onderhoudsproducten worden op een veilige plaats opgeborgen, zodat er geen gevaar bestaat voor de bewoners.

Art. 24. Het woonzorgcentrum ontwikkelt een intern warmteactieplan. Dat plan treedt in werking zodra de waarschuwingsfase van het Vlaams warmteactieplan wordt opgestart.

Art. 25. Met behoud van de toepassing van artikel 8 en 9 van dit besluit bevat het kwaliteitshandboek van elk woonzorgcentrum minstens een beschrijving van de volgende elementen:

- 1° een inleiding, met daarin de inhoudsopgave, een aantal algemene inlichtingen over de voorziening, de vermelding van de verantwoordelijke die met het kwaliteitsbeleid is belast;
- 2° het kwaliteitsbeleid waarin de opdrachtverklaring en het zorg- en ondersteuningsaanbod opgenomen zijn;
- 3° het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in artikel 4 en 5 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, met conditionele, operationele en garantie-elementen.

In het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in het eerste lid, 3°, bevat minimaal de volgende elementen:

- 1° het organogram;
- 2° de functieomschrijvingen;
- 3° de overleg- en communicatiekanalen;
- 4° de middelen: personeel, budget en kwaliteitsmethodieken;
- 5° het vormingsbeleid.

In het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in eerste lid, 3°, worden minimaal de volgende procedures beschreven:

- 1° de volgende primaire processen:
 - a) de procedure voor onthaal en opname;
 - b) de procedure voor planning en organisatie van de zorg en ondersteuning;
 - c) de procedure voor de vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - d) de procedure voor de doorverwijzing;
 - e) de procedure voor vrijwillig ontslag, verplicht ontslag en overlijden;
 - f) de procedure om informatie over de gebruiker te verwerven en door te geven rekening houdend met de vereiste van een behoorlijk gebruikers- en toegangsbeheer en een veilige uitwisseling van persoonsgegevens tussen de betrokken actoren;
 - g) de klachtenprocedure;
 - h) de procedure om vanuit een klachtenanalyse te komen tot correctieve en preventieve maatregelen;
 - i) de procedure bij grensoverschrijdend gedrag;
 - j) de procedure voor collectieve inspraak van de gebruiker over de algemene werking;
 - k) de procedure voor evaluatie van de zorg en ondersteuning door de gebruiker;
- 2° de volgende secundaire processen:
 - a) de procedure om de voeding te bereiden en distribueren;
 - b) de procedure voor het geneesmiddelenmanagement;
 - c) de procedure om de schoonmaak te plannen en te organiseren;
 - d) de procedure voor de facturatie ten aanzien van de gebruiker;
- 3° de volgende managementprocessen:
 - a) de procedure voor om het functioneren van medewerkers te bespreken;
 - b) de procedure om de documenten van het kwaliteitshandboek te beheren;
 - c) de procedure om de inhoud van het kwaliteitshandboek te plannen, uit te voeren en bij te sturen.

De minister kan daarvoor de nadere regels bepalen.

Art. 26. Het woonzorgcentrum voert een beleid rond de volgende aspecten:

- 1° de dementiezorg;
- 2° het omgaan met gedragsproblemen;
- 3° de valpreventie;
- 4° het voorkomen en de verzorging van doorligwonden;
- 5° de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen;
- 6° de mond- en tandzorg;
- 7° de ondervoeding;
- 8° het voorkomen van infecties;
- 9° de afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar;
- 10° de vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg;
- 11° de ethisch verantwoorde zorgverlening;
- 12° de mantelzorg;

- 13° het vrijwilligerswerk;
- 14° de diversiteit;
- 15° de individuele en collectieve participatie;
- 16° het wonen en leven in het woonzorgcentrum.

Waar dat van toepassing is, beschikt het woonzorgcentrum over de nodige procedures, producten en materiaal om dat beleid, vermeld in het eerste lid, te kunnen toepassen. De procedures worden op systematische wijze uitgewerkt en zijn in overeenstemming met de praktijk.

De minister kan daarvoor nadere regels bepalen.

Onderafdeling 3. Specifieke bepalingen over de individuele zorg en ondersteuning en de kwaliteit van de individuele zorg en ondersteuning

Art. 27. Voorafgaand aan de opname van een bewoner gaat het woonzorgcentrum na of een actuele BelRAI inschaling van de bewoner ter beschikking is. Als dat niet het geval is, kan het woonzorgcentrum een BelRAI-screener afnemen of de bestaande aanpassen.

Art. 28. Uiterlijk één maand na de opname van de bewoner wordt de zorgzwaarte van de bewoner vastgesteld aan de hand van het uniform, BelRAI-specifiek indicatiestellingsinstrument dat afgestemd is op de bewonersdoelgroep van een woonzorgcentrum. Dat instrument maakt integraal deel uit van het woonzorgleefplan, dat ingevuld, regelmatig geëvalueerd en, in voorkomend geval, bijgestuurd wordt.

Art. 29. Aan de bewoner wordt altijd op een interdisciplinaire wijze de nodige individuele zorg en ondersteuning, conform artikel 4, §1, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, geboden op het vlak van:

- 1° de gebruikelijke huishoudelijke, logistieke en administratieve activiteiten:
 - a) het aanbieden van drie maaltijden per dag, waaronder een warme maaltijd;
 - b) het onderhoud van de woongelegenheden van de bewoners en de gemeenschappelijke delen;
 - c) het verschonen van bedlinnen, ten minste één keer om de veertien dagen en zo vaak als nodig. Voor bevuild linnen worden gepaste maatregelen genomen opdat bewoners er geen hinder van ondervinden;
 - d) het ondersteunen van de bewoner bij de administratieve verrichtingen die relevant zijn voor de gebruiker, de vertegenwoordiger of de mantelzorger en die geen verband houden met het beheer van goederen of gelden van de bewoner;
- 2° de persoonsverzorging, zorgkundige en verpleegkundige zorg en ondersteuning:
 - a) aan de bewoner wordt altijd de nodige dagelijkse lichaamsverzorging ende noodzakelijke zorgkundige of verpleegkundige zorg en ondersteuning geboden;
 - b) elke bewoner kan, als hij dit wil, minstens een keer per week een bad of douche kunnen nemen, naar keuze;
 - c) in voorkomend geval beschikt de bewoner altijd over voldoende en aangepast incontinentiemateriaal kunnen beschikken;
 - d) voor elke bewoner worden de gepaste preventieve en curatieve maatregelen getroffen;
 - e) de bewoner krijgt dagelijks de voorgeschreven geneesmiddelen, zoals besproken door de behandelende arts met de bewoner of zijn vertegenwoordiger, die opgenomen zijn in het woonzorgleefplan, aangeboden en, in voorkomend geval, toegediend: het juiste

- geneesmiddel, in de juiste dosis en op het juiste toedieningsmoment;
- 3° de paramedische zorg en ondersteuning:
- a) aan de bewoner worden de ergotherapeutische of de kinesitherapeutische en/of logopedische behandelingen die de behandelende arts voorgeschreven heeft, zoals besproken met de bewoner, en die opgenomen zijn in het woonzorgleefplan, gegarandeerd;
 - b) aan bewoners die verblijven in een woongelegenheid met een bijkomende erkenning wordt de noodzakelijke logopedische, ergo- of kinesitherapeutische ondersteuning geboden;
- 4° de psychosociale, agogische en existentiële ondersteuning aangepast aan de behoeften van de bewoner;
- 5° de levensbeschouwelijke begeleiding aangepast aan de wensen van de bewoner. De bedienaren van de eredienst en afgevaardigden van de Centrale Vrijzinnige Raad vinden de geschikte sfeer en faciliteiten om hun taak te vervullen;
- 6° sociale contacten stimuleren en het sociale netwerk onderhouden en versterken:
- a) de voor de gebruiker betekenisvolle contacten kennen en ervoor zorgen dat die, na toestemming van de gebruiker, kunnen worden onderhouden;
 - b) de onderlinge contacten tussen de gebruikers stimuleren;
- 7° individuele of collectieve zinvolle dagbesteding en ontspanning organiseren en aanbieden:
- a) bij elke bewoner naar zijn wensen en verwachtingen peilen over de dagbesteding en de ontspanning;
 - b) de activiteiten met betrekking tot de dagbesteding en ontspanning aanpassen aan de mogelijkheden van de bewoner;
 - c) de planning van de collectieve activiteiten bekendmaken aan de bewoners, hun vertegenwoordigers en de mantelzorgers.

Art. 30. Bij opname wordt voor elke bewoner een geïndividualiseerd en digitaal woonzorgleefplan opgemaakt dat geregeld geactualiseerd wordt, met instemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger. In voorkomend geval sluit dat aan bij het zorg- en ondersteuningsplan, opgemaakt door de bewoner, zijn vertegenwoordiger of mantelzorgers en de zorgaanbieders in de thuiszorg voorafgaand aan de opname in het woonzorgcentrum. Het woonzorgleefplan bevat al de volgende gegevens:

- 1° een administratief deel dat al de volgende elementen bevat:
- a) de identiteitsgegevens;
 - b) de inlichtingen over de sociale zekerheidssituatie van de bewoner die noodzakelijk zijn om eventueel aanspraak te kunnen maken op sociale tegemoetkomingen;
 - c) de voor- en achternaam en de contactgegevens van de contactpersoon en, in voorkomend geval, van de vertegenwoordiger van de bewoner, en van de mantelzorgers(s);
 - d) de voor- en achternaam en de contactgegevens van de behandelend(e) arts(en);
 - e) de voorkeur van ziekenhuis;
 - f) in voorkomend geval de naam en de contactgegevens van externe zorgverstrekkers op vraag van de bewoner;
- 2° een deel over de zorg en ondersteuning dat al de volgende elementen bevat:
- a) de persoonlijke kenmerken, gewoonten, levensloop;
 - b) de individuele wensen en verwachtingen op het vlak van het wonen en het leven in het woonzorgcentrum;

- c) de individuele behoeften, verwachtingen en voorkeuren op het vlak van de zorg;
 - d) de afspraken en afstemming rond de individuele zorg en ondersteuning;
 - e) de afspraken en afstemming rond de eventuele fixatie- of afzonderings-maatregelen;
 - f) de afspraken rond vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten;
 - g) de afspraken rond de diëten en voedingsgewoonten;
 - h) het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier;
 - i) de liaisonfiche met de noodzakelijke gegevens in geval van nood of ziekenhuisopname;
- 3° een medisch deel dat al de volgende elementen bevat:
- a) de medische voorgeschiedenis en een medische probleemlijst;
 - b) de klinische gegevens bij de opname en tijdens het verblijf;
 - c) de allergieën, vaccinaties en dieetvoorschriften;
 - d) in voorkomend geval, de DNR-code, die geactualiseerd en met de bewoner of zijn vertegenwoordiger afgestemde is;
 - e) de afspraken over de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg;
 - f) het medicatieschema met de redenen om een geneesmiddel op te starten, te wijzigen of ermee te stoppen

Art. 31. Er wordt periodiek, gestructureerd en in voorkomend geval op interdisciplinaire wijze overlegd over de inhoud en de realisaties van het woonzorgleefplan met de bewoner of zijn vertegenwoordiger en, als door de bewoner dat wil, met zijn mantelzorger(s). Indien nodig wordt het woonzorgleefplan op basis van dat overleg aangepast en bijgestuurd.

Daarbij worden de keuzevrijheid en een maximale persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid van de bewoner gewaarborgd op de volgende wijze:

- 1° de bewoner of zijn vertegenwoordiger kan altijd inzage vragen, in dat deel van het woonzorgleefplan dat hem rechtstreeks aanbelangt. Hij kan zelf gegevens noteren op een daarvoor vastgestelde ruimte. Die gegevens kunnen aanzetten tot dialoog en tot aanpassing van het woonzorgleefplan;
- 2° het woonzorgleefplan en de individuele dossiers van de behandelaars en de huisarts worden bewaard met respect voor de privacy, zodat die personen die daarvoor bevoegd zijn, er toegang toe hebben.

Afdeling 3. Voorwaarden voor de organisatie en de werking

Onderafdeling 1. De organisatie van de zorg en ondersteuning

Art. 32. Wat de organisatie van de maaltijden betreft, voldoet het woonzorgcentrum aan de volgende regels:

- 1° er is een adequate organisatie van het maaltijdgebeuren;
- 2° de maaltijden worden bereid en verdeeld met inachtneming van de hygiënische voorschriften;
- 3° het voedsel is in voldoende hoeveelheid beschikbaar. Het is gezond en afwisselend, en aangepast aan de gezondheidstoestand van de bewoner en zoveel mogelijk afgestemd op zijn voorkeuren. Het woonzorgcentrum communiceert over de mogelijkheden en de beperkingen;
- 4° de dieetvoorschriften van de behandelende arts, die zijn afgesproken met de bewoner of zijn vertegenwoordiger, worden toegepast. De bewoner blijft de vrije keuze behouden het dieetvoorschrift al dan niet te volgen. Als de bewoner het dieetvoorschrift niet wenst te volgen, kan hij een andere maaltijd krijgen;
- 5° het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld;

- 6° elke bewoner beschikt altijd gratis over voldoende drinkbaar water dat binnen handbereik is en in een recipiënt dat de bewoner makkelijk kan hanteren;
- 7° de maaltijden worden voldoende gespreid zodat de bewoners een normaal dagritme hebben;
- 8° de maaltijden verlopen in een rustige en huiselijke sfeer;
- 9° bij de maaltijden wordt in de nodige hulp en bijstand voorzien.

Art. 33. Het woonzorgcentrum voldoet aan de volgende regels over de begeleiding wonen en leven:

- 1° het beschikt over een uitgeschreven visie met betrekking tot de begeleiding wonen en leven in het woonzorgcentrum. Die visie wordt geconsolideerd door de beheersorganen, die ook de strategische keuzes bepalen om die visie operationeel te realiseren. In die visie gaat bijzondere aandacht naar een integrale benadering van de begeleiding wonen en leven in het woonzorgcentrum en een specifiek vormingsaanbod rond de begeleiding wonen en leven voor alle personeelsleden. Bovendien blijkt uit die visie dat het woonzorgcentrum emanciperend omgaat met bewoners en familieleden. Als een initiatiefnemer naast een woonzorgcentrum ook een centrum voor kortverblijf type 1 uitbaat, volstaat één gezamenlijke visie.
- 2° het woonzorgcentrum maakt een jaarplan op over de activiteiten die het ontplooit om de begeleiding wonen en leven kwaliteitsvol uit te voeren. Als een initiatiefnemer naast een woonzorgcentrum ook een centrum voor kortverblijf type 1 uitbaat, volstaat één gezamenlijk jaarplan. De minister kan over de vorm en de inhoud van het plan specifieke regels bepalen.

Art. 34. Wat betreft de organisatie van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg beschikt het woonzorgcentrum over een interdisciplinair team. Minstens de coördinerende en raadgevende arts en de door de initiatiefnemer aangestelde verantwoordelijke met een specifieke opleiding op het vlak van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg maken deel uit van dat interdisciplinair team. Dit interdisciplinair team wordt belast met:

- 1° de ontwikkeling van een palliatieve zorgcultuur, met respect voor de keuzes van de bewoner op het vlak van de vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak daarvan;
- 2° het formuleren van praktische en organisatorische adviezen over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg voor het personeel;
- 3° het bijwerken van de kennis en competenties van de personeelsleden, over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg;
- 4° de evaluatie van de kwaliteit van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg en de mate waarin deze worden afgestemd op de specifieke waarden, behoeften en keuzen van de bewoner.

Art. 35. Voor de organisatie van het medische beleid beschikt de initiatiefnemer over een algemeen reglement van de medische activiteit met de rechten en plichten van de behandelende artsen die actief zijn in het woonzorgcentrum. Dat reglement wordt overhandigd aan elke behandelende arts. Door dat reglement te ondertekenen verbindt elke behandelende arts zich ertoe 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° het engagement van de behandelende artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het woonzorgcentrum, onder andere met betrekking tot het voorschrijven en opvolgen van medicatie en specifiek antibiotica, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het interdisciplinair overleg, het overleg met de toeleverende apotheker(s), en, in voorkomend geval, het overleg met de coördinerende en raadgevende arts en de coördinerende en adviserende apotheker;
- 2° de normale openings- en bezoektijden behalve in noodgeval;
- 3° de contacten met familie;
- 4° de overlegvergaderingen in het woonzorgcentrum;
- 5° het bijhouden van het medische dossier van de bewoner inclusief het valideren van het medicatieschema;
- 6° het gebruik van het geneesmiddelenformularium, onder andere het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen, alsook het gebruik van elektronische voorschriften en de correcte toepassing van de richtlijnen rond antibioticumgebruik;
- 7° de facturatiemodaliteiten van de honoraria;
- 8° de informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten.
- 9° de verbintenis om relevante gezondheidsgegevens van hun patiënten interdisciplinair te delen, met toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger met het oog op de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en ondersteuning van de bewoner.

Art. 36. Voor de organisatie van de farmaceutische zorg van de bewoners kan het woonzorgcentrum samenwerken met een coördinerende en adviserende apotheker. Dat kan de toeleverende apotheker zijn. Die kan op verzoek:

- 1° binnen de zorgteams de functie van geneesmiddelenexpert vervullen;
- 2° de bewoner of zijn vertegenwoordiger, in samenspraak met de behandelende arts, informeren of adviseren over het geneesmiddelengebruik van de bewoner;
- 3° huisartsen en verpleegkundigen informeren en adviseren rond het voorschrijven van geneesmiddelen voor de bewoners van het woonzorgcentrum;
- 4° in voorkomend geval, de coördinerende en adviserende arts bijstaan bij het bepalen van het geneesmiddelenbeleid van het woonzorgcentrum;
- 5° meewerken aan de implementatie van een digitaal gedeeld medisch-farmaceutische luik, als onderdeel van het woonzorgleefplan.

Op initiatief van de artsen en apothekers actief in het woonzorgcentrum, en in voorkomend geval de coördinerend en raadgevend arts en de coördinerend en adviserend apotheker, kan het woonzorgcentrum in overleg een beleid van het voorgeschreven medicatiegebruik ontwikkelen en uitvoeren.

Art 37. De initiatiefnemer sluit een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met:

- 1° een erkende geriatrie dienst van een of meer ziekenhuizen of een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psycho-geriatrie aandoeningen;
- 2° een palliatief netwerk of een erkende dienst voor palliatieve zorgen;
- 3° het regionale platform voor ziekenhuishygiëne van het gebied waarvan het deel uitmaakt.

De schriftelijke samenwerkingsovereenkomst, vermeld in het eerste lid, bepaalt onder meer:

- 1° de gedeelde visie op integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning;
- 2° het doel van de samenwerking;
- 3° de frequentie van het structurele overleg tussen de samenwerkende partners;

- 4° de wijze waarop expertise en ervaring op een bepaald domein gedeeld of ingezet kunnen worden;
- 5° de wijze waarop de samenwerking op een structurele wijze wordt geëvalueerd.

Art. 38. De initiatiefnemer maakt samen met alle nabijgelegen ziekenhuizen een schriftelijke procedure op die ertoe bijdraagt dat, als een bewoner wordt opgenomen in het ziekenhuis of van een ziekenhuisopname weer naar het woonzorgcentrum wordt vervoerd, de juiste personen op het juiste moment de juiste informatie krijgen die nodig is om de zorgcontinuïteit te verzekeren, in het bijzonder de liaisonfiche, vermeld in artikel 30, 2°, i).

