

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2023/48380]

10 NOVEMBER 2023. — **Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van de regelgeving over de Vlaamse sociale bescherming en de overnamereglementering, wat betreft de initiatieven van beschut wonen, de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams**

**Rechtsgronden**

Dit besluit is gebaseerd op:

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

- het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 34, tweede lid, artikel 35, § 1, eerste lid, en § 2, eerste lid, artikel 37, § 1, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 48, 49, § 3, derde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, en § 5, artikel 50, eerste lid, gewijzigd bij de decreten van 18 juni 2021 en 24 juni 2022, vierde en vijfde lid, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 60, tweede en derde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, vierde lid, en vijfde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 74, eerste lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 108, § 2, tweede lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 108, § 2, derde en vierde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 108, § 2, vijfde lid, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 109, artikel 111, tweede en derde lid, artikel 112, § 1, tweede lid, artikel 132, § 2, artikel 154/1, 154/2, 154/4, en 154/7, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 154/15, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, 154/20, eerste en tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 185, gewijzigd bij de decreten van 15 februari 2019 en 18 juni 2021;

- het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, artikel 6, eerste lid, artikel 8, 13, 15, § 2, tweede lid, artikel 18, tweede lid, artikel 20, artikel 21, eerste en tweede lid, artikel 24, § 1, artikel 25, eerste en tweede lid, artikel 42, tweede en derde lid, vervangen bij het decreet van 3 mei 2019, artikel 43, § 1, tweede lid, en § 4, eerste lid, artikel 44, tweede en derde lid, artikel 46, tweede lid, artikel 47, artikel 49, § 1, eerste lid en § 2, artikel 51, achtste en negende lid, artikel 75, § 2, artikel 78, § 1, eerste lid, en § 2, artikel 80, tweede lid, artikel 81, artikel 82, § 1, derde lid, en § 2, en artikel 91, § 2;

- het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, artikel 117.

**Vormvereisten**

De volgende vormvereisten zijn vervuld:

- De Vlaamse minister, bevoegd voor het budgettair beleid, heeft zijn akkoord gegeven op 13 juli 2023.

- De Gegevensbeschermingsautoriteit heeft advies nr. 65/2023 gegeven op 8 september 2023.

- De Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens heeft advies nr. 2023/102 gegeven op 12 september 2023.

- De Raad van State heeft advies 74.556/3 gegeven op 26 oktober 2023, met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

**Initiatiefnemer**

Dit besluit wordt voorgesteld door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Na beraadslaging,

DE VLAAMSE REGERING BESLUIT:

**HOOFDSTUK 1.** — *Wijzigingen 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*

**Artikel 1.** Artikel 1/1 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, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 juni 2022 en vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt opgeheven.

**Art. 2.** In artikel 44, § 1, derde lid, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “controle van de revalidatievoorzieningen en de initiatieven beschut wonen conform artikel 24 en 25 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de controle van de revalidatieziekenhuizen, de revalidatievoorzieningen en de psychiatrische verzorgingstehuizen” vervangen door de zinsnede “de controle van de revalidatieziekenhuizen, de revalidatievoorzieningen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven van beschut wonen en de rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams”.

**Art. 3.** Aan artikel 88, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, 10 juni 2022, 10 februari 2023 en 8 september 2023, worden een punt 6° tot en met 8° toegevoegd, die luiden als volgt:

“6° aanvaarde, gefactureerde en aangevraagde prestaties in het kader van de initiatieven van beschut wonen;

7° aanvaarde, gefactureerde en aangevraagde prestaties in het kader van de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;

8° aanvaarde, gefactureerde en aangevraagde prestaties in het kader van de rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams.”.

**Art. 4.** In artikel 97 van hetzelfde besluit wordt het woord “aan” vervangen door de woorden “vijf jaar na”.

**Art. 5.** Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een titel 8, die bestaat uit artikel 111/32 tot en met 111/39, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 8. Initiatieven van beschut wonen

Art. 111/32. Om de aanvraag van een tegemoetkoming voor zorg, vermeld in artikel 534/179, in te dienen, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan het initiatief van beschut wonen. Het initiatief van beschut wonen verschaft zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang tot informatie over al de volgende aspecten:

- 1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;
- 2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 3° de voor- en achternaam van de gebruiker;
- 4° de geboortedatum van de gebruiker;
- 5° het geslacht van de gebruiker;
- 6° de hoofdverblijfplaats van de gebruiker;
- 7° in voorkomend geval, de datum van overlijden van de gebruiker.