Art. 39. Het woonzorgcentrum integreert zich aantoonbaar in de buurt op al de volgende wijzen:

- 1° erop toezien dat de bewoners deel kunnen nemen aan activiteiten georganiseerd in de buurt of door lokale organisaties en verenigingen;
- 2° buurtbewoners en lokale organisaties uitnodigen om aan ontspannings- en ontmoetingsactiviteiten deel te nemen.

Art. 40. Als er in of rond het woonzorgcentrum dieren worden gehouden, is er de nodige aandacht voor het welzijn en de gezondheid van zowel de bewoners als de dieren. Dieren mogen nooit aanwezig zijn in de keuken van het woonzorgcentrum. Er wordt rekening gehouden met alle allergische reacties op dieren van de aanwezige gebruikers.

Onderafdeling 2. De collectieve inspraak van de bewoners en de klachtenbehandeling

Art. 41. §1. Het woonzorgcentrum richt een gebruikers- en een familieraad op. De gebruikersraad vergadert minstens één keer per trimester. De familieraad vergadert om de zes maanden. De gebruikers- en familieraad kunnen evenwel samen worden georganiseerd. In dat geval waarborgt het woonzorgcentrum dat de bewoners altijd minstens de helft van de aanwezigen uitmaken. Op verzoek van een bewoner of een familielid kan een vertegenwoordiger van de lokale ouderenraad of een vertegenwoordiger van de verenigingen van mantelzorgers en gebruikers deel uitmaken van de gebruikersraad. De verenigingen maken daarover afspraken. Als het woonzorgcentrum niet kan tegemoetkomen aan de gestelde vraag, motiveert die deze keuze.

§2. De gebruikers- en familieraad kan advies uitbrengen, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van het woonzorgcentrum, over alle aangelegenheden die betrekking hebben op de algemene werking van het woonzorgcentrum betreffen. Van de vergaderingen van die raden wordt een gedateerd verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun vertegenwoordigers, familie of mantelzorgers bezorgd wordt. Het agentschap kan die verslagen inkijken. Als in het woonzorgcentrum alleen bewoners met cognitieve problemen verblijven, kan de gebruikersraad vervangen worden door een familieraad.

Een of meer vertegenwoordigers van het woonzorgcentrum worden uitgenodigd om de vergaderingen van de gebruikers- of familieraad bij te wonen.

Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikers- en familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikers- en familieraad.

Art. 42. §1. Elke betrokkene wordt in de mogelijkheid gesteld om een klacht, suggestie of opmerking te uiten over de werking van het woonzorgcentrum. Het woonzorgcentrum werkt daarvoor een klachtenprocedure uit en maakt die bekend op de website of in de onthaalbrochure. Het woonzorgcentrum wijst een

klachtenbehandelaar aan. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger, een familielid of mantelzorger kan suggesties, opmerkingen of klachten rechtstreeks, zowel schriftelijk als mondeling, aan die persoon meedelen.

De klachtenbehandelaar verzamelt de ingediende suggesties, opmerkingen of klachten en anonimiseert deze gegevens. Het agentschap kan daarvan inzage nemen. Het gevolg dat aan een klacht wordt gegeven, wordt rechtstreeks en binnen de termijn, vermeld in de klachtenprocedure, aan de indiener ervan meegedeeld. Indieners krijgen de garantie dat binnen een redelijke termijn feedback op hun klacht wordt gegeven.

Het woonzorgcentrum verstrekt periodiek informatie over de klachtenbehandeling aan alle bewoners, hun vertegenwoordigers en mantelzorgers. Op basis van periodieke analyse van de klachten formuleert het woonzorgcentrum correctieve en preventieve maatregelen.

§2. De gegevens over de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats opgehangen.

Onderafdeling 3 Facturatie

Art. 43. De gebruikersfactuur is in overeenstemming met de schriftelijke opnameovereenkomst zijn.

Art. 44. Voor de facturatie gelden artikel 508, 509, 509/1, 510, 510/1, 523, tweede lid, en artikel 524, 525, 526, 527 en 527/1 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 als erkenningsvoorwaarde.

Afdeling 4. Voorwaarden voor de personeelsomkadering

Art. 45. §1. Een woonzorgcentrum beschikt ten minste over het volgende personeel:

- 1° een directeur die de eindverantwoordelijke is voor de dagelijkse leiding, en die in het bezit is van minimaal een bachelor diploma, dat relevant is voor de uit te oefenen functie. Vanaf 25 woongelegenheden wordt die functie voltijds ingevuld. Die functie kan gecumuleerd worden met de functie van overkoepelend directeur van woonzorgvoorzieningen aansluitend aan of in de onmiddellijke omgeving van het woonzorgcentrum. Elk van die woonzorgvoorzieningen beantwoordt echter aan de desbetreffende wettelijke voorwaarden voor de omkadering;
- 2° verplegend en verzorgend personeel in de verhouding van vijf voltijdse functies voor dertig bewoners, waarvan ten minste twee verpleegkundigen;
- 3° onderhouds- en keukenpersoneel in de verhouding van twee voltijdse functies voor dertig bewoners. De taken van zowel het keukenpersoneel als het onderhoudspersoneel kunnen volledig of gedeeltelijk aan derden worden uitbested. In dat geval stemt het contract met de derde in aantal arbeidsuren overeen met het verminderde aantal personeelsuren in het centrum. Het contract voorziet ook in een voldoende spreiding gedurende de dag, zowel in de week als tijdens het weekend;
- 4° een of meer begeleiders wonen en leven in het kader van het begeleiden van de bewoner en zijn omgeving in de ondersteuning van zijn leven in het woonzorgcentrum:
 - a) 0,50 voltijds equivalenten voor een woonzorgcentrum met maximaal 30 woongelegenheden;

- b) 1 voltijds equivalent voor een woonzorgcentrum met minstens 31 en maximaal 60 woongelegenheden;
 - c) 1,50 voltijds equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 61 en maximaal 90 woongelegenheden;
 - d) twee voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 91 en maximaal 120 woongelegenheden. Vanaf 120 woongelegenheden wordt per begonnen schijf van 30 woongelegenheden voorzien in een aanvullende tewerkstelling van 0,25 voltijdse equivalent;
- 5° het personeel beschikt over de nodige kwalificaties voor de taken die ze vervullen. De minister kan bepalen welke kwalificaties in aanmerking komen voor de tewerkstelling als begeleider wonen en leven;
- 6° personeel dat de Nederlandse taal beheerst;
- 7° interim personeel wordt alleen aanvaard ter vervanging van het tijdelijk wegvallen van vast personeel en in afwachting van een aanwerving waarbij een lopende vacature kan worden aangetoond. Interim personeel wordt niet aanvaard als permanente oplossing;
- 8° studenten die stage lopen volgens het beleid van het woonzorgcentrum daarvoor.

Art. 46. Een woonzorgcentrum doet een beroep op een kwaliteitscoördinator. Die functie hoeft niet exclusief aan één centrum te worden toegekend. De minister kan de voorwaarden bepalen waaronder het centrum een beroep moet kunnen doen op een kwaliteitscoördinator.

Art. 47. §1. Als een woonzorgcentrum in de onmiddellijke nabijheid ligt van en een organisatorisch geheel vormt met minstens twee andere woonzorgvoorzieningen, namelijk een centrum voor kortverblijf of een centrum voor dagverzorging of een groep van assistentiewoningen, en als die woonzorgvoorzieningen door dezelfde rechtspersoon worden uitgebraat of er tussen de uitbatende rechtspersonen een samenwerkingsovereenkomst is gesloten, kan dat organisatorische geheel als bijkomende opdracht een intern aanspreekpunt aanwijzen. Dat intern aanspreekpunt heeft als opdracht te zorgen voor objectieve en transparante informatie over de coördinatie van zorgplanning, opname, ontslag en doorverwijzing, met als doel een optimale afstemming en continuïteit van de zorg te realiseren in samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren.

§2. Het woonzorgcentrum garandeert dat de functie, vermeld in paragraaf 1, de gebruiker, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger objectief en transparant informeert over de mogelijkheden met respect voor zijn keuzevrijheid om al dan niet in te gaan op het aanbod of een beroep te doen op een ander zorgaanbod.

De minister kan de voorwaarden van de functie, vermeld in paragraaf 1, nader bepalen.

Art. 48. Overdag en 's nachts is in het woonzorgcentrum voldoende en gekwalificeerd personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te kunnen bieden. Tijdens de nacht wordt in elk woonzorgcentrum per begonnen schijf van zestig bewoners één actieve nachtdienst georganiseerd. Die nachtdienst kan gecombineerd worden met de nachtdienst van andere woonzorgvoorzieningen, die zich in de onmiddellijke nabijheid van het woonzorgcentrum bevinden, met uitzondering van woonzorgcentra met minder dan eenenzestig woongelegenheden, tenzij die beschikt over twee actieve nachtdiensten. De permanentie wordt berekend op het totale aantal opgenomen bewoners in het woonzorgcentrum, inclusief de bewoners van andere zorgvormen waarvoor nachtpermanentie nodig is, zoals de centra voor kortverblijf en de centra voor herstelverblijf, tenzij daar een aparte equipe voor is.

Art. 49. Het woonzorgcentrum ontwikkelt een vormings-, trainings- en opleidingsbeleid voor het personeel.

Elk voltijds verpleegkundig, zorgkundig, verzorgend, personeelslid voor reactivatie en de begeleider wonen en leven volgen over een periode van maximaal twee kalenderjaren minstens twintig uur bijscholing.

De directeur volgt jaarlijks minstens achttien uur bijscholing.

Het onderhouds- en keukenpersoneel volgt acht uur bijscholing over een periode van maximaal twee kalenderjaren.

In geval van deeltijds werk of een ander arbeidsregeling, en in geval van nieuwe indiensttreding in de loop van het kalenderjaar, wordt het minimale aantal uren bijscholing proportioneel verminderd.

De minister kan per functie bepalen welke vormingsactiviteiten voor de bijscholing in aanmerking komen.

Afdeling 5. Voorwaarden voor de infrastructuur

Onderafdeling 1. Veiligheid

Art. 50. De woonzorgcentra voldoen aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering.

Onderafdeling 2. Het gebouw

Art. 51. Het gebouw of de gebouwen van de woonzorgcentra voldoen aan de volgende voorwaarden:

- 1° er worden per kamer niet meer dan twee bewoners gehuisvest worden. In een tweepersoonskamer kan een afscheiding tussen de twee bedden geplaatst worden;
- 2° de infrastructuur van het woonzorgcentrum laat toe dat de minimale privacy van elke bewoner gewaarborgd is en dat het altijd mogelijk is om de noodzakelijke zorg te bieden en hulp te verlenen;
- 3° bij elke zit- en eetruimte zijn voldoende gemeenschappelijke toiletten beschikbaar die toegankelijk zijn voor rolstoelgebruikers;
- 4° de geneesmiddelen, producten die bij inname tot gezondheidsrisico's kunnen leiden, en dossiers worden op een veilige en discrete manier bewaard. De af te sluiten ruimte waar geneesmiddelen en dossiers op een veilige en discrete manier bewaard kunnen worden, wordt niet voor andere doeleinden gebruikt. Er is ook een koelkast ter beschikking om sommige geneesmiddelen koel te bewaren;
- 5° het woonzorgcentrum stelt per bewoner het nodige meubilair ter beschikking opdat elke bewoner op een behoorlijke manier kan eten, rusten en slapen. Er wordt aan de bewoners de mogelijkheid geboden de kamer in te richten met eigen meubilair. De inrichting van de woongelegenheden biedt de nodige flexibiliteit om het meubilair te plaatsen, op voorwaarde dat de zorg- en dienstverlening en de veiligheid niet in het gedrang komen;
- 6° per bewoner kan op de kamer een koelkast en tv ter beschikking gesteld worden;
- 7° in elke woongelegenheden is minimaal aansluiting op tv, draadloos internet en telefoon mogelijk;
- 8° het glasoppervlak van het raam in alle woongelegenheden en gemeenschappelijke ruimten begint op maximaal 85 cm hoogte, gemeten

- vanaf het vloeroppervlak, en ook zittend is een ongehinderd zicht naar buiten mogelijk zijn;
- 9° bij de inrichting van het gebouw worden huiselijke en gezellige accenten gelegd;
- 10° de gebouwen, de lokalen en de uitrusting worden regelmatig en correct onderhouden;
- 11° de nodige maatregelen worden genomen om vocht en de insijpeling van water en hinder van welke aard ook te voorkomen;
- 12° een centraal verwarmingssysteem is verplicht. Verwarmingssystemen met open vuur zijn verboden;
- 13° in alle lokalen zijn de verwarming, de ventilatie en de verlichting aangepast zijn aan de bestemming van het lokaal;
- 14° in alle verblijfsruimten bedraagt de temperatuur overdag minstens 22°C. Alle nuttige maatregelen worden genomen om in alle verblijfsruimten een temperatuur van maximaal 26°C of als de waarschuwingsfase van het Vlaamse Warmteactieplan van kracht is, een temperatuur die lager ligt dan de buitentemperatuur, te bewaren.
- 15° als de waarschuwingsfase van het Vlaams Warmteactieplan wordt opgestart, wordt een geklimatiseerde ruimte beschikbaar gemaakt die voldoende groot is voor alle bewoners van wie de verblijfsruimten de vereiste temperaturen niet halen;
- 16° aangepaste zonnewering waarbij het zicht naar buiten zo weinig mogelijk gehinderd wordt, wordt, waar nodig, aangebracht. Zonnewering wordt als aangepast beschouwd als het zicht op de buitenwereld niet wordt verstoord, en oververhitting en verblinding door direct zonlicht van de bewoners worden vermeden;
- 17° in alle ruimten die voor de bewoners toegankelijk zijn, worden niveauverschillen, zoals treden, trappen en andere hindernissen, vermeden. Als die niveauverschillen niet vermeden kunnen worden, worden ze ondervangen conform de bepalingen in de stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid en worden ze duidelijk gesignaleerd;
- 18° om zich te verplaatsen in het gebouw kunnen de bewoners zich behelpen met leuning en handgrepen. In gangen worden aan beide kanten leuning en handgrepen aangebracht. Ook in de sanitaire ruimten zijn leuning en handgrepen aangebracht;
- 19° alle gangen die voor de bewoners toegankelijk zijn, beschikken over de nodige rustpunten. Een rustpunt is een plek waar de bewoner kan zitten;
- 20° elke bewoner kan altijd in alle ruimten die voor de bewoners toegankelijk zijn, een aangepast oproepsysteem gebruiken. In elke sanitaire cel is permanent een oproepsysteem aanwezig dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoners. De ruimte waaruit de noodoproep komt, moet identificeerbaar zijn. Draagbare oproepsystemen zijn betrouwbaar en regelmatig gecontroleerd te worden. Als de voorziening van oordeel is dat het beschikken over een oproepsysteem niet nuttig is of een gevaar inhoudt voor de bewoner wordt dit, na overleg, geregeld, beargumenteerd en opgevolgd in het woonzorgleefplan. Elk oproepsysteem is inbegrepen in de dagprijs. Als er zowel een vast oproepsysteem als een draagbaar oproepsysteem is, zijn beide inbegrepen in de dagprijs;
- 21° de bewoner heeft vanaf zijn bed de mogelijkheid om het licht te bedienen dat aangepast is aan de plaatselijke omstandigheden;
- 22° in iedere woongelegenheden is er warm en koud stromend water;
- 23° afval wordt zodanig bewaard zodat er geen geur- of andere hinder ontstaat;
- 24° ramen en toegangen kunnen beveiligd worden;
- 25° er is ten minste één uitgeruste zaal voor de kinesitherapie- en ergotherapie oefeningen en voor de begeleiding wonen en leven in groep;
- 26° alle ruimten die voor de bewoners toegankelijk zijn, zijn ruim genoeg zodat rolstoelgebruikers er zich gemakkelijk kunnen verplaatsen;

- 27° 's nachts zijn de woongelegenheden en gangen zo verlicht dat de bewoners zich veilig kunnen verplaatsen;
- 28° het woonzorgcentrum beschikt ten minste over een verpleeg-, een verzorgings- en een onderzoekslokaal;
- 29° ten minste de helft van de bedden is in de hoogte verstelbaar;
- 30° er zijn voldoende rolstoelen en er is voldoende en aangepast materiaal om doorligwonden te voorkomen;
- 31° in voorkomend geval wordt aan de coördinerende en raadgevende arts een werkruimte ter beschikking gesteld.

Art. 52. Alle woonzorgcentra of delen van woonzorgcentra die op 1 januari 2009 erkend zijn of waarvoor voor die datum een aanvraag tot erkenning is ingediend, alsook alle te bouwen woonzorgcentra of woonzorgcentrumgedeelten waarvoor voor 1 januari 2009 een stedenbouwkundige vergunning voor de geplande bouwwerkzaamheden afgeleverd is, voldoen aan de volgende voorwaarden:

- 1° alle eenpersoonskamers hebben een nettovloeroppervlakte van ten minste 12 m², sanitair niet inbegrepen. Alle eenpersoonskamers beschikken ook over een aparte, ingerichte sanitaire cel, die aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker en met minstens een toilet en een wastafel;
- 2° alle tweepersoonskamers hebben een nettovloeroppervlakte van ten minste 20 m², sanitair niet inbegrepen. Alle tweepersoonskamers beschikken ook over een aparte, ingerichte sanitaire cel, aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker, met minstens een toilet en twee wastafels;
- 3° in alle woonzorgcentra wordt niet meer dan 20 % van het totale aantal bewoners in tweepersoonskamers gehuisvest;
- 4° de totale oppervlakte van de zit- en eetruimten en ruimten voor kinesitherapie, ergotherapie en animatie bedraagt netto ten minste 3 m² per bewoner bedragen;
- 5° elk woonzorgcentrum met twee of meer bouwlagen die toegankelijk zijn voor bewoners beschikt over ten minste één lift voor een rolstoelgebruiker met begeleiding;
- 6° er is minstens één gemeenschappelijk aangepast bad in het woonzorgcentrum. Er is ook per dertig bewoners ten minste één gemeenschappelijke badkamer beschikbaar zijn met een aangepaste bad- of douchegelegenheid en een toilet;
- 7° in de bewonerskamers en in de zit- en eetruimte bedraagt het raamoppervlak ten minste een zesde bedragen van de nettovloeroppervlakte. In een kamer of een zit- en eetruimte met een nettovloeroppervlakte van meer dan 30 m² is het raamoppervlak ten minste een zevende van de nettovloeroppervlakte;
- 8° de gangen die voor de bewoners toegankelijk zijn, zijn voldoende breed zodat twee rolstoelen elkaar gemakkelijk kunnen kruisen.