Art. 111/33. Om de aanvraag van een tegemoetkoming voor zorg, vermeld in artikel 534/156, in te dienen, bezorgt het initiatief van beschut wonen al de volgende gegevens aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

- 1° de gegevens van het initiatief van beschut wonen;
- 2° de periode van begeleiding in het initiatief van beschut wonen waarvoor de aanvraag wordt ingediend;
- 3° de geïnformeerde toestemming van de gebruiker conform artikel 534/179, eerste lid, 2°;
- 4° het medisch verslag van de behandelende arts van de behandeling conform artikel 534/179, eerste lid, 3°;
- 5° de voor- en achternaam en het INSZ-nummer van de gebruiker.

Naast de raadpleging van de informatiegegevens, vermeld in artikel 52, § 1, eerste lid, en artikel 53, § 1, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, verschaffen de zorgkassen voor de toepassing van artikel 22, tweede lid, van het voormelde decreet en verschaft het agentschap voor de toepassing van artikel 11, 2°, en artikel 36, eerste lid, van het voormelde decreet zich toegang tot de gegevens, vermeld in het eerste lid, op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker.

Art. 111/34. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door de initiatieven van beschut wonen conform artikel 534/185 tot en met 534/188.

Art. 111/35. De initiatieven van beschut wonen bewaren de documenten en gegevens die nodig zijn om dit besluit uit te voeren, gedurende een termijn van minimaal en maximaal tien jaar, tenzij dit besluit of een andere wetgeving die van toepassing is, een specifieke bewaartermijn bepaalt.

Art. 111/36. Het agentschap bewaart de documenten en de gegevens, vermeld in artikel 111/35, tot dertig jaar na het einde van de aanvraag in kwestie of vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/37. De documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/35 en 111/36, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 111/38. Conform artikel 37, § 1, van het decreet van 18 mei 2018 krijgt de Zorgkassencommissie voor de taken die aan haar zijn opgelegd, toegang tot de gegevens, vermeld in artikel 111/32 en 111/33, eerste lid, van dit besluit, met uitzondering van gegevens over de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 111/39. De gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de gegevens, vermeld in artikel 111/32, 2°, van dit besluit.”.

**Art. 6.** Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een titel 9, die bestaat uit artikel 111/40 tot en met 111/47, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 9. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

Art. 111/40. Met het oog op de indiening van de aanvraag van een tegemoetkoming voor begeleiding door een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, vermeld in artikel 534/212, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging verschaft zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang tot informatie over al de volgende aspecten:

- 1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;
- 2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 3° de voor- en achternaam van de gebruiker;
- 4° de geboortedatum van de gebruiker;
- 5° het geslacht van de gebruiker;
- 6° de hoofdverblijfplaats van de gebruiker;
- 7° in voorkomend geval, de datum van overlijden van de gebruiker.

Art. 111/41. Met het oog op de indiening van de aanvraag van de eenmalige forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 534/212, bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging de volgende gegevens aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

- 1° de gegevens van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;
- 2° de startdatum waarop de begeleiding plaatsvindt;
- 3° het medische verslag van de behandelende arts conform artikel 534/212, 2°;

4° de voor- en achternaam en het INSZ-nummer van de gebruiker.

Naast de raadpleging van de informatiegegevens, vermeld in artikel 52, § 1, eerste lid, en artikel 53, § 1, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, verschaffen enerzijds de zorgkassen voor de toepassing van artikel 22, tweede lid, van het voormelde decreet en verschaft anderzijds het agentschap voor de toepassing van artikel 11, 2°, en artikel 36, eerste lid, van het voormelde decreet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang tot de gegevens, vermeld in het eerste lid.

Art. 111/42. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging conform artikel 534/218 tot en met 534/220.

Art. 111/43. De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging bewaren de documenten en gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van dit besluit, gedurende minimaal en maximaal tien jaar, tenzij dit besluit of een andere wetgeving die van toepassing is, een specifieke bewaartermijn bepaalt.

Art. 111/44. Het agentschap bewaart de documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/43, tot dertig jaar na het einde van de aanvraag in kwestie of tot vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/45. De documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/43 en 111/44, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 111/46. Conform artikel 37, § 1, van het decreet van 18 mei 2018 krijgt de Zorgkassencommissie voor de taken die aan haar zijn opgelegd, toegang tot de gegevens, vermeld in artikel 111/40 en artikel 111/41, eerste lid, van dit besluit, met uitzondering van gegevens over de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 111/47. De gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de gegevens, vermeld in artikel 111/40, 2°, van dit besluit.”