Art. 53. Alle te bouwen of te verbouwen woonzorgcentra of delen van woonzorgcentra waarvoor na 1 januari 2009 een stedenbouwkundige vergunning of omgevingsvergunning voor de geplande bouwwerkzaamheden is afgeleverd of waarvoor uiterlijk op 31 december 2016 een stedenbouwkundige vergunning voor de geplande bouwwerkzaamheden is aangevraagd, voldoen aan al de volgende voorwaarden, ook al zijn, in geval van verbouwing, die woonzorgcentra of woonzorgcentrumgedeelten op 1 januari 2009 erkend of is er voor 1 januari 2009 een aanvraag tot erkenning van die woonzorgcentra of woonzorgcentrumgedeelten ingediend:

- 1° de ruimtes in het woonzorgcentrum die voor de bewoners toegankelijke zijn hebben samen een nettovloeroppervlakte van minimaal 35 m² per bewoner. Die ruimten omvatten ten minste de woongelegenheden van de bewoner, sanitaire cel inbegrepen, de zit- en eetruimten, de

- gemeenschappelijke sanitaire ruimten en de gangen die voor de bewoners toegankelijke zijn;
- 2° een eenpersoonskamer heeft een nettovloeroppervlakte van ten minste 16m², sanitair niet inbegrepen. Elke eenpersoonskamer beschikt over een aparte, ingerichte sanitaire cel, aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker, met minstens een toilet en een wastafel;
 - 3° een tweepersoonskamer heeft een nettovloeroppervlakte van ten minste 28m², sanitair niet inbegrepen. Elke tweepersoonskamer beschikt over een aparte, ingerichte sanitaire cel, die aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker, met minstens een toilet en twee wastafels. In een tweepersoonskamer kan een afscheiding tussen de twee bedden geplaatst worden;
 - 4° niet meer dan 20 % van het totale aantal bewoners mag in tweepersoonskamers gehuisvest worden;
 - 5° de infrastructuur van het woonzorgcentrum laat toe dat het werken met afdelingen gefaciliteerd wordt. Per afdeling is er minimaal een zit- en eetruimte beschikbaar, die aangepast is aan de grootte van de afdeling. Vanaf veertig bewoners beschikt de voorziening over minimaal twee afdelingen. Het resultaat van de deling van het aantal bewoners en het aantal afdelingen mag niet groter zijn dan veertig;
 - 6° elk woonzorgcentrum met twee of meer bouwlagen die toegankelijk zijn voor bewoners, beschikt over ten minste één lift. Minstens één lift is geschikt voor liggend vervoer;
 - 7° er is minstens één gemeenschappelijk, aangepast bad zijn in het woonzorgcentrum. Per dertig bewoners is er ten minste één gemeenschappelijke badkamer beschikbaar met een aangepaste bad- of douchegelegenheid en een toilet;
 - 8° in de bewonerskamers en in de zit- en eetruimte bedraagt het raamoppervlak ten minste een zesde bedragen van de nettovloeroppervlakte. In een kamer of een zit- en eetruimte met een nettovloeroppervlakte van meer dan 30 m² is het raamoppervlak ten minste een zevende van de nettovloeroppervlakte;
 - 9° alle gangen die voor de bewoners toegankelijk zijn, zijn minstens 1,80m breed.

Art. 54. De gebouwen van alle nog te ontwerpen woonzorgcentra, uitbreidingen of verbouwingen van woonzorgcentra of delen ervan waarvoor op 1 januari 2017 nog geen stedenbouwkundige vergunning voor de geplande bouwwerkzaamheden is aangevraagd, en verbouwingen van bestaande woonzorgcentra waarvoor een stedenbouwkundige vergunning nodig is na 1 januari 2017, voldoen aan de volgende voorwaarde: de infrastructuur van het woonzorgcentrum en de omgeving die voor bewoners en bezoekers toegankelijke is, is integraal toegankelijk. De integrale toegankelijkheid wordt gegarandeerd door bij het ontwerp en de uitvoering rekening te houden met het advies van het agentschap Toegankelijk Vlaanderen, Inter.

Alle kamers van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° een eenpersoonskamer heeft een nettovloeroppervlakte van ten minste 16 m², sanitair niet inbegrepen. Elke eenpersoonskamer beschikt over een aparte, ingerichte sanitaire cel, aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker als vermeld in artikel 58, met minstens een toilet, een wastafel en bijbehorende opbergruimte;
- 2° een tweepersoonskamer heeft een nettovloeroppervlakte van ten minste 30m², sanitair niet inbegrepen. De tweepersoonskamer beschikt over een aparte sanitaire cel, aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker als vermeld in artikel 58, met minstens een toilet en twee wastafels en bijbehorende opbergruimte;

- 3° niet meer dan 10% van het totale aantal bewoners wordt in tweepersoonskamers gehuisvest. De koppelbare eenpersoonskamers worden daarin niet meegerekend.

Alle gemeenschappelijke ruimten van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan de volgende voorwaarden:

- 1° de infrastructuur van het woonzorgcentrum kan een kleinschalige werking toelaten, al dan niet voor specifieke doelgroepen en al dan niet in een groter geheel;
- 2° per leefgroep is er een aparte zit- en eetruimte die voldoende ruim is zodat alle leden van de leefgroep die ruimte gelijktijdig kunnen gebruiken. Als de afdeling uit verschillende leefgroepen bestaat, kunnen de zit- en eetruimten van de verschillende leefgroepen eventueel geschakeld worden per afdeling;
- 3° de totale oppervlakte van de verblijfsruimten in de leefgroep bedraagt minimaal 30m² per bewoner. Die oppervlakte omvat de woongelegenheid van de bewoner, inclusief de individuele sanitaire cel, de gemeenschappelijke zit- en eetruimten, de gemeenschappelijke sanitaire ruimten voor bewoners en de rustpunten die aansluiten op de gangen;
- 4° de oppervlakte van de gemeenschappelijke zit- en eetruimten in de leefgroep bedraagt altijd minimaal 4 m² per bewoner;
- 5° bij een cafetaria wordt het aantal toiletten afgestemd op de voorziene bezetting, waarbij er altijd minstens twee rolstoeltoegankelijke toiletten beschikbaar zijn;
- 6° in de onmiddellijke buurt van de kinesitherapie ruimte is een aangepast toilet beschikbaar;
- 7° per begonnen schijf van twintig woongelegenheden zonder individuele douche is een gemeenschappelijke badkamer met aangepaste bad- en douchegelegenheid en toilet beschikbaar;
- 8° per dertig woongelegenheden met individuele douche is er een gemeenschappelijke badkamer met aangepaste bad- en douchegelegenheid en toilet beschikbaar. Bij het overschrijden van de helft van elke nieuwe schijf van dertig woongelegenheden met individuele douche is er een extra gemeenschappelijke badkamer met aangepaste bad- en douchegelegenheid en toilet beschikbaar.

Alle andere ruimten van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan de volgende voorwaarde: er is ten minste een uitgeruste en aparte ruimte voor kinesitherapie of ergotherapie met bijbehorende bergruimte. De ruimte biedt de nodige privacy voor de bewoners.

De buitenruimte van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° er is een beschutte fietsenstalling voor bezoekers en personeel beschikbaar;
- 2° per bewoner is een oppervlakte van 3 m² beschikbaar als buitenruimte voor bewoners, bezoekers en personeel.

De circulatieruimte van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° elk woonzorgcentrum met twee of meer bouwlagen die toegankelijk zijn voor bewoners, beschikt over ten minste één lift. Minstens één lift is geschikt voor liggend vervoer. Het aantal liften wordt afgestemd op het aantal bewoners en het voorziene gebruik;
- 2° alle gangen die voor de bewoners toegankelijk zijn, zijn minstens 1,80 m breed;
- 3° in het kader van valpreventie zijn de trappenhallen beveiligd.

De uitrusting en de inrichting van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° in elke zit- en leefruimte kunnen alle bewoners van een leefgroep op een comfortabele manier zitten;
- 2° in afwijking van artikel 53, 30°, zijn alle bedden in de hoogte verstelbaar en aangepast aan de specifieke behoeften van de bewoner;
- 3° in de woongelegenheden is het gebruik van een tillift, plafondlift of van andere uitrusting en materialen, noodzakelijk voor de zorg en ondersteuning van de bewoner, altijd mogelijk;
- 4° ICT is beschikbaar in het woonzorgcentrum, ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de sociale contacten van de bewoners, de kwaliteit van de zorg en de zorgopvolging en de uitvoering van zorgtaken.

Het bewonerscomfort van het gebouw of de gebouwen, vermeld in het eerste lid, voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° ruimten voor bewoners worden zo veel mogelijk met daglicht verlicht. In de verblijfsruimten bedraagt het raamoppervlak ten minste een zesde van de nettovloeroppervlakte;
- 2° de verlichting houdt rekening met de veiligheid en de behoeften van de bewoners. In de verblijfsruimten wordt in een basisverlichting voorzien, aangevuld met aangepaste accentverlichting. In alle verblijfsruimten zijn daarvoor voldoende aansluitingen geïnstalleerd;
- 3° de binnentemperatuur is regelbaar per verblijfsruimte, al dan niet via een centraal gebouwbeheersysteem;
- 4° in alle verblijfsruimten zijn opengaande raamdelen aanwezig. Er wordt voor de bediening ervan rekening gehouden met de veiligheid van de bewoners;
- 5° aangepaste zonnewering, waarbij het zicht naar buiten zo weinig mogelijk gehinderd wordt, wordt, waar nodig, aangebracht. Zonnewering wordt als aangepast beschouwd als het zicht op de buitenwereld niet wordt verstoord, en oververhitting en verblinding door direct zonlicht van de bewoners worden vermeden. Voor de ramen aan de noordkant volstaat zonnewerende beglazing. Een zontoetredingsfactor $g < 0,45$ is vereist. Voor de andere ramen wordt aangepaste zonnewering voorzien. Bij toepassing van regelbare zonnewering parallel aan het glas is een zontoetredingsfactor g totaal $< 0,15$ vereist voor het geheel van de beglazing en de zonnewering samen;
- 6° het akoestische comfort wordt gegarandeerd in alle verblijfsruimten;
- 7° een equivalent E-peil van 80 kan aangetoond worden in afwachting van de regelgeving betreffende de energieprestatie en het binnenklimaat in Vlaanderen en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. Vanaf de inwerkingtreding van de betreffende regelgeving is die van kracht;
- 8° het globale isolatiepeil is maximaal K35;
- 9° in verblijfsruimten is de CO₂-concentratie maximaal 1200 ppm;
- 10° de minimale verdiepingshoogte is 2,50 m.

Een persoon wordt aangewezen als verantwoordelijke voor het beheer en onderhoud van de technische installaties. Die persoon staat in voor de energieboekhouding.

Art. 55. Een sanitaire ruimte, die aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker als vermeld in artikel 52, 1° en 2°, artikel 53, 2° en 3° en artikel 54, tweede lid, 1° en 2°, van deze bijlage, voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 30, 31 en 31/1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening inzake toegankelijkheid, en aan al de volgende voorwaarden:

- 1° er is een vrije draaicirkel met diameter van 1,50 meter in de sanitaire ruimte;
- 2° er zijn handgrepen aangebracht aan beide kanten van het toilet;

- 3° de wastafel is onderrijdbaar;
- 4° de kraan is eenvoudig te bedienen voor mensen met een fysieke beperking;
- 5° de spiegel is aangepast of aanpasbaar aan de rolstoelgebruiker, namelijk met een aangepaste hoogte of kantelbaar.

Art. 56. Alle afmetingen zijn netto-afmetingen, gemeten van plint tot plint. De oppervlakte onder schuine wanden wordt daarbij niet meegeteld, behalve vanaf het punt waarop een normale doorgangshoogte van 2,30 m begint.

Hoofdstuk 4. Afwijkingen

Art. 57. Een woonzorgcentrum dat een persoon, jonger dan 65 jaar, opneemt, stelt in het centrum een verslag ter beschikking waaruit blijkt dat er in de woonomgeving van de gebruiker geen andere woonzorgvoorzieningen beschikbaar zijn die de zorgvraag gepast kunnen beantwoorden.

Art. 58. §1. Per woonzorgcentrum mag het aantal gebruikers jonger dan 65 jaar, maximaal 10% van het totale aantal woongelegenheden van dat woonzorgcentrum bedragen. Het aantal woongelegenheden met een bijzondere erkenning als centrum voor niet aangeboren hersenletsels worden daarbij niet meegerekend. De minister kan nadere voorwaarden bepalen voor de bewoners jonger dan 65 jaar.

Een erkend woonzorgcentrum waarvan 10% of meer van het aantal gebruikers van het totale aantal erkende woongelegenheden jonger dan 65 is, houdt voor iedere bijkomende gebruiker boven die 10% een verslag van een interdisciplinair team van het woonzorgcentrum, een ziekenhuis of een personeelslid dat in de thuiszorg werkt, ter beschikking in de woonzorgvoorziening waaruit blijkt dat er in de woonomgeving van de gebruiker geen gepaste opvang beschikbaar is en dat de opname in het woonzorgcentrum beantwoordt aan de zorg- en ondersteuningsvragen van de gebruiker in kwestie. Het interdisciplinair team bevat minstens een maatschappelijk assistent en een behandelde arts.

§2. De administrateur-generaal kan, als meer dan 10% van het aantal gebruikers van het totale aantal erkende woongelegenheden jonger dan 65 is, op basis van het gemotiveerde verzoek toestemming verlenen om een groep van gebruikers van jonger dan 65 jaar met gemeenschappelijke zorg- en ondersteuningsnoden op te nemen. Dat verzoek bevat minstens de volgende elementen:

- 1° het aantal opnamemogelijkheden het woonzorgcentrum wil voorbehouden voor die groep van gebruikers en een omschrijving van de doelgroep;
- 2° samenwerkingsverbanden met een of meer en gespecialiseerd in de doelgroep voorzieningen en een toelichting bij de toelidingsafspraken;
- 3° de nodige bewijsstukken dat het woonzorgcentrum over voldoende personeel, competenties en expertise beschikt. De minister kan bepalen over welke groepen het gaat en aanvullende voorwaarden bepalen voor die groepen van gebruikers.

Hoofdstuk 5. Bijkomende erkenning

Afdeling 1. Programmatie

Art. 59. Het maximaal te erkennen woongelegenheden erkend als woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning wordt met ingang van 1 juli 2019 vastgesteld op 50.741 bij het besluit van de Vlaamse Regering van (...) tot 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.

Afdeling 2. Algemene bijkomende erkenningsvoorwaarden

Art. 60. 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 de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Afdeling 3. Specifieke bijkomende erkenningsvoorwaarden

Onderafdeling 1. Voorwaarde voor het aantal woongelegenheden

Art. 61. De bijkomende erkenning moet minstens 25 woongelegenheden bedragen.

Onderafdeling 2. Voorwaarden voor de personeelsomkadering

Art. 62. De personeelsnorm wordt per dertig bewoners in een woongelegenheden woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, op de volgende wijze vastgesteld:

- 1° ten minste vijf voltijds equivalenten van de verpleegkundigen. Het woonzorgcentrum beschikt hetzij binnen dit aantal over een hoofdverpleegkundige hetzij bovenop dit aantal over een teamverantwoordelijke die in het bezit is van ten minste een bachelordiploma in een zorg- of welzijnsdomein. Boven de eerste dertig bewoners is een bijkomende hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke verplicht bij overschrijding van de helft van elke nieuwe schijf van dertig bewoners in een woongelegenheden woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning.
- 2° ten minste vijf voltijds equivalenten zorgkundigen;
- 3° één voltijdsequivalent kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, waarbij 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 voltijdsequivalent personeelslid voor reactivering dat een bekwaaming heeft in vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, ter ondersteuning van de verzorging van de bewoner die zich in levenseindefase bevindt en dat over een van de volgende kwalificaties beschikt:
 - a) graduaat, licentiaat of master kinesitherapie;
 - b) graduaat, bachelor, licentiaat of master logopedie;
 - c) graduaat of bachelor ergotherapie;
 - d) graduaat of bachelor arbeidstherapie;
 - e) graduaat of bachelor readaptatiewetenschappen;
 - f) graduaat of bachelor dieetleer;
 - g) graduaat, bachelor, licentiaat of master orthopedagogie;
 - h) graduaat, bachelor, postgraduaat of master psychomotoriek;
 - i) licentiaat of master psychologie;
 - j) graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkgestelden;
 - k) graduaat of bachelor sociaal werker, sociale gezondheidszorg, maatschappelijk verpleegkundige of "infirmière spécialisée en santé communautaire";
 - l) graduaat of bachelor gezinswetenschappen;
 - m) licentiaat of master gerontologie;
 - n) graduaat of bachelor opvoeder;
 - o) graduaat, bachelor of master in de verpleegkunde;

- 5° een voltijds equivalent verpleegkundige, naar rato maximaal één voltijds equivalent per dertig bewoners, mag, voor zover de permanentie, vermeld in artikel 48 wordt gerespecteerd, worden vervangen door een persoon die bij voorkeur een van de volgende kwalificaties heeft:
- a) graduaat, bachelor, licentiaat of master kinesithérapie;
 - b) graduaat, bachelor, licentiaat of master logopedie;
 - c) graduaat of bachelor ergotherapie;
 - d) graduaat of bachelor arbeidstherapie; graduaat of bachelor readaptatieweten-schappen;
 - e) graduaat of bachelor dieetleer; graduaat, bachelor, licentiaat of master orthopedagogie;
 - f) graduaat, bachelor, postgraduaat of master psychomotoriek; licentiaat of master psychologie;
 - g) graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkstelden, graduaat of bachelor sociaal werker, sociale gezondheidszorg;
 - h) maatschappelijke verpleegkundige of "infirmière spécialisée en santé communautaire";
 - i) graduaat of bachelor gezinswetenschappen; licentiaat of master gerontologie; graduaat of bachelor opvoeder of, bij gebrek eraan, door zorgkundigen;
 - j) bachelor in de mondzorg.

Onderafdeling 3. Voorwaarden voor de organisatie

Art. 63. Een verpleegkundige is zowel overdag als 's nachts aanwezig in het woonzorgcentrum.

Art. 64. Er is per dertig bewoners een hoofdverpleegkundige of, in voorkomend geval, een teamverantwoordelijke, aanwezig die de volgende taken vervult:

- 1° de dagelijkse leiding geven aan een interdisciplinair samengesteld team dat zorg en ondersteuning biedt aan een groep van bewoners;
- 2° de activiteiten met betrekking tot de totaalzorg aan de dertig bewoners uitgevoerd door het interdisciplinaire team coördineren binnen een of meer leefgroepen;
- 3° waken over de opvolging en actualisering van het woonzorgleefplan van de bewoners;
- 4° waken over de kwaliteit van de zorg, het wonen en het leven van de bewoners;
- 5° samen met eventueel andere aanwezige hoofdverpleegkundigen, de teamverantwoordelijke en de directeur de coördinerend en raadgevend arts bijstaan bij de uitoefening van zijn functie.

Art. 65. §1. In elk woonzorgcentrum met bijkomende erkenning wijst de initiatiefnemer een coördinerend en raadgevend arts aan, die een erkend 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 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 wordt.

§2. 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, levensseindezorg 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 bewoners.

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 paragraaf 1, eerste lid, en kan de onderdelen, vermeld in het eerste lid, nader bepalen. De minister kan ook bijkomend regels vaststellen met betrekking tot de duur van de erkenning en de weigering, wijziging of intrekking van de erkenning.

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.

§3. De kandidaat coördinerende en raadgevende artsen worden voorgedragen door de huisartsenkring die actief is in de gemeente waarin het woonzorgcentrum zich bevindt. De initiatiefnemer behoudt het recht om binnen de voorgedragen kandidaten autonoom een keuze te maken.

§4. In samenspraak met de directeur, de hoofdverpleegkundige(n) of in voorkomend geval de teamverantwoordelijken staat de coördinerend en raadgevend arts in voor al de volgende taken:

- 1° in relatie met het medische korps:
 - a) op geregelde tijdstippen, individuele en collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen organiseren;
 - b) de continuïteit van de medische zorg coördineren en organiseren;
 - c) de coördinatie van het opmaken en up to date houden van de dossiers van de bewoners die door de behandelende artsen bijgehouden worden;
 - d) de medische activiteiten bij ziektoestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel coördineren;
 - e) het farmaceutische zorgbeleid coördineren in overleg met de behandelende artsen en de apotheker die de toelevering van de geneesmiddelen doet aan de bewoners in het woonzorgcentrum, of, in voorkomend geval de coördinerende en adviserende apotheker, wat voor de geneesmiddelen ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformularium omvat, alsook het oordeelkundige gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en de alternatieve niet-farmacologische aanpak bij de bewoners van het woonzorgcentrum;

- f) huisartsen die in het woonzorgcentrum werken, actief informeren over het beleid van het woonzorgcentrum met betrekking tot het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen;
- 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.

§5. De aanstelling van een coördinerende en raadgevende arts mag niet leiden tot een feitelijke beperking van de vrije keuze van de huisarts.

Hoofdstuk 6. bijzondere erkenningen voor gespecialiseerde zorg en ondersteuning aan specifieke doelgroepen

Afdeling 1. Definities

Art. 66. In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

- 1° bijzondere erkenning: een bijzondere erkenning voor de zorg en ondersteuning van personen met jongdementie;
- 2° dementie: een aandoening waarbij meerdere stoornissen in het cognitieve functioneren samen optreden en de impact op het denken, de stemming en het gedrag zo ernstig is dat de persoon in zijn algemeen dagelijks functioneren wordt beperkt;
- 3° diagnostisch bilan: een interdisciplinair onderzoek onder leiding van een neuroloog, geriater of psychiater, met evaluatie van het cognitieve functioneren van een persoon met vermoeden van beginnende dementie;
- 4° jongdementie: dementie die vastgesteld is aan de hand van een diagnostisch bilan, voor de leeftijd van 65 jaar.

Afdeling 2. Programmatie

Art. 67. De programmatie voor woonzorgcentra met een bijkomende erkenning die een bijzondere erkenning voor personen met jongdementie hebben, wordt per provincie bepaald op één woongelegenheden per 15.000 inwoners in de leeftijdsgroep 30 tot 64 jaar.

De minister kan nadere regels bepalen die een spreiding van deze woongelegenheden binnen de provincie waarborgen.

Afdeling 3. Specifieke bijzondere erkenningsvoorwaarden

Art. 68. Een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning kan voor ten minste vijf en maximaal twaalf woongelegenheden een bijzondere erkenning voor personen met jongdementie krijgen als aan al de volgende voorwaarden voldaan is:

- 1° de woongelegenheden vormen een afzonderlijk architectonisch geheel ten opzichte van de overige woongelegenheden waarover het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning beschikt;
- 2° de woongelegenheden voldoen aan de erkenningsvoorwaarden voor een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, behalve als dat anders bepaald is in dit hoofdstuk;
- 3° de woongelegenheden voldoen aan de bijkomende voorwaarden, vermeld in hoofdstuk 5;
- 4° de woongelegenheden passen in de programmatie, vermeld in artikel 67;

het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning werkt op het moment van de aanvraag samen met een erkend expertisecentrum voor dementie.

Art. 69. Een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning dat een bijzondere erkenning heeft, heeft de volgende opdrachten:

- 1° op een kleinschalige wijze het groepswonen van de gebruikers realiseren;
- 2° integrale zorg en ondersteuning bieden aan de gebruiker;
- 3° de gezinssituatie van de gebruiker intensief begeleiden in samenwerking met de welzijns- en gezondheidsactoren die voor de specifieke situatie van de gebruiker relevant zijn.

Art. 70. Een gebruiker komt in aanmerking voor opname in een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning dat een bijzondere erkenning heeft, als hij voldoet aan al de volgende voorwaarden:

- 1° hij lijdt aan jongdementie;
- 2° hij is gerangschikt in de afhankelijkheids categorie Cd of D, vermeld in artikel 425, tweede lid, 5° en 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;
- 3° hij heeft nood aan intensieve interdisciplinaire zorg en ondersteuning.

Art. 71. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning dat een bijzondere erkenning heeft, stelt samen met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, zijn mantelzorgers en, als dat van toepassing is, de welzijns- en gezondheidsactoren die voor gebruiker relevant zijn, een begeleidingsplan op voor de gezinsleden van de gebruiker.

Art. 72. Het woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning dat een bijzondere erkenning heeft, organiseert op een gestructureerde wijze regelmatig overleg en persoonlijk contact tussen de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, zijn mantelzorgers en het interdisciplinaire team. Van dat overleg wordt een verslag gemaakt.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger, zijn mantelzorgers en het interdisciplinaire team beslissen samen over de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger krijgt inzage en inspraak in zijn verzorgingsdossier.

Art. 73. Boven op de voltijdsequivalenten die vereist zijn in een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, beschikt het woonzorgcentrum met een bijzondere erkenning per tien gebruikers over 0,5 voltijdsequivalenten van bijkomende personeelsleden die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° ze beschikken over een kwalificatie als maatschappelijk werker, sociaal verpleegkundige, orthopedagoog of master in de psychologie, of een daarmee gelijkgestelde kwalificatie;
- 2° ze beschikken over het getuigschrift referentiepersoon dementie.

Hoofdstuk 7. Subsidiëring

Art. 74. Aan de erkende woonzorgcentra waarin of waarbij al dan niet een erkend centrum voor kortverblijf uitgebaut wordt, kan een subsidie voor de woon- en leefbegeleiding worden toegekend conform in artikel 473 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, alsook een subsidie voor de terbeschikkingstelling en het gebruik van infrastructuur, conform de bepalingen van bijlage 14.

Hoofdstuk 8. Overgangsbepalingen

Art. 75. De stijging van de programmacijfers van de woonzorgcentra, die voor de jaren 2013 tot 2025 voortvloeit uit de toepassing van artikel 3, gaat pas in op 1 januari 2026.

Art. 76. Het diplomavereiste, vermeld in artikel 50, 1^o, is van toepassing op de directeurs die worden aangesteld vanaf 1 januari 2020. De directeurs die voor die datum zijn aangesteld, worden van rechtswege geacht aan de diplomavereiste te beantwoorden.

Art. 77. De woonzorgcentra of gedeelten van woonzorgcentra die op 1 januari 2020 erkend zijn, behouden hun erkenning volgens de regels die op 31 december 2019 van toepassing zijn. Ze beantwoorden uiterlijk op 31 december 2022 aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 38 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, artikel 4 van dit besluit en hoofdstuk 3 van deze bijlage.

Art. 78. Als over een aanvraag tot erkenning van een woonzorgcentrum of een gedeelte van een woonzorgcentrum op 31 december 2019 nog geen beslissing is genomen, wordt de aanvraag verder behandeld met toepassing van de erkenningsvoorwaarden die op 31 december 2019 van toepassing zijn. In geval van erkenning beantwoordt het woonzorgcentrum of het gedeelte van het woonzorgcentrum uiterlijk op 31 december 2022 aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 38 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, artikel 4 van dit besluit en hoofdstuk 3 van deze bijlage.

Art. 79. De woonzorgcentra of gedeelten van woonzorgcentra die op 31 december 2019 voorafgaand vergund zijn, kunnen worden erkend met toepassing van de erkenningsvoorwaarden die op 31 december 2019 van toepassing zijn. Zij beantwoorden uiterlijk op 31 december 2022 aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 38 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, artikel 4 van dit besluit en hoofdstuk 3 van deze bijlage.

In afwijking van het eerste lid kan het woonzorgcentrum of het gedeelte van het woonzorgcentrum onmiddellijk erkend worden met toepassing van de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 38 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, artikel 4 van dit besluit en hoofdstuk 3 van deze bijlage, als de initiatiefnemer van het woonzorgcentrum dat uitdrukkelijk vraagt bij het insturen van de erkenningsaanvraag.

Art. 80. De woonzorgcentra of gedeelten van woonzorgcentra die op 1 januari 2020 reeds over een bijkomende erkenning beschikken, behouden hun bijkomende erkenning volgens de regels die op 31 december 2019 van toepassing zijn. In afwijking van artikel 6, §2, tweede lid, van dit besluit en met behoud van de toepassing van artikel 77 van deze bijlage beantwoorden ze uiterlijk op 31 december 2022 aan de bijkomende erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 6, §2, van dit besluit en hoofdstuk 5 van deze bijlage.

Art. 81. Als over een aanvraag tot een bijkomende erkenning van een woonzorgcentrum of een gedeelte van een woonzorgcentrum op 31 december 2019 nog geen beslissing is genomen, wordt de aanvraag verder behandeld met toepassing van de bijkomende erkenningsvoorwaarden die op 31 december 2019 van toepassing zijn. In geval van bijkomende erkenning beantwoordt het woonzorgcentrum of het gedeelte van het woonzorgcentrum, in afwijking van artikel 6, §2, van dit besluit en met behoud van de toepassing van artikel 77 van deze bijlage, uiterlijk op 31 december 2022 aan de bijkomende erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 6, §2, van dit besluit en hoofdstuk 5 van deze bijlage.

Art. 82. De woonzorgcentra die op 31 december 2019 aangemeld zijn, kunnen erkend worden als woonzorgcentrum als ze uiterlijk op 31 december 2021 een ontvankelijke erkenningsaanvraag hebben ingediend. Ze beantwoorden uiterlijk op 31 december 2022 aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 38 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, artikel 4 van dit besluit en hoofdstuk 3 van deze bijlage.

Als het aangemelde woonzorgcentrum op 31 december 2021, geen ontvankelijke erkenningsaanvraag heeft ingediend, kan het niet langer als woonzorgcentrum uitgebaat worden.

Art. 83. In afwijking van artikel 82 blijven de woonzorgcentra of de gedeelten van die woonzorgcentra waarvoor een erkennings- of omzettingskalender is verkregen aangemeld tot het kwartaal van de goedgekeurde erkennings- of omzettingskalender.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

Brussel, 28 juni 2019

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Annexe 11. Centres de soins résidentiels

Chapitre 1er. Définitions

Article 1er. Dans la présente annexe, on entend par :

- 1° section : un groupe de logements qui est considéré comme un ensemble organisationnel et qui peut comporter une ou plusieurs unités de vie ;
- 2° instance de gestion : une ou plusieurs personnes représentant et pouvant engager juridiquement le centre de soins résidentiels ;
- 3° BelRAI : un terme générique pour désigner des instruments d'évaluation fondés sur des données scientifiques, basés sur l'instrument international interRAI. Il s'agit d'instruments d'évaluation validés pour représenter, de manière standardisée et structurée, l'état de santé et de bien-être d'usagers dans le but de mettre en œuvre un plan de soins et un monitoring de la qualité performant ;
- 4° résident : un usager qui réside dans un centre de soins résidentiels ;
- 5° prix à la journée : le prix par jour que doit payer le résident ou son représentant et qui comprend au moins les éléments de coût pour l'hébergement et les soins du résident, qui sont considérés comme faisant partie des activités normales d'un centre de soins résidentiels ;
- 6° équipe interdisciplinaire : une équipe au sein de laquelle collaborent plusieurs disciplines orientées vers les soins et le bien-être dans un but commun, à savoir des soins de qualité et le soutien des résidents. Les connaissances, les compétences et les perspectives des diverses disciplines sont complémentaires. Elles utilisent à cet égard le même langage commun et la même logique de soins commune ;
- 7° unité de vie : un groupe de résidents qui partagent un certain nombre d'espaces communs, à savoir le salon-salle à manger et les sanitaires communs ;
- 8° espace de séjour : les chambres individuelles des résidents et les espaces communs accessibles aux résidents.

Chapitre 2. Programmation

Art. 2. Le programme des centres de soins résidentiels se compose des éléments suivants :

- 1° les chiffres de programmation ;
- 2° les critères d'évaluation.

Art. 3. § 1er. Les chiffres de programmation des centres de soins résidentiels, visés à l'article 2, 1°, sont établis de la manière suivante :

- 1° un logement pour 100 personnes âgées du groupe d'âge de 65 à 74 ans ;
- 2° 4 logements pour 100 personnes âgées du groupe d'âge de 75 à 79 ans ;
- 3° 12 logements pour 100 personnes âgées du groupe d'âge de 80 à 84 ans ;
- 4° 23 logements pour 100 personnes âgées du groupe d'âge de 85 à 89 ans ;
- 5° 32 logements pour 100 personnes âgées du groupe d'âge de 90 ans et plus. Le nombre de logements ainsi obtenu est multiplié par 1,047.

§ 2. Pour l'application des chiffres de programmation visés au paragraphe 1er, on se fonde sur la projection démographique pour la cinquième année qui suit celle de la demande d'autorisation préalable. Cette projection démographique est établie par le ministre et doit satisfaire au moins aux conditions suivantes :

- 1° elle a été établie par année calendrier séparée ;
- 2° elle a été calculée spécifiquement pour la région de langue néerlandaise et la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- 3° elle a été différenciée par région jusqu'au niveau des communes dans la région de langue néerlandaise ;

- 4° elle a été établie selon les groupes d'âge de 65 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans, 85 à 89 ans et 90 ans et plus.

§ 3. Le ministre fixe les critères d'évaluation pour les centres de soins résidentiels visés à l'article 2, 2°. À cet égard, il tient notamment compte :

- 1° du rapport entre le nombre total de possibilités d'admission préalablement autorisées et réalisées et le chiffre de programmation pour la commune en question ou pour la zone d'action ;
- 2° du profil actuel ou futur du centre ;
- 3° d'un rapport de l'initiateur dont il ressort que l'initiative répond aux besoins de la zone d'action visée et aux intentions politiques locales ;
- 4° de la vision du séjour, de la vie, des soins et du soutien au centre de soins résidentiels ;
- 5° de la rentabilité escomptée et de la fixation du prix ;
- 6° des garanties de qualité professionnelle de l'initiateur.

À l'alinéa 1er, on entend par « zone d'action »

- 1° pour une commune comptant moins de 10.000 personnes âgées de plus de 65 ans : la commune en question et les communes limitrophes, à l'exception des communes limitrophes comptant plus de 10.000 personnes âgées de plus de 65 ans et dont le chiffre de programmation a déjà été dépassé ;
- 2° pour une commune comptant au moins 10.000 personnes âgées de plus de 65 ans : la commune même.

Chapitre 3. Conditions d'agrément spécifiques

Section 1re. Disposition générale

Art. 4. En complément des articles 4, 7, 8, 33 à 35, de l'article 39, § 2, et des articles 49 et 59 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, les conditions spécifiques du présent chapitre s'appliquent à l'agrément de centres de soins résidentiels.

Section 2. Conditions relatives aux soins et au soutien

Sous-section 1re. Droits et obligations

Art. 5. L'initiateur ne peut pas appliquer de critères d'admission ou de renvoi ayant trait :

- 1° aux convictions idéologiques, philosophiques, politiques ou religieuses du résident ;
- 2° à son orientation sexuelle et à son identité de genre ;
- 3° à sa qualité de membre d'une organisation ou d'un groupement ;
- 4° à la capacité financière du résident, à l'exception de la situation visée à l'article 527/1, alinéa 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;
- 5° à l'origine ethnique du résident ;
- 6° aux préférences explicitées par le résident concernant sa planification anticipée des soins, ses soins palliatifs et de fin de vie dans la mesure où ces préférences ont été autorisées conformément à la réglementation existante ;
- 7° au portage de micro-organismes pour lesquelles une prévention de la transmission est possible par l'application de précautions et dans la mesure où ce portage ne constitue pas un risque pour les autres résidents à ce moment.

Art. 6. Le résident, son représentant, sa famille ou ses intervenants de proximité jouissent de la plus grande liberté possible. Le centre de soins résidentiels ne peut la limiter que pour des raisons organisationnelles ou médicales justifiées et clairement communiquées.

Le résident ou son représentant peut choisir librement son médecin généraliste et, le cas échéant, l'hôpital où il désire être admis. Ce libre choix n'est influencé en aucune manière.

Le centre de soins résidentiels ne peut pas imposer d'interdiction totale de fumer. S'il est interdit de fumer dans le logement mis à la disposition du résident, le centre de soins résidentiels met à disposition un fumoir adapté et à part entière, suffisamment grand et aisément accessible aux résidents. Cet espace peut être fermé et est équipé d'une ventilation adéquate.

Les visites sont toujours autorisées. Si les visites sont moins souhaitables à certains moments, le centre de soins résidentiels le communique clairement.

Art. 7. L'instance de gestion mène une communication claire au sujet de la politique d'admission. Aucune indemnité ne peut être demandée pour l'inscription à une admission au centre de soins résidentiels.

Art. 8. L'instance de gestion mène une communication active avec le résident et son représentant sur l'organisation du centre de soins résidentiels et les décisions politiques stratégiques du management, qui ont un impact sur le fonctionnement journalier du centre de soins résidentiels, sur la qualité et les frais du séjour ou sur la nature ou la qualité des soins et du soutien offerts.

Art. 9. Aucun autre logement dans une chambre individuelle ou une chambre à deux personnes que celui attribué au résident lors de l'admission ne peut lui être attribué sauf avec son accord explicite ou celui de son représentant ou pour un motif grave rendant des soins et un soutien adéquats impossibles dans le logement attribué.

Art. 10. En concertation avec le résident et, le cas échéant, son représentant ou son intervenant de proximité, le logement attribué au résident est aménagé de façon aussi chaleureuse que possible, afin de créer un sentiment de confort et de sécurité.

Art. 11. Pour chaque logement dans lequel des résidents sont admis, un inventaire des biens appartenant au centre de soins résidentiels est établi. Un exemplaire en est transmis au résident ou à son représentant.

Art. 12. L'admission est concrétisée dans une convention d'admission écrite signée par les parties concernées et contenant au moins les dispositions suivantes :

1° les données administratives suivantes :

- a) les données d'identification des parties contractantes ;
- b) le numéro d'agrément du centre de soins résidentiels ;
- c) la date d'admission prévue ;
- d) le logement dans une chambre individuelle ou deux personnes attribué au résident lors de l'admission ;

2° la procédure d'admission et de sortie qui comprend les éléments suivants :

- a) la procédure d'admission et les conditions d'admission ;
- b) la réglementation relative à la rupture de la convention avant la date d'admission fixée. La facturation d'une indemnité de réservation n'est pas autorisée.

- c) les circonstances susceptibles de donner lieu à la sortie du centre de soins résidentiels, la procédure de sortie et le délai de préavis ;
 - d) la façon dont le résident peut résilier la convention, le délai de préavis applicable et, le cas échéant, la réglementation relative à l'indemnité de rupture ;
 - e) les règles spécifiques en cas d'absence temporaire ou de décès du résident ;
- 3° le prix à la journée et la facturation contenant les éléments suivants :
- a) le montant et la composition du prix à la journée qui sont applicables à la date d'admission fixée ;
 - b) les montants, le motif et la période de ristournes autorisées sur le prix à la journée ;
 - c) les services et fournitures donnant lieu à la facturation d'une indemnité supplémentaire ;
 - d) le régime des avances en faveur de tiers ;
 - e) un éventuel régime d'avances relatif au prix à la journée ;
 - f) les tarifs de remboursement pour les fournitures et services non utilisés ;
 - g) le cas échéant, le montant éventuel de la caution et son utilisation possible ou le règlement concernant le cautionnement ;
 - h) les taux d'intérêt et la procédure en cas de retard de paiement de la facture ;
 - i) les taux d'intérêt, la procédure et les conditions de recevabilité en cas de défaut de paiement de la facture ;
- 4° les régimes de responsabilité et d'assurances ;
- 5° l'indication de ce que l'instance de gestion n'assume pas la gestion des biens ni des fonds du résident, à l'exception de la gestion de l'argent de poche et du règlement des frais directement liés au séjour au centre de soins résidentiels ;
- 6° les modalités de modification de la convention ;
- 7° le règlement concernant l'enlèvement des effets personnels du résident à la fin de la convention ;
- 8° une déclaration en âme et conscience du résident ou de son représentant de ce que les informations fournies au centre de soins résidentiels sont correctes. En cas d'erreurs ou d'irrégularités consécutives à l'omission ou à l'inexactitude intentionnelles d'informations, le résident ou son représentant sera tenu responsable.