**Art. 7.** Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een titel 10, die bestaat uit artikel 111/48 tot en met 111/55, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 10. Rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams

Art. 111/48. Met het oog op de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport, vermeld in artikel 534/237, waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag wordt gevoegd van de tegemoetkoming in reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 534/227, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam verschaft zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang tot informatie over al de volgende aspecten:

- 1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;
- 2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 3° de voor- en achternaam van de gebruiker;
- 4° de geboortedatum van de gebruiker;
- 5° het geslacht van de gebruiker;
- 6° de hoofdverblijfplaats van de gebruiker;
- 7° in voorkomend geval, de datum van overlijden van de gebruiker.

Art. 111/49. Met het oog op de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport, vermeld in artikel 534/237, waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag wordt gevoegd van de tegemoetkoming in reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 534/227, bezorgt het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam de volgende gegevens aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

- 1° de gegevens van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam, vermeld in artikel 534/237, 1°;
- 2° de geïnformeerde toestemming van de gebruiker conform artikel 534/237, 2°;
- 3° de datum waarop het onderzoek voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport is uitgevoerd, vermeld in artikel 534/237, 3°;
- 4° de vermelding of de mobiliteitsbeperking van de gebruiker te wijten is aan een ongeval, vermeld in artikel 534/237, 4°;
- 5° in voorkomend geval, de gegevens over de aanvraag van een tegemoetkoming in reiskosten, vermeld in artikel 534/237, 5°;
- 6° in voorkomend geval, de motivering, vermeld in artikel 534/236, tweede lid;
- 7° de voor- en achternaam en het INSZ-nummer van de gebruiker.

Naast de raadpleging van de informatiegegevens, vermeld in artikel 52, § 1, eerste lid, en artikel 53, § 1, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, verschaffen enerzijds de zorgkassen voor de toepassing van artikel 22, tweede lid, van het voormelde decreet en verschaft anderzijds het agentschap voor de toepassing van artikel 11, 2°, en artikel 36, eerste lid, van het voormelde decreet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang tot de gegevens, vermeld in het eerste lid.

Art. 111/50. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam conform artikel 534/242 en 534/243.

Art. 111/51. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam bewaart de documenten en gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van dit besluit, gedurende minimaal en maximaal tien jaar, tenzij dit besluit of een andere wetgeving die van toepassing is, een specifieke bewaartermijn bepaalt.

Art. 111/52. Het agentschap bewaart de documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/51, tot dertig jaar na het einde van de aanvraag in kwestie of tot vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/53. De documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/51 en 111/52, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 111/54. Conform artikel 37, § 1, van het decreet van 18 mei 2018 krijgt de Zorgkassencommissie voor de taken die aan haar zijn opgelegd, toegang tot de gegevens, vermeld in artikel 111/48 en artikel 111/49, eerste lid, van dit besluit, met uitzondering van gegevens over de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 111/55. De gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de gegevens, vermeld in artikel 111/48, eerste lid, 2°, van dit besluit.”.

**Art. 8.** In boek 2, deel 2, titel 7, hoofdstuk 2, van hetzelfde besluit worden een artikel 349/1 en 349/2 ingevoegd, die luiden als volgt:

“Art. 349/1. Het rolstoeladviesrapport voldoet aan de volgende voorwaarden:

1° het wordt door een rolstoeladviesteam of een gespecialiseerd rolstoeladviesteam multidisciplinair opgesteld, met verplichte tussenkomsten van een arts-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie of een arts-specialist met een bijkomend getuigschrift in de revalidatie voor locomotorische en neurologische aandoeningen en een ergotherapeut of kinesitherapeut;

2° het wordt door een rolstoeladviesteam of gespecialiseerd rolstoeladviesteam opgesteld op basis van een medisch onderzoek tot indicatiestelling voor een mobiliteitshulpmiddel, waarbij de gebruiker persoonlijk aanwezig is.

Art. 349/2. Het rolstoeladviesrapport bevat de volgende gegevens:

1° de identificatiegegevens van de gebruiker;

2° de reden van de verwijzing naar het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam;

3° de identificatie van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam;

4° de diagnose en de huidige medische situatie van de gebruiker;

5° het functioneringsrapport in relatie tot het gebruik van het mobiliteitshulpmiddel;

6° het besluit en het voorstel van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam. Als in het voorstel wordt afgeweken van de vastgestelde indicatie van de functionele beperking van de persoon met een zorgbehoefte aan de hand van ICF, wordt die afwijking bijkomend gemotiveerd;

7° als het een aanvraag van een hulpmiddel bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap betreft, gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van die aanvraag;

8° de datum waarop de gebruiker het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam heeft gecontacteerd met het verzoek om een rolstoeladviesrapport op te maken;

9° de datum van de onderzoeken voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport;

10° de datum van de aflevering van het rolstoeladviesrapport van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam;

11° de handtekening van de arts-specialist en de ergotherapeut of kinesitherapeut van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam en van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.”.