À l'alinéa 1er, 3°, d), on entend par « avance en faveur de tiers » toute dépense que le centre de soins résidentiels paie au nom du résident et que le résident ou son représentant rembourse.

La convention d'admission écrite est conclue pour une durée indéterminée. Toute disposition ou son application qui n'est pas conforme aux conditions d'agrément est nulle et sans objet. Aucune indemnité ne peut être facturée préalablement à la signature de la convention d'admission écrite.

Art. 13. § 1er. Au plus tard lors de l'admission, l'initiateur remet une copie de la note d'accords interne au résident ou à son représentant contre accusé de réception.

§ 2. La note d'accords interne est rédigée dans le respect des principes de fonctionnement visés à l'article 4, § 1er, du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019.

§ 3. La note d'accords interne contient les éléments suivants :

- 1° les données d'identification et de contact de l'initiateur et de son instance de gestion responsable ;

- 2° le numéro d'agrément du centre de soins résidentiels ;
- 3° la façon dont la vie quotidienne et les soins sont organisés à l'intérieur du centre de soins résidentiels, en particulier en ce qui concerne :
- a) le déroulement de la journée ;
 - b) les repas ;
 - c) le libre accès de la famille et des amis des résidents dans le respect du régime des visites ;
 - d) la consommation de tabac à l'intérieur du centre de soins résidentiels ;
 - e) l'organisation d'activités favorisant l'épanouissement, les contacts sociaux, un emploi du temps utile ;
 - f) l'organisation de la lessive du linge personnel ;
 - g) l'organisation de l'accompagnement philosophique ;
 - h) la politique de restriction à l'égard de résidents présentant un profil de soins particulier ;
 - i) le libre choix de l'hôpital ;
 - j) le libre choix du pharmacien ;
 - k) le règlement en matière d'hospitalisation ;
 - l) le règlement en matière de médicaments ;
 - m) la politique à l'intérieur du centre de soins résidentiels en matière de planification anticipée des soins, de soins palliatifs et de fin de vie ;
 - n) le libre choix du médecin traitant et son accès au centre de soins résidentiels conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur relatif aux activités médicales ;
- 4° les règles relatives à la détention d'animaux domestiques ;
- 5° la procédure en cas d'incendie et d'événements graves ayant une incidence sur le fonctionnement journalier ;
- 6° la procédure en cas de comportement excessif ;
- 7° la procédure décrivant la façon dont le résident, son représentant ou son intervenant de proximité sont associés au processus décisionnel concernant le plan de vie en soins résidentiels et la façon dont le résident ou son représentant peut consulter le plan ;
- 8° la façon dont la participation collective des résidents dans le fonctionnement de la structure est organisée, y compris les modalités de composition et de fonctionnement du conseil des usagers ;
- 9° les modalités de communication des informations relatives à l'organisation et des décisions stratégiques du management aux résidents, à leurs représentants ou intervenants de proximité ;
- 10° la procédure du traitement des suggestions, remarques et plaintes et le nom de la personne à laquelle elles peuvent être communiquées ;
- 11° un renvoi aux instances qui exercent un contrôle sur l'agrément du centre de soins résidentiels et un renvoi aux conditions d'agrément applicables.
- 12° la garantie de libre accès pour les ministres des cultes et la possibilité de consulter une liste actuelle des ministres et délégués au centre de soins résidentiels.

Les modifications de la note d'accords sont préalablement communiquées et peuvent être appliquées au plus tôt trente jours après leur notification au résident ou, le cas échéant, à son représentant, au conseil des usagers et des familles.

Art. 14. L'initiateur ne renvoie pas un résident si ce n'est pour cause de force majeure ou pour des motifs et suivant la procédure visés dans la convention d'admission écrite.

Si l'initiateur renvoie un résident parce que ses comportements perturbent gravement les autres résidents ou le fonctionnement du centre de soins

résidentiels ou parce que son état de santé est tel qu'un transfert vers une structure plus adaptée est nécessaire, l'avis du médecin traitant de même que, le cas échéant, du médecin coordinateur et conseiller et de l'équipe interdisciplinaire qui soigne ce résident est invariablement recueilli. L'avis d'experts externes peut également être sollicité si cela est souhaitable.

L'initiateur se charge, en concertation avec l'usager, son représentant ou son intervenant de proximité, de l'orientation de l'usager vers une résidence adaptée et prolonge le délai de préavis jusqu'à ce qu'une résidence appropriée soit trouvée.

Art. 15. § 1er. Si le candidat-résident ou son représentant désire rompre la convention d'admission écrite préalablement à la date d'admission fixée, le candidat-résident ou son représentant signifie cette rupture à l'initiateur. La procédure et les conditions de recevabilité sont définies dans la convention d'admission écrite.

L'indemnité de rupture s'élève à sept fois maximum le prix à la journée dû diminué des montants des fournitures et services non utilisés en cas d'absence du résident. Aucune indemnité supplémentaire ne peut être facturée au-delà de ce montant.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, les circonstances suivantes mettent fin à la convention d'admission écrite :

- 1° le décès du candidat-résident préalablement à l'admission effective au centre de soins résidentiels ;
- 2° la présentation d'un certificat médical dont il ressort que le résident a été hospitalisé préalablement à l'admission effective au centre de soins résidentiels.

Dans les cas visés à l'alinéa 1er, aucune indemnité de rupture ne peut être demandée.

Art. 16. Si le résident ou son représentant désire résilier la convention d'admission écrite après l'admission, le délai de préavis s'élève à trente jours. Ce délai prend cours le premier jour qui suit la signification recevable du préavis à l'initiateur.

Si l'initiateur désire résilier la convention d'admission, le délai de préavis est de soixante jours. Ce délai prend cours le premier jour qui suit la signification recevable du préavis au résident.

Les conditions de recevabilité de la signification du préavis sont définies dans la convention.

Si le logement n'a pas été libéré après le délai de préavis, l'initiateur peut continuer à facturer le prix à la journée. L'initiateur peut débarrasser le logement lui-même et en facturer les frais. Il peut entreposer les effets personnels du résident. Des frais d'entreposage peuvent être facturés à des prix conformes au marché. Si, après trois mois suivant le départ du résident du centre de soins résidentiels, les biens n'ont pas été enlevés, ceux-ci peuvent être évacués du centre de soins résidentiels aux frais du résident conformément aux règles énoncées dans la convention d'admission écrite.

Les trente premiers jours du séjour sont considérés comme une période d'essai. Durant cette période, le délai de préavis est limité à sept jours tant pour le résident que pour l'initiateur.

Durant la période de préavis, aucune indemnité de résiliation supplémentaire ne peut être facturée en sus du prix à la journée dû, peu importe qui résilie la convention.

Si un logement est libéré et à nouveau occupé pendant le délai de préavis, le prix à la journée, diminué, le cas échéant, des montants des fournitures et services non utilisés en cas d'absence du résident, ne peut être facturé que jusqu'au jour précédant celui de la nouvelle occupation.

Art. 17. Une fermeture du centre de soins résidentiels imposée par l'autorité met aussitôt fin à la convention d'admission écrite le jour où le résident quitte le centre de soins résidentiels. Dans ce cas, aucune indemnité de résiliation ne peut être facturée.

Art. 18. En cas de cessation volontaire des activités, le délai de préavis s'élève à six mois dans le chef de l'instance de gestion. Ce délai prend cours le premier jour qui suit la signification recevable du préavis au résident. Les conditions de recevabilité de la signification du préavis sont définies dans la convention. L'instance de gestion s'engage, en concertation avec le résident, son représentant ou son intervenant de proximité, à se charger d'une résidence adaptée et à prolonger le délai de préavis en conséquence. Dans ce cas, aucune indemnité de résiliation ne peut être facturée en sus du prix à la journée.

Lorsque le résident ou son représentant désire mettre fin à la convention pendant le délai de préavis visé à l'alinéa 1er, la période de préavis de trente jours s'applique.

Art. 19. Le décès d'un résident met fin à la convention d'admission écrite.

Les proches parents disposent de cinq jours à partir de la date du décès pour libérer la chambre. Ce délai peut être adapté de commun accord manifeste.

Pendant le délai visé à l'alinéa 2, seul le prix à la journée, diminué des montants des fournitures et services non utilisés, peut continuer à être facturé.

Si la chambre est à nouveau occupée pendant le délai visé à l'alinéa 2, le prix à la journée ne peut être facturé que jusqu'au jour précédant celui de cette nouvelle occupation.

Si le logement n'a pas été libéré dans le délai visé à l'alinéa 2, le centre de soins résidentiels le débarrasse lui-même et entrepose les effets personnels du résident décédé. Des frais d'entreposage peuvent être facturés aux proches à des prix conformes au marché. Si, dans un délai de trois mois suivant le décès du résident, les proches n'ont pas enlevé les biens, ceux-ci peuvent être évacués du centre de soins résidentiels aux frais des proches conformément aux règles énoncées dans la convention d'admission écrite.

Art. 20. § 1er. Une convention d'admission écrite ne peut être modifiée qu'avec l'accord du résident ou de son représentant. Si le résident ou son représentant n'est pas d'accord, le résident peut continuer à résider au centre de soins résidentiels sur la base de la convention conclue antérieurement.

§ 2. Une adaptation du montant du prix à la journée est communiquée préalablement à tous les intéressés et prend cours au plus tôt trente jours après sa notification au résident ou à son représentant.

Dans le cas d'une adaptation du montant du prix à la journée par indexation du prix à la journée, le prix à la journée adapté prend effet au plus tôt trente jours après sa notification au résident ou à son représentant.

Une adaptation du prix à la journée telle que visée aux alinéas 1er et 2 n'est pas considérée comme une modification de la convention d'admission écrite visée au paragraphe 1er. Cette disposition ne s'applique pas dans le cas d'une modification de la composition du prix à la journée.

Art. 21. La gestion des fonds ou des biens du résident, ou leur conservation, ne peuvent en aucun cas être confiées à l'instance de gestion, à l'exception de la gestion de l'argent de poche et du règlement des frais directement liés au séjour au centre de soins résidentiels. L'utilisation d'un système de paiement électronique qui ne sert que pour le règlement des frais directement liés au paiement de la facture du séjour au centre de soins résidentiels n'est pas considérée comme une gestion de biens et de fonds telle que visée à l'alinéa 1er. L'utilisation d'un système de paiement électronique ne peut pas devenir obligatoire.

Sous-section 2. Dispositions générales relatives aux soins et au soutien et à la qualité des soins et du soutien

Art. 22. Le résident ou son représentant ou son intervenant de proximité reçoivent des informations de manière objective et transparente, tant lors de l'inscription pour une admission qu'à chaque phase du processus de soins et de soutien.

Art. 23. Le centre de soins résidentiels prend les mesures nécessaires afin de garantir la sécurité des résidents, compte tenu de leur état. Des mesures supplémentaires de sécurisation et de surveillance garantissent la vie privée du résident. Les produits de soins et d'entretien sont rangés en lieu sûr de façon à ce qu'il n'y ait aucun danger pour les résidents.

Art. 24. Le centre de soins résidentiels développe un plan d'action interne « forte chaleur ». Ce plan entre en vigueur dès que la phase d'alerte du plan d'action flamand « forte chaleur » est activée.

Art. 25. Sous réserve de l'application des articles 8 et 9 du présent arrêté, le manuel de la qualité de chaque centre de soins résidentiels contient au moins une description des éléments suivants :

- 1° une introduction, contenant la table des matières, un certain nombre d'informations générales sur la structure, la mention du responsable en charge de la politique de qualité ;
- 2° la politique de qualité contenant la déclaration de mission et l'offre de soins et de soutien ;
- 3° le système de gestion de la qualité visé aux articles 4 et 5 du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, contenant des éléments conditionnels, opérationnels et de garantie.

Le système de gestion de la qualité visé à l'alinéa 1er, 3°, contient au moins les éléments suivants :

- 1° l'organigramme ;
- 2° les descriptions de fonction ;
- 3° les canaux de concertation et de communication ;
- 4° les moyens : personnel, budget et méthodologies de qualité ;
- 5° la politique de formation.

Le système de gestion de la qualité visé à l'alinéa 1er, 3°, décrit au moins les procédures suivantes :

- 1° les processus primaires suivants :

- a) la procédure relative à l'accueil et à l'admission ;
 - b) la procédure de planification et d'organisation des soins et du soutien ;
 - c) la procédure relative aux mesures restrictives de liberté ;
 - d) la procédure de renvoi ;
 - e) la procédure relative au départ volontaire, au départ forcé et au décès ;
 - f) la procédure d'acquisition et de transmission d'informations au sujet de l'utilisateur, compte tenu de l'exigence d'une bonne gestion des usagers et des accès et d'un échange sécurisé de données à caractère personnel entre les acteurs concernés ;
 - g) la procédure de plainte ;
 - h) la procédure d'élaboration de mesures correctives et préventives à partir d'une analyse des plaintes ;
 - i) la procédure en cas de comportement excessif ;
 - j) la procédure relative à la participation collective de l'utilisateur concernant le fonctionnement général ;
 - k) la procédure d'évaluation des soins et du soutien par l'utilisateur ;
- 2° les processus secondaires suivants :
- a) la procédure de préparation et de distribution des repas ;
 - b) la procédure de gestion des médicaments ;
 - c) la procédure de planification et d'organisation du nettoyage ;
 - d) la procédure de facturation à l'égard de l'utilisateur ;
- 3° les processus de management suivants :
- a) la procédure de discussion du fonctionnement de collaborateurs ;
 - b) la procédure de gestion des documents du manuel de la qualité ;
 - c) la procédure de planification, de mise en œuvre et d'ajustement du contenu du manuel de la qualité.

Le ministre peut en préciser les modalités.

Art. 26. Le centre de soins résidentiels mène une politique sur les aspects suivants :

- 1° les soins de la démence ;
- 2° la gestion des problèmes comportementaux ;
- 3° la prévention des chutes ;
- 4° la prévention et le soin des escarres ;
- 5° l'application de mesures restrictives de liberté ;
- 6° les soins buccaux et dentaires ;
- 7° la sous-alimentation ;
- 8° la prévention des infections ;
- 9° l'isolement de résident souffrant d'une infection présentant un risque de contamination ;
- 10° la planification anticipée des soins, les soins palliatifs et de fin de vie ;
- 11° la dispensation de soins respectueux de l'éthique ;
- 12° l'aide de proximité ;
- 13° le volontariat ;
- 14° la diversité ;
- 15° la participation individuelle et collective ;
- 16° la vie au centre de soins résidentiels.

Le cas échéant, le centre de soins résidentiels dispose des procédures, des produits et du matériel nécessaires pour pouvoir appliquer la politique visée à l'alinéa 1er. Les procédures sont élaborées systématiquement et sont conformes à la pratique.

Le ministre peut préciser les modalités en la matière.

Sous-section 3. Dispositions spécifiques relatives aux soins et au soutien individuels et à la qualité des soins et du soutien individuels

Art. 27. Préalablement à l'admission d'un résident, le centre de soins résidentiels vérifie si une évaluation BelRAI du résident est disponible. Si tel n'est pas le cas, le centre de soins résidentiels peut effectuer un BelRAI screener ou adapter l'évaluation existante.

Art. 28. Au plus tard un mois après l'admission du résident, le besoin en soins du résident est établi à l'aide de l'instrument d'évaluation uniforme BelRAI qui est adapté au groupe-cible de résidents d'un centre de soins résidentiels. Cet instrument fait partie intégrante du plan de vie en soins résidentiels, qui est établi, régulièrement évalué et, le cas échéant, ajusté.

Art. 29. Les soins et le soutien individuels nécessaires sont toujours offerts au résident de manière interdisciplinaire, conformément à l'article 4, § 1er, du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, en ce qui concerne :

- 1° les activités domestiques, logistiques et administratives habituelles :
 - a) la présentation de trois repas par jour, dont un repas chaud ;
 - b) l'entretien des logements des résidents et des parties communes ;
 - c) le changement de la literie, au moins une fois tous les quinze jours et aussi souvent que nécessaire. Des mesures appropriées sont prises en ce qui concerne les draps de lit souillés afin que les résidents ne s'en trouvent pas incommodés ;
 - d) le soutien du résident dans les démarches administratives qui sont pertinentes pour l'utilisateur, le représentant ou l'intervenant de proximité et qui ne sont pas liées à la gestion des biens ou des fonds du résident ;
- 2° soins personnels, soins et soutien auxiliaires et infirmiers ;
 - a) les soins corporels journaliers nécessaires sont toujours prodigués au résident, de même que les soins et le soutien auxiliaires et infirmiers nécessaires ;
 - b) chaque résident peut, s'il le désire, prendre un bain ou une douche, à sa discrétion, au moins une fois par semaine ;
 - c) le cas échéant, le résident dispose toujours de matériel d'incontinence adéquat en suffisance ;
 - d) les mesures préventives et curatives appropriées sont prises pour chaque résident ;
 - e) les médicaments prescrits, tels que convenus par le médecin traitant avec le résident ou son représentant et repris dans le plan de vie en soins résidentiels, sont présentés et, le cas échéant, administrés quotidiennement au résident : le bon médicament, dans le bon dosage et au bon moment ;
- 3° les soins et le soutien paramédicaux :
 - a) les traitements d'ergothérapie ou de kinésithérapie et/ou de logopédie prescrits par le médecin traitant, tels que convenus avec le résident et repris dans le plan de vie en soins résidentiels, sont garantis au résident ;
 - b) le soutien de logopédie, d'ergothérapie ou de kinésithérapie nécessaire est offert aux résidents qui séjournent dans un logement disposant d'un agrément supplémentaire ;
- 4° le soutien psychosocial, agogique et existentiel adapté aux besoins du résident ;
- 5° l'accompagnement philosophique adapté aux souhaits du résident ; Les ministres des cultes et les délégués du Conseil central laïque y trouveront le climat et les facilités appropriés à l'accomplissement de leur mission ;
- 6° la stimulation des contacts sociaux et l'entretien et le renforcement du réseau social ;

- a) connaître les contacts significatifs pour l'utilisateur et veiller à ce qu'ils puissent être entretenus avec l'accord de l'utilisateur ;
 - b) stimuler les contacts entre les usagers ;
- 7° organiser ou proposer des occupations de jour et des moments de détente, individuels ou collectifs, valorisants :
- a) s'enquérir auprès de chaque résident de ses souhaits et attentes concernant les occupations de jour et les moments de détente ;
 - b) adapter les activités concernant les occupations de jour et les moments de détente aux possibilités du résident ;
 - c) notifier le planning des activités collectives aux résidents, à leurs représentants et à l'intervenant de proximité.

Art. 30. Lors de l'admission, un plan de vie en soins résidentiels individualisé et numérique est établi pour chaque résident et régulièrement actualisé avec l'accord du résident ou de son représentant. Le cas échéant, il s'inscrit dans le prolongement du plan de soins et de soutien établi par le résident, son représentant ou ses intervenants de proximité et les prestataires de soins dans l'aide à domicile préalablement à l'admission au centre de soins résidentiels. Le plan de vie en soins résidentiels contient toutes les données suivantes :

- 1° un volet administratif qui contient tous les éléments suivants :
- a) les données d'identité ;
 - b) les informations concernant la situation en matière de sécurité sociale du résident, qui sont nécessaires pour pouvoir éventuellement prétendre à des allocations sociales ;
 - c) les nom et prénom et les coordonnées de la personne de contact et, le cas échéant, du représentant du résident et de l'intervenant ou des intervenants de proximité ;
 - d) les nom et prénom et les coordonnées du(des) médecin(s) traitant(s) ;
 - e) l'hôpital de préférence ;
 - f) le cas échéant, le nom et les coordonnées de prestataires de soins externes à la demande du résident ;
- 2° un volet dédié aux soins et au soutien, qui contient tous les éléments suivants :
- a) les caractéristiques personnelles, les habitudes, le parcours de vie ;
 - b) les souhaits et attentes individuels concernant la vie au centre de soins résidentiels ;
 - c) les besoins, attentes, et préférences individuels en matière de soins ;
 - d) les accords et la coordination concernant les soins et le soutien individuels ;
 - e) les accords et la coordination concernant les éventuelles mesures de contention ou d'isolement ;
 - f) les accords concernant les loisirs et les activités sociales ;
 - g) les accords concernant les régimes et les habitudes alimentaires ;
 - h) le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial ;
 - i) la fiche de liaison contenant les données nécessaires en cas d'urgence ou d'hospitalisation ;
- 3° un volet médical qui contient tous les éléments suivants :
- a) les antécédents médicaux et une liste des problèmes médicaux ;
 - b) les données cliniques lors de l'admission et durant le séjour ;
 - c) les allergies, vaccinations et prescriptions diététiques ;
 - d) le cas échéant, le code DNR qui a été actualisé et convenu avec le résident ou son représentant ;
 - e) les accords concernant la planification anticipée des soins, les soins palliatifs et de fin de vie ;

- f) le schéma de médication contenant les motifs justifiant la mise en place, la modification ou l'arrêt d'un traitement médicamenteux.

Art. 31. Une concertation structurée et, le cas échéant, interdisciplinaire au sujet du contenu et des réalisations du plan de vie en soins résidentiels est organisée périodiquement avec le résident ou son représentant et, si le résident le souhaite, avec son (ses) intervenant(s) de proximité. Si nécessaire, le plan de vie en soins résidentiels est adapté et ajusté sur la base de cette concertation.

À cet égard, la liberté de choix ainsi qu'une autonomie et une responsabilité personnelle maximales du résident sont garanties comme suit :

- 1° le résident ou son représentant peut toujours demander à consulter la partie du plan de vie en soins résidentiels qui le concerne directement. Il peut lui-même consigner des données dans un espace réservé à cet effet. Ces données peuvent inciter au dialogue et à l'adaptation du plan de vie en soins résidentiels ;
- 2° le plan de vie en soins résidentiels et les dossiers individuels des praticiens et du médecin généraliste sont conservés dans le respect de la vie privée de manière à ce que les personnes dûment autorisées y aient accès.

Section 3. Conditions relatives à l'organisation et au fonctionnement

Sous-section 1re. L'organisation des soins et du soutien

Art. 32. En ce qui concerne l'organisation des repas, le centre de soins résidentiels satisfait aux règles suivantes :

- 1° une organisation adéquate des repas est mise en place ;
- 2° les repas sont préparés et distribués dans le respect des règles d'hygiène ;
- 3° la nourriture est disponible en quantité suffisante. Elle est saine, variée et est adaptée à l'état de santé du résident et, autant que possible, à ses préférences. Le centre de soins résidentiels communique au sujet des possibilités et des limitations ;
- 4° les prescriptions diététiques du médecin traitant, qui ont été convenues avec le résident ou son représentant, sont appliquées. Le résident conserve le libre choix de suivre ou non la prescription diététique. Si le résident ne souhaite pas suivre la prescription diététique, il peut recevoir un autre repas ;
- 5° le menu est communiqué aux résidents au moins un jour d'avance ;
- 6° chaque résident dispose constamment et gratuitement d'eau potable en quantité suffisante à portée de main et dans un récipient qu'il peut manipuler aisément ;
- 7° les repas sont suffisamment étalés de manière à ce que le résident ait un rythme journalier normal ;
- 8° les repas se déroulent dans une atmosphère paisible et familiale ;
- 9° l'aide et l'assistance nécessaires sont fournies lors des repas.

Art. 33. Le centre de soins résidentiels satisfait aux règles de suivantes en matière d'accompagnement de vie :

- 1° il possède une vision écrite concernant l'accompagnement de vie au centre de soins résidentiels. Cette vision est consolidée par les organes de gestion qui définissent également les choix stratégiques pour la réalisation opérationnelle de cette vision. Cette vision accorde une attention particulière à une approche intégrale de l'accompagnement de vie au centre de soins résidentiels et à une offre de formation spécifique à l'accompagnement de vie pour tous les membres du personnel. Il ressort en outre de cette vision que le centre de soins résidentiels a une approche émancipatrice des résidents et de leur famille. Si un initiateur exploite, en plus d'un centre de soins résidentiels, également un centre de court séjour de type 1, une seule vision commune suffit.

- 2° le centre de soins résidentiels établit un plan annuel des activités qu'il déploie pour une mise en œuvre de qualité de l'accompagnement de vie. Si un initiateur exploite, en plus d'un centre de soins résidentiels, également un centre de court séjour de type 1, un seul plan annuel commun suffit. Le ministre peut définir des règles spécifiques concernant la forme et le contenu du plan.

Art. 34. En ce qui concerne l'organisation de la planification anticipée des soins, des soins palliatifs et de fin de vie, le centre de soins résidentiels dispose d'une équipe interdisciplinaire. Au moins le médecin coordinateur et conseiller et le responsable désigné par l'initiateur possédant une formation spécifique en planification anticipée des soins, soins palliatifs et de fin de vie font partie de cette équipe interdisciplinaire. Cette équipe interdisciplinaire est chargée :

- 1° de développer une culture des soins palliatifs, dans le respect des choix du résident en matière de planification anticipée des soins, de soins palliatifs et de fin de vie, et de sensibiliser le personnel à la nécessité d'une telle culture ;
- 2° de formuler, à l'intention du personnel, des conseils pratiques et organisationnels sur la planification anticipée des soins, les soins palliatifs et de fin de vie ;
- 3° de mettre à jour les connaissances et les compétences des membres du personnel en matière de planification anticipée des soins, de soins palliatifs et de fin de vie ;
- 4° d'évaluer la qualité de la planification anticipée des soins, des soins palliatifs et de fin de vie et la mesure dans laquelle ceux-ci correspondent aux valeurs, besoins et choix du résident.

Art. 35. Pour ce qui est de l'organisation de la politique médicale, l'initiateur dispose d'un règlement général de l'activité médicale reprenant les droits et devoirs des médecins traitants actifs au centre de soins résidentiels. Ce règlement est remis à chaque médecin traitant. Par la signature de ce règlement, chaque médecin traitant s'engage à collaborer aussi efficacement que 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, notamment en ce qui concerne la prescription et le suivi d'une médication et, spécifiquement, d'une antibiothérapie, la prestation de soins de qualité, la concertation interdisciplinaire, la concertation avec le(s) pharmacien(s) dispensateur(s) et, le cas échéant, la concertation avec le médecin coordinateur et conseiller et avec le pharmacien coordinateur et conseiller ;
- 2° les heures normales d'ouverture et de visite sauf en cas d'urgence ;
- 3° les contacts avec la famille ;
- 4° les réunions de concertation au centre de soins résidentiels ;
- 5° la tenue du dossier médical du résident, y compris la validation du schéma de médication ;
- 6° l'utilisation du formulaire pharmaceutique, notamment la prescription des médicaments les moins coûteux, ainsi que l'utilisation de prescriptions électroniques et l'application correcte des directives en matière d'utilisation d'antibiotiques ;
- 7° les modalités de facturation des honoraires ;
- 8° la circulation de l'information en cas de maladies transmissibles ;
- 9° l'engagement de partager de manière interdisciplinaire les données de santé pertinentes de leurs patients, avec l'accord du résident ou de son représentant, en vue de la qualité et de la continuité des soins et du soutien du résident.

Art. 36. Pour ce qui est de l'organisation des soins pharmaceutiques des résidents, le centre de soins résidentiels peut collaborer avec un pharmacien coordinateur et un pharmacien-conseil. Il peut s'agir du pharmacien dispensateur. Sur demande, celui-ci peut :

- 1° remplir la fonction d'expert en médicaments au sein des équipes de soins ;
- 2° en concertation avec le médecin traitant, informer ou conseiller le résident ou son représentant sur la consommation de médicaments du résident ;
- 3° informer ou conseiller les médecins généralistes et les infirmiers sur la prescription de médicaments pour les résidents du centre de soins résidentiels ;
- 4° le cas échéant, assister le médecin coordinateur et le médecin-conseil dans la définition de la politique en matière de médicaments du centre de soins résidentiels ;
- 5° prêter son concours à la mise en œuvre d'un volet médico-pharmaceutique partagé par voie numérique comme élément du plan de vie en soins résidentiels.

À l'initiative des médecins et pharmaciens actifs au centre de soins résidentiels et, le cas échéant, du médecin coordinateur et conseiller et du pharmacien coordinateur et conseiller, le centre de soins résidentiels peut développer et mettre en œuvre, en concertation, une politique de la médication prescrite.

Art. 37. L'initiateur conclut un accord de coopération écrit avec :

- 1° un service agréé de gériatrie d'un ou de plusieurs hôpitaux ou un service agréé de traitement et de réadaptation fonctionnelle destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques ;
- 2° un réseau palliatif ou un service agréé de soins palliatifs ;
- 3° la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont il fait partie.

L'accord de coopération écrit visé à l'alinéa 1er définit entre autres :

- 1° la vision commune des soins et du soutien intégraux et intégrés ;
- 2° le but de la coopération ;
- 3° la fréquence de la concertation structurelle entre les partenaires à la coopération ;
- 4° la façon dont l'expertise et l'expérience dans un domaine donné peuvent être partagées ou utilisées ;
- 5° les modalités d'évaluation structurelle de la coopération.

Art. 38. L'initiateur établit conjointement avec tous les hôpitaux des environs une procédure écrite qui contribue à ce que, lorsqu'un résident est hospitalisé ou lorsqu'il est retransporté au centre de soins résidentiels après une hospitalisation, les bonnes personnes reçoivent au bon moment les bonnes informations nécessaires pour assurer la continuité des soins, notamment la fiche de liaison visée à l'article 30, 2°, i).

Art. 39. Le centre de soins résidentiels s'intègre manifestement dans le voisinage de toutes les manières suivantes :

- 1° en veillant à ce que les résidents puissent participer aux activités organisées dans le voisinage ou par des organisations et associations locales ;
- 2° en invitant les riverains et les organisations locales à participer aux activités de détente et de rencontre.

Art. 40. Si des animaux sont détenus à l'intérieur ou autour du centre de soins résidentiels, l'attention nécessaire sera accordée au bien-être et à la santé tant des résidents que des animaux. Des animaux ne peuvent jamais être présents à

l'intérieur de la cuisine du centre de soins résidentiels. Toutes les réactions allergiques des usagers présents sont prises en compte.

Sous-section 2. La participation collective des résidents et le traitement des plaintes

Art. 41. § 1er. Le centre de soins résidentiels crée un conseil des usagers et des familles. Le conseil des usagers se réunit au moins une fois par trimestre. Le conseil des familles se réunit tous les six mois. Le conseil des usagers et le conseil des familles peuvent toutefois être organisés conjointement. Dans ce cas, le centre de soins résidentiels garantit que les résidents constituent toujours au moins la moitié des personnes présentes. À la demande d'un résident ou d'un membre de la famille, un représentant du conseil local des aînés ou un représentant des associations d'intervenants de proximité et d'usagers peut faire partie du conseil des usagers. Les associations s'accordent à ce sujet. Si le centre de soins résidentiels n'est pas en mesure de répondre à la demande formulée, il motive ce choix.

§ 2. Le conseil des usagers et des familles peut émettre des avis, d'initiative ou à la demande du centre de soins résidentiels, sur toutes les matières qui ont trait au fonctionnement général du centre de soins résidentiels. Un compte rendu daté des réunions de ces conseils est rédigé et transmis à tous les résidents et à leurs représentants, famille ou intervenants de proximité. L'agence peut consulter ces comptes rendus. Si seuls des résidents présentant des troubles cognitifs séjournent au centre de soins résidentiels, le conseil des usagers peut être remplacé par un conseil des familles.

Un ou plusieurs représentants du centre de soins résidentiels sont invités à assister aux réunions du conseil des usagers ou des familles.

Le centre de soins résidentiels peut démontrer que les remarques et suggestions qui ont été formulées au conseil des usagers et des familles sont entendues, suivies et font l'objet d'un feed-back au conseil des usagers et des familles.

Art. 42. § 1er. Chaque personne concernée a la faculté d'exprimer une plainte, une suggestion ou une remarque sur le fonctionnement du centre de soins résidentiels. Le centre de soins résidentiels développe à cet effet une procédure de plaintes et la publie sur le site web ou dans la brochure d'accueil. Le centre de soins résidentiels désigne un responsable du traitement des plaintes. L'utilisateur ou son représentant, un membre de famille ou son intervenant de proximité peut communiquer, par voie orale ou écrite, des suggestions, remarques ou plaintes directement à cette personne.

Le responsable du traitement des plaintes rassemble les suggestions, remarques ou plaintes et les anonymise. L'agence peut les consulter. La suite donnée à une plainte est communiquée directement et dans le délai prescrit dans la procédure de plaintes à son auteur. Les auteurs d'une plainte ont la garantie que leur plainte sera suivie d'un feed-back dans un délai raisonnable.

Le centre de soins résidentiels informe périodiquement tous les résidents, leurs représentants et intervenants de proximité du traitement des plaintes. Le centre de soins résidentiels formule des mesures correctives et préventives sur la base de l'analyse périodique des plaintes.

§ 2. Les données relatives à la « Woonzorglijn » (ligne téléphonique concernant les soins résidentiels) sont affichées à un endroit bien visible.

Sous-section 3. Facturation

Art. 43. La facture usager est conforme à la convention d'admission écrite.

Art. 44. Les articles 508, 509, 509/2, 510, 510/1, l'article 523, alinéa 2, et les articles 524, 525, 526, 527 et 527/1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande s'appliquent, en ce qui concerne la facturation, comme condition d'agrément.

Section 4. Conditions relatives à l'encadrement du personnel

Art. 45. § 1er. Un centre de soins résidentiels dispose au moins du personnel suivant :

- 1° un directeur qui est le responsable final de la direction journalière et qui est titulaire au minimum d'un diplôme de bachelier pertinent pour la fonction à exercer. À partir de 25 logements, cette fonction est pourvue à temps plein. Cette fonction peut être cumulée avec celle de directeur chapeautant des structures de soins résidentiels jouxtant le centre de soins résidentiels ou sises dans ses environs immédiats. Chacune de ces structures de soins résidentiels répond cependant aux conditions légales concernées en matière d'encadrement ;
- 2° du personnel infirmier et soignant à raison de cinq temps plein pour trente résidents, dont au moins deux infirmiers ;
- 3° du personnel d'entretien et de cuisine à raison de deux temps plein pour trente résidents. Les tâches du personnel de cuisine et du personnel d'entretien peuvent être sous-traitées en tout ou en partie à des tiers. Dans ce cas, le contrat avec le tiers correspond en nombre d'heures de travail au nombre réduit d'heures de personnel dans le centre. Le contrat prévoit également une répartition suffisante sur la journée, tant en semaine que le week-end ;
- 4° un ou plusieurs accompagnants de vie dans le cadre de l'accompagnement du résident et de son entourage dans le soutien de sa vie au centre de soins résidentiels :
 - a) 0,50 équivalent temps plein pour un centre de soins résidentiels de 30 logements maximum ;
 - b) 1 équivalent temps plein pour un centre de soins résidentiels de 31 minimum à 60 logements maximum ;
 - c) 1,50 équivalent temps plein pour un centre de soins résidentiels de 61 minimum à 90 logements maximum ;
 - d) deux équivalents temps plein pour un centre de soins résidentiels de 91 minimum à 120 logements maximum. À partir de 120 logements, un emploi supplémentaire de 0,25 équivalent temps plein est prévu par tranche entamée de 30 logements ;
- 5° le personnel possède les qualifications nécessaires pour les tâches qu'il remplit. Le ministre peut définir les qualifications entrant en considération pour un emploi en tant qu'accompagnant de vie.
- 6° du personnel qui maîtrise la langue néerlandaise ;
- 7° le personnel intérimaire n'est accepté qu'en remplacement de personnel régulier temporairement absent et dans l'attente d'un recrutement à un poste dont la vacance peut être démontrée. Le personnel intérimaire n'est pas accepté comme solution permanente ;
- 8° des étudiants qui effectuent un stage selon la politique du centre de soins résidentiels en la matière.

Art. 46. Un centre de soins résidentiels fait appel à un coordinateur qualité. Cette fonction ne doit pas nécessairement être attribuée exclusivement à un seul

centre. Le ministre peut définir les conditions dans lesquelles le centre doit pouvoir faire appel à un coordinateur qualité.

Art. 47. § 1er. Si un centre de soins résidentiels se trouve dans les environs immédiats d'au moins deux structures de soins résidentiels, à savoir un centre de court séjour ou un centre de soins de jour ou un groupe de logements à assistance, avec lesquelles il forme un ensemble organisationnel et si ces structures de soins résidentiels sont exploitées par la même personne morale ou qu'un accord de coopération a été conclu entre les personnes morales exploitantes, cet ensemble organisationnel peut, à titre supplémentaire, désigner un point de contact interne. Ce point de contact interne a pour mission de fournir des informations objectives et transparentes concernant et visant la coordination de la planification des soins, l'admission, le renvoi et l'orientation, dans le but d'assurer une coordination et une continuité optimales des soins en collaboration avec d'autres acteurs des soins et du bien-être.

§ 2. Le centre de soins résidentiels garantit que la fonction visée au paragraphe 1er informe l'utilisateur, son représentant ou son intervenant de proximité de manière objective et transparente des possibilités dans le respect de sa liberté de choix d'accepter ou non l'offre ou de faire appel à une autre offre de soins.

Le ministre peut préciser les conditions de la fonction visée au paragraphe 1er.

Art. 48. En journée et la nuit, le centre de soins résidentiels dispose en suffisance d'un personnel qualifié pour pouvoir offrir une aide adéquate en temps voulu. Un service de nuit actif est organisé dans chaque centre de soins résidentiels par tranche entamée de soixante résidents. Ce service de nuit peut être combiné avec le service de nuit d'autres structures de soins résidentiels situées dans les environs immédiats du centre de soins résidentiels, à l'exception des centres de soins résidentiels de moins de soixante et un logements, à moins qu'il ne dispose de deux services de nuit actifs. La permanence est calculée sur le nombre total de résidents admis au centre de soins résidentiels, y compris les résidents d'autres formes de soins nécessitant une permanence de nuit comme les centres de court séjour et les centres de convalescence, à moins qu'une équipe distincte n'y soit prévue.

Art. 49. Le centre de soins résidentiels développe une politique en matière de formation théorique et pratique et d'éducation pour le personnel.

Chaque infirmier, aide-soignant, soignant, membre du personnel de réactivation et accompagnant de vie à temps plein suit au moins vingt heures de perfectionnement sur une période de deux années civiles maximum.