**Art. 9.** In artikel 350 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt de zinsnede “de artikelen artikel 258, 279 en 292” vervangen door de zinsnede “artikel 258, 279, 292, 349/1 en 349/2”;

2° het derde lid wordt vervangen door wat volgt: “Het rolstoeladviesrapport mag op het ogenblik van de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel niet ouder dan twaalf maanden zijn.”;

3° er wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“Het rolstoeladviesrapport wordt getypt.”.

**Art. 10.** In artikel 351 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord “arts” en de woorden “van de gebruiker” de zinsnede “, de verpleegkundige of de maatschappelijk werker” ingevoegd.

**Art. 11.** Artikel 352 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 352. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam levert een rolstoeladviesrapport af binnen vijftig werkdagen na de dag waarop de gebruiker het team heeft gecontacteerd met het verzoek om een rolstoeladviesrapport op te maken.

Als de termijn, vermeld in het eerste lid, wordt overschreden, voorziet het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam in een duidelijke en expliciete motivering voor de afwijking, waarbij het aantoont of beschrijft welke specifieke omstandigheden de afwijking verantwoordt. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam bewaart de motivering gedurende een termijn van minimaal vijf jaar.”.

**Art. 12.** In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een artikel 353/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 353/1. De onderzoeken tot indicatiestelling worden uitgevoerd op de locatie waar het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam gevestigd is, tenzij de gebruiker zich onmogelijk naar die locatie kan begeven of als het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam een huisbezoek nodig acht.

Tijdens het onderzoek tot indicatiestelling van een mobiliteitshulpmiddel worden de behoeften van de gebruikers voldoende bevraagd en kwalitatief in kaart gebracht. Dat onderzoek wordt in één zitting integraal afgewerkt.

Als het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam, in afwijking van het tweede lid, de gebruiker uitnodigt voor een tweede zitting, zijn de reiskosten ten laste van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam in kwestie.”.

**Art. 13.** In boek 2, deel 2, titel 7, hoofdstuk 3, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2019, wordt voor artikel 354 een afdeling 1 ingevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 1. Algemeen”.

**Art. 14.** In boek 2, deel 2, titel 7, hoofdstuk 3, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2019, wordt na artikel 354 een afdeling 2 ingevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 2. Erkenning van indicatiestellers met het oog op de opmaak van medische voorschriften”.

**Art. 15.** Artikel 356 en 357 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2019, worden opgeheven.

**Art. 16.** In artikel 358 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt de zinsnede “indicatiestellers, erkend conform” vervangen door de zinsnede “artsen, vermeld in”;

2° in het tweede lid wordt de zinsnede “indicatiestellers, erkend conform artikel 356” vervangen door de zinsnede “rolstoeladviesteams, erkend conform artikel 358/9”;

3° in het derde lid wordt de zinsnede “indicatiestellers, erkend conform artikel 357” vervangen door de zinsnede “gespecialiseerde rolstoeladviesteams, erkend conform artikel 358/9”.

**Art. 17.** Aan boek 2, deel 2, titel 7, hoofdstuk 3, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2019, wordt een afdeling 3, die bestaat uit artikel 358/1 tot en met 358/17, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 3. Erkenning van rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams

Onderafdeling 1. Opdrachten en samenstelling

Art. 358/1. De rolstoeladviesteams en de gespecialiseerde rolstoeladviesteams hebben de volgende opdrachten:

1° indicatiestellingen uitvoeren in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen met het oog op de opmaak van de rolstoeladviesrapporten, vermeld in artikel 350;

2° multidisciplinair overleggen met het team dat de indicatiestellingen uitvoert;

3° rolstoeladviesrapporten opmaken;

4° de rolstoeladviesrapporten vertalen naar de gebruikers en naar de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen die de gebruikers hebben gekozen;

5° verzoeken om bijkomende informatie van de zorgkassen of de Zorgkassencommissie behandelen.

De gespecialiseerde rolstoeladviesteams geven prioriteit aan de behandeling van de dossiers van de gebruikers met een snel degeneratieve aandoening als vermeld in artikel 277, § 1.