Le directeur suit chaque année au moins dix-huit heures de perfectionnement.

Le personnel d'entretien et de cuisine suit huit heures de perfectionnement sur une période de deux années civiles maximum.

En cas de travail à temps partiel ou de tout autre régime de travail et dans le cas d'une nouvelle entrée en fonction au cours de l'année calendrier, le nombre minimum d'heures de perfectionnement est diminué proportionnellement.

Le ministre peut déterminer par fonction les activités de formation qui entrent en considération pour le perfectionnement.

Section 5. Conditions relatives à l'infrastructure

Sous-section 1re. Sécurité

Art. 50. Les centres de soins résidentiels satisfont à la réglementation de sécurité incendie applicable.

Sous-section 2. Le bâtiment

Art. 51. Le bâtiment ou les bâtiments des centres de soins résidentiels satisfont aux conditions suivantes :

- 1° deux résidents maximum sont hébergés par chambre. Dans une chambre à deux personnes, il est possible de placer une séparation entre les deux lits.
- 2° l'infrastructure du centre de soins résidentiels permet de garantir un minimum d'intimité pour chaque résident et de toujours pouvoir offrir les soins nécessaires et l'aide requise ;
- 3° près de chaque salon-salle à manger, des toilettes communes accessibles aux usagers en fauteuil roulant sont présentes en suffisance ;
- 4° les médicaments, les produits dont l'ingestion peut entraîner des risques pour la santé et les dossiers sont conservés discrètement et en toute sécurité. Le local verrouillable où médicaments et dossiers peuvent être conservés discrètement et en toute sécurité n'est pas utilisé à d'autres fins. Un réfrigérateur est également disponible pour conserver certains médicaments au frais ;
- 5° le centre de soins résidentiels dispose, par résident, du mobilier nécessaire de manière à ce que chaque résident puisse manger, se reposer et dormir correctement. Il est loisible aux résidents d'aménager leur chambre avec leur propre mobilier. L'aménagement du logement offre la flexibilité nécessaire pour installer le mobilier à condition que la prestation de soins et de services et la sécurité ne s'en trouvent pas compromises ;
- 6° pour chaque résident, il est possible de mettre un réfrigérateur et un téléviseur à disposition dans la chambre ;
- 7° chaque logement offre au minimum le raccordement à la télévision, à l'internet sans fil et au téléphone ;
- 8° la surface vitrée de la fenêtre dans tous les logements et dans les espaces communs commence à une hauteur maximale de 85 cm, mesurée à partir du sol, et offre une vue dégagée sur l'extérieur, y compris en position assise ;
- 9° le bâtiment est aménagé de façon chaleureuse et accueillante ;
- 10° les bâtiments, les locaux et l'équipement sont régulièrement et correctement entretenus ;
- 11° les mesures nécessaires sont prises afin de prévenir l'humidité et l'infiltration d'eau et des nuisances quelconques ;
- 12° un système de chauffage central est obligatoire. Les systèmes de chauffage à feu ouvert sont interdits ;
- 13° dans tous les locaux, le chauffage, la ventilation et l'éclairage sont adaptés à la destination du local ;
- 14° dans tous les espaces de séjour, la température s'élève à 22 °C au moins en journée. Toutes les mesures nécessaires sont prises afin de maintenir, dans tous les espaces de séjour, une température de 26 °C maximum ou, si la phase d'alerte du plan d'action flamand « forte chaleur » est activée, une température inférieure à la température extérieure.
- 15° si la phase d'alerte du plan d'action flamand « forte chaleur » est activée, un espace climatisé, suffisamment grand pour tous les résidents dont les espaces de séjour n'atteignent pas les températures requises, est mis à disposition ;
- 16° des pare-soleil adaptés, obstruant le moins possible la vue sur l'extérieur, sont installés là où c'est nécessaire. Des pare-soleil sont considérés

- comme adaptés s'ils n'obstruent pas la vue sur l'extérieur et permettent d'éviter la surchauffe et l'éblouissement des résidents par la lumière directe du soleil ;
- 17° dans tous les espaces accessibles aux résidents, les différences de niveau telles que marches, escaliers et autres obstacles sont évitées. Si ces différences de niveau ne peuvent pas être évitées, elles sont compensées conformément aux dispositions du règlement urbanistique relatif à l'accessibilité et sont clairement signalées ;
- 18° pour se déplacer à l'intérieur du bâtiment, les résidents peuvent s'aider de mains courantes et de poignées. Dans les couloirs, des mains courantes sont appliquées des deux côtés. Des mains courantes et poignées sont également prévues dans les espaces sanitaires ;
- 19° tous les couloirs accessibles aux résidents sont pourvus des points de repos nécessaires. Un point de repos est un endroit où le résident peut s'asseoir ;
- 20° chaque résident peut utiliser à tout moment, dans tous les espaces accessibles aux résidents, un système d'appel adéquat. Chaque bloc sanitaire est équipé d'un système d'appel aisément accessible aux résidents. L'espace d'où provient l'appel d'urgence doit être identifiable. Les systèmes d'appel portables sont fiables et régulièrement contrôlés. Si la structure estime que la mise à disposition d'un système d'appel n'est pas utile ou constitue un danger pour le résident, la question sera réglée, justifiée et suivie dans le plan de vie en soins résidentiels après concertation. Chaque système d'appel est compris dans le prix à la journée. Si un système d'appel fixe et un système d'appel portable sont présents, tous deux sont compris dans le prix à la journée ;
- 21° le résident a la faculté de commander depuis son lit l'éclairage qui est adapté aux circonstances locales ;
- 22° chaque logement dispose d'eau courante chaude et froide ;
- 23° les déchets sont conservés de manière à ne pas causer de nuisances olfactives ou autres ;
- 24° les fenêtres et les accès peuvent être sécurisés ;
- 25° au moins une salle équipée pour les exercices de kinésithérapie et d'ergothérapie et l'accompagnement de vie en groupe est disponible ;
- 26° tous les espaces accessibles aux résidents sont suffisamment spacieux pour permettre aux usagers en fauteuil roulant de se déplacer facilement ;
- 27° la nuit, les logements et les couloirs sont éclairés de manière à ce que les résidents puissent se déplacer en toute sécurité ;
- 28° le centre de soins résidentiels dispose d'au moins un local de soins infirmiers, de soins et d'examen ;
- 29° au moins la moitié des lits sont réglables en hauteur ;
- 30° des fauteuils roulants sont disponibles en suffisance de même du matériel adapté en vue de la prévention des escarres ;
- 31° le cas échéant, un espace de travail est mis à la disposition du médecin coordinateur et conseiller.

Art. 52. Tous les centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels qui ont été agréés au 1er janvier 2009 ou pour lesquels une demande d'agrément a été introduite avant cette date ainsi que tous les centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels à construire pour lesquels un permis d'urbanisme pour les travaux de construction prévus a été délivré avant le 1er janvier 2009 satisfont aux conditions suivantes :

- 1° toutes les chambres individuelles présentent une superficie nette au sol d'au moins 12 m², sanitaires non compris. Toutes les chambres individuelles disposent d'un bloc sanitaire aménagé séparé, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant, équipé au moins d'une toilette et d'un lavabo ;
- 2° toutes les chambres à deux personnes présentent une superficie nette au sol d'au moins 20 m², sanitaires non compris. Toutes les chambres à deux

- personnes disposent d'un bloc sanitaire aménagé séparé, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant, équipé au moins d'une toilette et de deux lavabos ;
- 3° dans tous les centres de soins résidentiels, 20 % maximum du nombre total de résidents sont hébergés dans des chambres à deux personnes ;
 - 4° la superficie nette totale des salons-salles à manger et des espaces de kinésithérapie, d'ergothérapie et d'animation s'élève à au moins 3 m² par résident ;
 - 5° chaque centre de soins résidentiels présentant deux niveaux ou plus accessibles aux résidents dispose d'au moins un ascenseur pour un usager en fauteuil roulant accompagné ;
 - 6° le centre de soins résidentiels dispose d'au moins un bain commun adapté. au moins une salle de bain commune équipée de bain ou douche adaptés et d'une toilette est également disponible pour trente résidents ;
 - 7° dans les chambres des résidents et dans le salon-salle à manger, la surface éclairante s'élève à au moins un sixième de la superficie nette au sol. Dans une chambre et dans un salon-salle à manger d'une superficie nette au sol supérieure à 30 m², la surface éclairante est au moins égale à un septième de la superficie nette au sol.
 - 8° les couloirs accessibles aux résidents sont suffisamment larges pour permettre le croisement de deux fauteuils roulants sans difficulté.

Art. 53. Tous les centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels à construire ou à transformer, pour lesquels un permis d'urbanisme ou un permis d'environnement pour les travaux de construction prévus a été délivré après le 1er janvier 2009 ou pour lesquels un permis d'urbanisme pour les travaux de construction prévus a été demandé au plus tard le 31 décembre 2016, satisfont aux conditions suivantes, même si, en cas de transformation, ces centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels ont été agréés au 1er janvier 2009 ou si une demande d'agrément de ces centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels a été introduite avant le 1er janvier 2009 :

- 1° les espaces d'un centre de soins résidentiels accessibles aux résidents ont une superficie nette totale au sol d'au moins 30 m² par résident. Ces espaces comprennent au moins le logement du résident, y compris le bloc sanitaire, les salons-salles à manger, les locaux sanitaires communs et les couloirs accessibles aux résidents ;
- 2° une chambre individuelle présente une superficie nette au sol d'au moins 16 m², sanitaires non compris. Chaque chambre individuelle dispose d'un bloc sanitaire aménagé, séparé, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant, équipé au moins d'une toilette et d'un lavabo ;
- 3° une chambre à deux personnes présente une superficie nette au sol d'au moins 28 m², sanitaires non compris. Chaque chambre à deux personnes dispose d'un bloc sanitaire aménagé, séparé, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant, équipé au moins d'une toilette et de deux lavabos. Dans une chambre à deux personnes, il est possible de placer une séparation entre les deux lits.
- 4° 20 % maximum du nombre total de résidents peuvent être hébergés dans des chambres à deux personnes ;
- 5° l'infrastructure du centre de soins résidentiels facilite le travail en sections ; Par section, au moins un salon-salle à manger adapté à la taille de la section est disponible. À partir de quarante résidents, la structure dispose d'au moins deux sections. Le résultat de la division du nombre de résidents par le nombre de sections ne peut pas être supérieur à quarante ;
- 6° chaque centre de soins résidentiels présentant deux niveaux ou plus accessibles aux résidents dispose d'au moins un ascenseur. Au moins un ascenseur est adapté au transport couché ;

- 7° le centre de soins résidentiels dispose d'au moins un bain commun adapté. Au moins une salle de bain commune équipée de bain ou douche adaptés et d'une toilette est disponible pour trente résidents ;
- 8° dans les chambres des résidents et dans le salon-salle à manger, la surface éclairante s'élève à au moins un sixième de la superficie nette au sol. Dans une chambre et dans un salon-salle à manger d'une superficie nette au sol supérieure à 30 m², la surface éclairante est au moins égale à un septième de la superficie nette au sol.
- 9° tous les couloirs accessibles aux résidents présentent une largeur minimale de 1,80 m.

Art. 54. Les bâtiments de tous les centres de soins résidentiels encore à concevoir, des extensions ou transformations de centres de soins résidentiels ou de leurs parties pour lesquels un permis d'urbanisme pour les travaux de construction prévus n'a pas encore été demandé au 1er janvier 2017 et les transformations de centres de soins résidentiels pour lesquelles un permis d'urbanisme est nécessaire après le 1er janvier 2017 satisfont aux conditions suivantes : l'infrastructure du centre de soins résidentiels et l'environnement accessible aux résidents et visiteurs sont intégralement accessibles. L'accessibilité intégrale est garantie en tenant compte, lors de la conception et de la mise en œuvre, de l'avis de l'agence Flandre accessible (Agentschap Toegankelijk Vlaanderen), Inter.

Toutes les chambres du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfont à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° une chambre individuelle présente une superficie nette au sol d'au moins 16 m², sanitaires non compris. Chaque chambre individuelle dispose d'un bloc sanitaire aménagé, séparé, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant tel que visé à l'article 58, équipé au moins d'une toilette, d'un lavabo et d'un espace de rangement annexe ;
- 2° une chambre à deux personnes présente une superficie nette au sol d'au moins 30 m², sanitaires non compris. La chambre à deux personnes dispose d'un bloc sanitaire séparé, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant tel que visé à l'article 58, équipé au moins d'une toilette, de deux lavabos et d'un espace de rangement annexe ;
- 3° 10 % maximum du nombre total de résidents sont hébergés dans des chambres à deux personnes. Les chambres individuelles pouvant être réunies ne sont pas prises en compte.

Tous les espaces communs du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfont aux conditions suivantes :

- 1° l'infrastructure du centre des soins résidentiels peut permettre une activité à petite échelle, pour des groupes-cibles spécifiques ou non et dans un ensemble plus vaste ou non ;
- 2° par unité de vie, un salon-salle à manger séparé, suffisamment spacieux pour permettre à tous les membres de l'unité de vie d'utiliser cet espace simultanément, sont disponible. Si la section se compose de plusieurs unités de vie, les salons-salles à manger des différentes unités de vie peuvent éventuellement être modulées par section.
- 3° la superficie totale des espaces de séjour dans l'unité de vie s'élève à 30 m² minimum par résident. Cette superficie inclut le logement du résident, y compris le bloc sanitaire individuel, les salons-salles à manger communs, les locaux sanitaires communs pour les résidents et les points de repos associés aux couloirs ;
- 4° la superficie des salons-salles à manger communs dans l'unité de vie est toujours de 4 m² minimum par résident.
- 5° près d'une cafétéria, le nombre de toilettes est adapté à l'occupation prévue et au moins deux toilettes accessibles en fauteuil roulant sont toujours disponibles ;

- 6° une toilette adaptée est disponible dans les environs immédiats de la salle de kinésithérapie ;
- 7° par tranche entamée de vingt logements sans douche individuelle, une salle de bains commune, équipée de bain et douche adaptés et d'une toilette, est disponible ;
- 8° une salle de bains commune, équipée de bain et douche adaptés et d'une toilette, est disponible pour trente logements avec douche individuelle. Une salle de bains commune supplémentaire, équipée de bain et douche adaptés et d'une toilette, est disponible dès que la moitié de chaque nouvelle tranche de trente logements avec douche individuelle est dépassée.

Tous les autres espaces du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfont à la condition suivante : au moins un espace équipé et séparé est réservé à la kinésithérapie ou à l'ergothérapie, avec un espace de rangement connexe. L'espace offre aux résidents l'intimité nécessaire.

L'espace extérieur du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° un parking vélos couvert est disponible pour les visiteurs et le personnel ;
- 2° par résident, une superficie de 3 m² est disponible comme espace extérieur pour les résidents, les visiteurs et le personnel.

L'espace de circulation du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° chaque centre de soins résidentiels présentant deux niveaux ou plus accessibles aux résidents dispose d'au moins un ascenseur. Au moins un ascenseur est adapté au transport couché. Le nombre d'ascenseurs est adapté au nombre de résidents et à l'usage prévu ;
- 2° tous les couloirs accessibles aux résidents présentent une largeur minimale de 1,80 m ;
- 3° dans le cadre de la prévention des chutes, les cages d'escalier sont sécurisées.

L'équipement et l'aménagement du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfont à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° dans chaque salon et chaque espace de vie, tous les résidents d'une unité de vie peuvent s'asseoir confortablement ;
- 2° par dérogation à l'article 53, 30°, tous les lits sont réglables en hauteur et adaptés aux besoins spécifiques du résident ;
- 3° dans le logement, l'utilisation d'un lève-personne, d'un lève-personne fixé au plafond ou d'autres équipements et matériels nécessaires aux soins et au soutien du résident est toujours possible ;
- 4° le centre de soins résidentiels dispose de TIC à l'appui de l'autonomie et des contacts sociaux des résidents, de la qualité et du suivi des soins et de l'exécution des tâches de soins.

Le confort des résidents du bâtiment ou des bâtiments visés à l'alinéa 1er satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° les espaces réservés aux résidents sont éclairés au maximum à la lumière du jour. Dans les espaces de séjour, la surface éclairante s'élève à au moins un sixième de la superficie nette au sol.
- 2° l'éclairage tient compte de la sécurité et des besoins des résidents. Les espaces de séjour sont pourvus d'un éclairage de base, complété par un éclairage d'accentuation adéquat. À cet effet, des raccordements sont installés en suffisance dans tous les espaces de séjour ;
- 3° la température intérieure est réglable par espace de séjour, par le biais d'un système centralisé de gestion des bâtiments ou non ;

- 4° tous les espaces de séjour sont équipés de châssis ouvrants. Pour leur commande, il est tenu compte de la sécurité des résidents ;
- 5° des pare-soleil adaptés, obstruant le moins possible la vue sur l'extérieur, sont installés là où c'est nécessaire. Des pare-soleil sont considérés comme adaptés s'ils n'obstruent pas la vue sur l'extérieur et permettent d'éviter la surchauffe et l'éblouissement des résidents par la lumière directe du soleil. Pour les fenêtres côté nord, un vitrage antisolaire suffit. Un facteur solaire $g < 0,45$ est requis. Pour les autres fenêtres, des pare-soleil adéquats sont prévus. En cas d'application de pare-soleil réglables parallèles au vitrage, un facteur solaire g total $< 0,15$ est requis pour l'ensemble du vitrage et des pare-soleil ;
- 6° le confort acoustique est garanti dans tous les espaces de séjour ;
- 7° un niveau E équivalent de 80 peut être démontré dans l'attente de la réglementation relative à la performance énergétique et au climat intérieur en Flandre et en Région de Bruxelles-Capitale. À partir de l'entrée en vigueur de la réglementation concernée, celle-ci est en vigueur ;
- 8° le niveau d'isolation global s'élève à K35 maximum ;
- 9° dans les espaces de séjour, la concentration de CO₂ s'élève à 1200 ppm maximum ;
- 10° la hauteur d'étage minimale est de 2,50 m.

Une personne est désignée comme responsable de la gestion et de l'entretien des installations techniques. Cette personne se charge de la comptabilité énergétique.

Art. 55. Un espace sanitaire, adapté aux besoins d'un usager en fauteuil roulant tel que visé à l'article 52, 1° et 2°, à l'article 53, 2° et 3° et à l'article 54, alinéa 1er, 1° et 2°, de la présente annexe, satisfait aux conditions visées aux articles 30, 31 et 31/1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 juin 2009 fixant un règlement urbanistique flamand relatif à l'accessibilité, et à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° une aire de rotation de 1,50 m de diamètre est prévue dans l'espace sanitaire ;
- 2° des poignées sont installées des deux côtés de la toilette ;
- 3° le lavabo est accessible en fauteuil roulant ;
- 4° le robinet est facile à utiliser pour des personnes présentant un handicap physique ;
- 5° le miroir est adapté ou adaptable à l'usager en fauteuil roulant (hauteur adaptée ou inclinable).

Art. 56. Toutes les dimensions sont des dimensions nettes, mesurées de plinthe à plinthe. La superficie sous parois inclinées n'est pas prise en compte, sauf à partir du point où commence une hauteur de passage normale de 2,30 m.

Chapitre 4. Dérogations

Art. 57. Un centre de soins résidentiels qui accueille une personne de moins de 65 ans met à disposition, dans le centre, un rapport dont il ressort qu'il n'y a pas, dans l'environnement dans lequel l'usager vit, d'autres structures de soins résidentiels disponibles, susceptibles de répondre de manière appropriée à la demande d'aide.

Art. 58. § 1er. Par centre de soins résidentiels, le nombre d'usagers de moins de 65 ans peut s'élever à 10 % du nombre total de logements de ce centre de soins résidentiels. Le nombre de logements disposant d'un agrément spécial en tant que centre pour lésions cérébrales acquises n'est pas pris en compte. Le ministre peut préciser les conditions relatives aux résidents de moins de 65 ans.

Un centre de soins résidentiels agréé dont 10 % ou plus des usagers du nombre total de logements agréés sont âgés de moins de 65 ans tient à disposition à l'intérieur de la structure de soins résidentiels, pour chaque usager supplémentaire au-delà de ces 10 %, un rapport d'une équipe interdisciplinaire du centre de soins résidentiels, d'un hôpital ou d'un membre du personnel qui travaille dans l'aide à domicile, dont il ressort qu'il n'y a pas, dans l'environnement dans lequel l'utilisateur vit, d'accueil adapté disponible et que l'admission au centre de soins résidentiels répond aux demandes de soins et de soutien de l'utilisateur en question. L'équipe interdisciplinaire comporte au moins un assistant social et un médecin traitant.

§ 2. Si plus de 10 % des usagers du nombre total de logements agréés sont âgés de moins de 65 ans, l'administrateur général peut, sur requête motivée, autoriser l'admission d'un groupe d'utilisateurs de moins de 65 ans présentant des besoins communs de soins et de soutien. Cette requête contient au moins les éléments suivants :

- 1° le nombre de possibilités d'admission que le centre de soins résidentiels souhaite réserver à ce groupe d'utilisateurs et la description du groupe-cible ;
- 2° les partenariats avec une ou plusieurs structures spécialisées dans le groupe-cible et un commentaire explicatif sur les conventions d'orientation ;
- 3° les pièces justificatives nécessaires démontrant que le centre de soins résidentiels dispose de suffisamment de personnel, de compétences et d'expertise. Le ministre peut déterminer de quels groupes il s'agit et définir des conditions supplémentaires pour ces groupes d'utilisateurs.

Chapitre 5. Agrément supplémentaire

Section 1re. Programmation

Art. 59. À partir du 1er juillet 2019, le nombre maximum de logements à agréer, agréés en tant que centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire, est fixé à 50.741 par l'arrêté du Gouvernement flamand du (...) modifiant 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.

Section 2. Conditions générales d'agrément supplémentaire

Art. 60. Les logements disposant d'un agrément supplémentaire dans un centre de soins résidentiels sont destinés aux personnes relevant des catégories de dépendance B, C ou Cd visées à l'article 425 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

Section 3. Conditions spécifiques d'agrément supplémentaire

Sous-section 1re. Condition relative au nombre de logements

Art. 61. L'agrément supplémentaire doit porter sur 25 logements au moins.

Sous-section 2. Conditions relatives à l'encadrement du personnel

Art. 62. La norme de personnel est définie de la manière suivante pour trente résidents d'un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire :

- 1° au moins cinq équivalents temps plein infirmiers. Le centre de soins résidentiels dispose, soit dans ce nombre d'un infirmier en chef, soit en plus de ce nombre d'un responsable d'équipe titulaire au minimum d'un diplôme de bachelier dans un domaine des soins ou du bien-être. Au-delà

des trente premiers résidents, un infirmier en chef ou un responsable d'équipe supplémentaire est obligatoire dès que la moitié de chaque nouvelle tranche de trente résidents d'un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire est dépassée.

- 2° au moins cinq équivalents temps plein aides-soignants ;
- 3° un équivalent temps plein kinésithérapeute, ergothérapeute ou logopède, étant entendu que les deux premières disciplines sont en tout état de cause suffisamment représentées au centre de soins résidentiels et qu'elles sont soit salariées, soit nommées à titre définitif. La logopédie est proposée en fonction des besoins des résidents ;
- 4° 0,10 équivalent temps plein membre du personnel de réactivation ayant une qualification en planification anticipée des soins, soins palliatifs et de fin de vie, afin d'apporter un soutien aux soins du résident en phase terminale et possédant l'une des qualifications :
- a) graduat, licence ou master en kinésithérapie ;
 - b) graduat, bachelier, licence ou master en logopédie ;
 - c) graduat ou bachelier en ergothérapie ;
 - d) graduat ou bachelier en thérapie occupationnelle ;
 - e) graduat ou bachelier en sciences de la réadaptation ;
 - f) graduat ou bachelier en diététique ;
 - g) graduat, bachelier, licence ou master en orthopédagogie ;
 - h) graduat, bachelier, post-graduat ou master en psychomotricité ;
 - i) licence ou master en psychologie ;
 - j) graduat ou bachelier assistant en psychologie et assimilés ;
 - k) graduat ou bachelier travailleur social, soins de santé sociaux, infirmier social ou infirmière spécialisée en santé communautaire ;
 - l) graduat ou bachelier en sciences familiales ;
 - m) licence ou master en gérontologie ;
 - n) graduat ou bachelier éducateur ;
 - o) graduat, bachelier ou master en art infirmier ;
- 5° un équivalent temps plein infirmier, à raison d'un équivalent temps plein maximum pour trente résidents peut être remplacé, dans la mesure où la permanence visée à l'article 48 est respectée, par une personne qui possède de préférence l'une des qualifications suivantes :
- a) graduat, bachelier, licence ou master en kinésithérapie ;
 - b) graduat, bachelier, licence ou master en logopédie ;
 - c) graduat ou bachelier en ergothérapie ;
 - d) graduat ou bachelier en thérapie occupationnelle ; graduat ou bachelier en sciences de la réadaptation ;
 - e) graduat ou bachelier en diététique ; graduat, bachelier, licence ou master en orthopédagogie ;
 - f) graduat, bachelier, post-graduat ou master en psychomotricité ; licence ou master en psychologie ;
 - g) graduat ou bachelier assistant en psychologie et assimilés, graduat ou bachelier travailleur social, soins de santé sociaux ;
 - h) infirmier social ou infirmière spécialisée en santé communautaire ;
 - i) graduat ou bachelier en sciences familiales ; licence ou master en gérontologie ; graduat ou bachelier éducateur ou, à défaut, par des aides-soignants ;
 - j) bachelier en soins buccaux.

Sous-section 3. Conditions relatives à l'organisation

Art. 63. Un infirmier est présent au centre de soins résidentiels de jour comme de nuit ;

Art. 64. Pour trente résidents, un infirmier en chef ou, le cas échéant, un responsable d'équipe est présent et accomplit les tâches suivantes :

- 1° assurer la direction journalière d'une équipe interdisciplinaire qui offre des soins et un soutien à un groupe de résidents ;
- 2° coordonner, au sein d'une ou de plusieurs unités de vie, les activités exécutées par l'équipe interdisciplinaire concernant l'ensemble de soins prodigués aux trente résidents ;
- 3° veiller au suivi et à l'actualisation du plan de vie en soins résidentiels des résidents ;
- 4° veiller à la qualité des soins et de la vie des résidents ;
- 5° assister, conjointement avec d'autres infirmiers en chef présents, le responsable d'équipe et le directeur, le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.

Art. 65. § 1er. Dans chaque centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire, l'initiateur désigne un médecin coordinateur et conseiller qui est un médecin généraliste agréé et qui, au plus tard quatre ans après sa désignation, est porteur d'un certificat donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller. Ce certificat peut être obtenu après avoir suivi avec fruit un cycle de formation d'au moins 24 heures qui a été agréé par l'agence autonomisée interne des Soins et de la Santé.

À l'alinéa 1er, on entend par « agence autonomisée interne des Soins et de la Santé » l'agence créée par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé) ;

Le cycle de formation visé à l'alinéa 1er traite de l'organisation d'un centre de soins résidentiels flamand et des soins au sein d'un centre de soins résidentiels flamand, en renvoyant à la réglementation applicable au centre de soins résidentiels en question. L'organisation qui propose le cycle de formation a conclu au moins un partenariat avec l'un des centres académiques de médecins généralistes des universités flamandes. Le ministre peut définir des critères de qualité supplémentaires pour le cycle de formation, ainsi que les conditions relatives à l'éducation professionnelle continue (EPC) qui doit être entretenue chaque année.

§ 2. Le cycle de formation inclut au moins les éléments suivants :

- 1° l'organisation des centres de soins résidentiels et la réglementation relative aux 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 gestion de l'antibiothérapie ;
- 4° les techniques de communication, y compris la communication avec les résidents présentant une déficience mentale ou cognitive et la communication sur les souhaits et préférences des résidents.

Le ministre définit la procédure d'obtention de l'agrément du cycle de formation et les règles d'évaluation du cycle de formation visé au paragraphe 1er, alinéa 1er, et peut préciser les éléments visés au paragraphe 2. Le ministre peut également définir des règles supplémentaires concernant la durée de l'agrément et le refus, la modification ou le retrait de l'agrément.

Le contrôle du cycle de formation visé à l'alinéa 1er 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'organisation de formation est traitée comme un acteur des soins.

§ 3. Les candidats médecins coordinateurs et conseillers sont proposés par le cercle de médecins généralistes actif dans la commune où se trouve le centre de soins résidentiels. L'initiateur conserve le droit d'opérer un choix en toute autonomie parmi les candidats proposés.

§ 4. En concertation avec le directeur, le ou les infirmiers en chef ou, le cas échéant, les responsables d'équipe, le médecin coordinateur et conseiller assume toutes les tâches suivantes :

- 1° en relation avec le corps médical :
 - a) organiser, à intervalles réguliers, des réunions de concertation individuelles et collectives avec les médecins traitants ;
 - b) coordonner et organiser la continuité des soins médicaux ;
 - c) coordonner l'établissement et la mise à jour des dossiers des résidents tenus par les médecins traitants ;
 - d) coordonner les activités médicales afférentes à des affections qui constituent un danger pour les résidents ou le personnel ;
 - e) coordonner la politique de soins pharmaceutiques en concertation avec les médecins traitants et le pharmacien qui délivre les médicaments aux résidents du centre de soins résidentiels ou, le cas échéant, le pharmacien coordinateur et conseiller, ce qui, pour les médicaments, implique au minimum la rédaction et l'utilisation d'un formulaire pharmaceutique ainsi que l'utilisation judicieuse de classes de médicaments spécifiques et l'approche non pharmacologique alternative auprès des résidents du centre de soins résidentiels ;
 - f) informer activement les médecins généralistes qui travaillent au centre de soins résidentiels de la politique du centre de soins résidentiels concernant la prescription rationnelle de médicaments ;
- 2° perfectionnement et formation : participer à l'organisation des activités relatives au perfectionnement et à la formation et dans le domaine des soins de 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 entrent en considération pour le perfectionnement et la formation visés à l'alinéa 1er, 2°.

§ 5. La désignation d'un médecin coordinateur et conseiller ne peut pas induire une limitation de fait du libre choix du médecin généraliste.

Chapitre 6. Agréments spéciaux pour les soins et le soutien spécialisés à des groupes-cibles spécifiques

Section 1re. Définitions

Art. 66. Dans le présent chapitre, on entend par :

- 1° agrément spécial : un agrément spécial pour les soins et le soutien de personnes atteintes de démence précoce ;
- 2° démence : une affection dans laquelle plusieurs troubles du fonctionnement cognitif se produisent ensemble et l'impact sur la pensée, l'humeur et le comportement est si grave que le fonctionnement quotidien général de la personne est limité ;
- 3° bilan diagnostique : un examen interdisciplinaire réalisé sous la direction d'un neurologue, d'un gériatre ou d'un psychiatre, avec évaluation du fonctionnement cognitif d'une personne chez qui on suspecte un début de démence ;

- 4° démence précoce : démence établie au moyen d'un bilan diagnostique, avant l'âge de 65 ans.

Section 2. Programmation

Art. 67. La programmation pour les centres de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire qui ont un agrément spécial pour des personnes atteintes de démence précoce est fixée par province à un logement pour 15.000 habitants dans la catégorie d'âge de 30 à 64 ans.

Le ministre peut arrêter des modalités garantissant une répartition de ces logements dans la province.

Section 3. Conditions spécifiques d'agrément spécial

Art. 68. Un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire peut obtenir un agrément spécial pour des personnes atteintes de démence précoce pour au moins cinq et au plus douze logements si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- 1° les logements constituent un ensemble architectonique distinct par rapport aux autres logements que possède le centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire ;
- 2° les logements satisfont aux conditions d'agrément d'un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire, sauf disposition contraire du présent chapitre ;
- 3° les logements satisfont aux conditions supplémentaires visées au chapitre 5 ;
- 4° les logements s'inscrivent dans la programmation visée à l'article 67 ; au moment de la demande, le centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire travaille en collaboration avec un centre d'expertise agréé de la démence.

Art. 69. Un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire qui a un agrément spécial a les missions suivantes :

- 1° réaliser l'habitat groupé des usagers à petite échelle ;
- 2° offrir des soins et un soutien intégraux à l'utilisateur ;
- 3° accompagner de manière intensive la situation familiale de l'utilisateur, en collaboration avec les acteurs de l'aide sociale et de la santé qui sont pertinents pour la situation spécifique de l'utilisateur.

Art. 70. Un usager est éligible à l'admission dans un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire qui a un agrément spécial s'il remplit toutes les conditions suivantes :

- 1° il est atteint de démence précoce ;
- 2° il est classé dans la catégorie de dépendance Cd ou D visée à l'article 425, alinéa 2, 5° et 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 ;
- 3° il a besoin de soins et de soutien interdisciplinaires intensifs.

Art. 71. Le centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire qui a un agrément spécial établi, conjointement avec l'utilisateur ou son représentant, ses intervenants de proximité et le cas échéant, les acteurs de l'aide sociale et de la santé qui sont pertinents pour l'utilisateur, un plan d'accompagnement pour les membres de la famille de l'utilisateur.

Art. 72. Le centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire qui a un agrément spécial organise régulièrement de manière structurée une concertation et des contacts personnels entre l'utilisateur ou son représentant, ses

intervenants de proximité et l'équipe interdisciplinaire. Un compte rendu de cette concertation est rédigé.

L'usager ou son représentant, ses intervenants de proximité et l'équipe interdisciplinaire décident ensemble des objectifs de soins et de soutien.

L'usager ou son représentant a accès et peut participer à son dossier de soins.

Art. 73. En plus des équivalents temps plein exigés dans un centre de soins résidentiels disposant d'un agrément supplémentaire, le centre de soins résidentiels qui a un agrément spécial dispose, pour dix usagers, de membres du personnel supplémentaires, à raison de 0,5 équivalent temps plein, qui satisfont aux conditions suivantes :

- 1° ils disposent d'une qualification d'assistant social, d'infirmier social, d'orthopédagogue ou de master en psychologie, ou d'une qualification y assimilée ;
- 2° ils disposent du certificat de personne de référence pour la démence.

Chapitre 7. Subventionnement

Art. 74. Une subvention peut être octroyée à des centres de soins résidentiels agréés dans lesquels ou près desquels un centre agréé de court séjour est exploité ou non pour l'accompagnement résidentiel et de vie conformément à l'article 473 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ainsi que pour la mise à disposition et l'utilisation de l'infrastructure, conformément à l'annexe 14.

Chapitre 8. Dispositions transitoires

Art. 75. L'augmentation des chiffres de programmation des centres de soins résidentiels, qui résulte pour les années 2013 à 2025 de l'application de l'article 3, ne prend cours qu'au 1er janvier 2026.

Art. 76. L'exigence de diplôme visée à l'article 50, 1°, s'applique aux directeurs qui sont désignés à partir du 1er janvier 2020. Les directeurs qui ont été désignés avant cette date sont réputés de plein droit répondre aux exigences de diplôme.

Art. 77. Les centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels qui ont été agréés au 1er janvier 2020 conservent leur agrément conformément aux règles applicables au 31 décembre 2019. Ils répondent, au plus tard le 31 décembre 2022, aux conditions d'agrément visées à l'article 38 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, à l'article 4 du présent arrêté et au chapitre 3 de la présente annexe.

Art. 78. Si aucune décision n'a encore été prise au sujet de la demande d'agrément d'un centre de soins résidentiels ou d'une partie d'un centre de soins résidentiels au 31 décembre 2019, la demande sera traitée conformément aux conditions d'agrément applicables au 31 décembre 2019. En cas d'agrément, le centre de soins résidentiels ou la partie du centre de soins résidentiels répond, au plus tard le 31 décembre 2022, aux conditions d'agrément visées à l'article 38 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, à l'article 4 du présent arrêté et au chapitre 3 de la présente annexe.

Art. 79. Les centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels qui ont été préalablement autorisés au 31 décembre 2019 peuvent être agréés en application des conditions d'agrément applicables au

31 décembre 2019. Ils répondent, au plus tard le 31 décembre 2022, aux conditions d'agrément visées à l'article 38 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, à l'article 4 du présent arrêté et au chapitre 3 de la présente annexe.

Par dérogation à l'alinéa 1er, le centre de soins résidentiels ou la partie du centre de soins résidentiels peut être agréé immédiatement en application des conditions d'agrément visées à l'article 38 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, à l'article 4 du présent arrêté et au chapitre 3 de la présente annexe, si l'initiateur du centre de soins résidentiels le demande expressément lors de l'envoi de la demande d'agrément.

Art. 80. Les centres de soins résidentiels ou parties de centres de soins résidentiels qui disposent déjà d'un agrément supplémentaire au 1er janvier 2020 conservent leur agrément supplémentaire conformément aux règles applicables au 31 décembre 2019. Par dérogation à l'article 6, § 2, alinéa 2, du présent arrêté et sous réserve de l'application de l'article 77 de la présente annexe, ils répondent, au plus tard le 31 décembre 2022, aux conditions d'agrément supplémentaire visées à l'article 6, § 2, du présent arrêté et au chapitre 5 de la présente annexe.

Art. 81. Si aucune décision n'a encore été prise au sujet de la demande d'agrément supplémentaire d'un centre de soins résidentiels ou d'une partie d'un centre de soins résidentiels au 31 décembre 2019, la demande sera traitée conformément aux conditions d'agrément supplémentaire applicables au 31 décembre 2019. En cas d'agrément supplémentaire, le centre de soins résidentiels ou la partie du centre de soins résidentiels répond, par dérogation à l'article 6, § 2, du présent arrêté et sous réserve de l'application de l'article 77 de la présente annexe, au plus tard le 31 décembre 2022, aux conditions d'agrément supplémentaire visées à l'article 6, § 2, du présent arrêté et au chapitre 5 de la présente annexe.

Art. 82. Les centres de soins résidentiels qui ont été notifiés au 31 décembre 2019 peuvent être agréés comme centre de soins résidentiels s'ils ont introduit une demande recevable d'agrément au plus tard le 31 décembre 2021. Ils répondent, au plus tard le 31 décembre 2022, aux conditions d'agrément visées à l'article 38 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, à l'article 4 du présent arrêté et au chapitre 3 de la présente annexe.

Si le centre de soins résidentiels notifié n'a pas introduit de demande recevable d'agrément au 31 décembre 2021, il ne peut plus être exploité comme centre de soins résidentiels.

Art. 83. Par dérogation à l'article 82, les centres de soins résidentiels ou les parties de ces centres de soins résidentiels pour lesquels un calendrier d'agrément ou de conversion a été obtenu restent notifiés jusqu'au trimestre du calendrier d'agrément ou de conversion approuvé.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers.

Bruxelles, le 28 juin 2019

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

Geert BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Jo VANDEURZEN