Art. 358/2. De dienstverlening van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam beantwoordt aan volgende voorwaarden:

1° het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam waarborgt de integriteit en de menselijke waardigheid van de gebruiker;

2° het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam garandeert het klachtenrecht aan de gebruiker;

3° het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam behandelt elke aanvraag, ongeacht de aandoening van de gebruiker.

Art. 358/3. Een rolstoeladviesteam bestaat uit:

1° een arts-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie;

2° een ergotherapeut of kinesitherapeut.

Art. 358/4. Een gespecialiseerd rolstoeladviesteam bestaat uit:

1° een arts-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie of een arts-specialist met een bijkomend getuigschrift in de revalidatie voor locomotorische en neurologische aandoeningen;

2° een ergotherapeut of kinesitherapeut.

Art. 358/5. De leden van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam, respectievelijk vermeld in artikel 358/3 of 358/4, nemen deel aan vormingen die nuttig zijn in het kader van de opmaak van rolstoeladviesrapporten.

Minstens een lid van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam neemt deel aan de verplichte opleidingen die het agentschap voor hen organiseert.

Art. 358/6. Naargelang van de vraag kan een rolstoeladviesteam of een gespecialiseerd rolstoeladviesteam een beroep doen op de disciplines logopedie en klinische psychologie.

Bij het onderzoek voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport is de aanwezigheid van een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of van andere personen die direct betrokken zijn bij het verstrekingsproces, verboden.

Onderafdeling 2. Erkenning

Art. 358/7. Een dienst kan erkend worden als rolstoeladviesteam of gespecialiseerd rolstoeladviesteam als hij voldoet aan al de volgende voorwaarden:

1° de dienst beschikt over rechtspersoonlijkheid;

2° de rechtspersoon heeft uitsluitend de uitbating van een of meer zorgvoorzieningen als statutair doel;

3° de dienst verbindt zich ertoe de opdrachten, vermeld in artikel 358/1, uit te voeren;

4° de dienst is bereid om de voorwaarden, vermeld in artikel 358/8, te vervullen.

Om erkend te worden als gespecialiseerd rolstoeladviesteam, beschikt de dienst bijkomend over aantoonbare deskundigheid inzake snel degeneratieve aandoeningen.

Art. 358/8. Om erkend te blijven, moet het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam, voldoen aan al de volgende voorwaarden:

1° het rolstoeladviesteam voldoet blijvend aan de voorwaarden, vermeld in artikel 358/7, eerste lid, 1° tot en met 3°. Het gespecialiseerd rolstoeladviesteam voldoet blijvend aan de voorwaarden, vermeld in artikel 358/7, eerste lid, 1° tot en met 3°, en tweede lid;

2° het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 352 en artikel 358/1 tot en met 358/5;

3° de opgemaakte rolstoeladviesrapporten voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 349/1, 349/2 en 350.

Als een rolstoeladviesteam of gespecialiseerd rolstoeladviesteam niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, meldt het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam dat onmiddellijk aan het agentschap.

Art. 358/9. De leidend ambtenaar kan diensten erkennen als rolstoeladviesteam of als gespecialiseerd rolstoeladviesteam.

Een erkenning geldt voor een termijn van maximaal tien jaar, die kan worden verlengd.

Art. 358/10. Een dienst die erkend wil worden als rolstoeladviesteam of gespecialiseerd rolstoeladviesteam, dient daarvoor een aanvraag in bij het agentschap met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de ontvangstdatum met zekerheid vast te stellen.

In zijn erkenningsaanvraag toont de dienst aan dat hij voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 358/7.

Art. 358/11. Een aanvraag tot erkenning is alleen ontvankelijk als ze volgende informatie bevat:

1° de identificatiegegevens van de rechtspersoon van de aanvrager;

2° een verwijzing naar de publicatie van de statuten van de aanvrager of de statuten zelf als ze nog niet gepubliceerd zijn;

3° een bewijs dat de aanvrager qua samenstelling voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 358/3 of 358/4, door middel van de opsomming van de RIZIV-erkenningsnummers van de leden van het team;

4° een beschrijving van het profiel van de gebruikers van het toekomstige rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam;

5° een projectie van het verwachte aantal rolstoeladviesrapporten per jaar.

De minister bepaalt het formulier waarmee een erkenningsaanvraag wordt ingediend.

Art. 358/12. Het agentschap meldt de aanvrager binnen dertig dagen na de dag waarop het de erkenningsaanvraag heeft ontvangen, of de aanvraag ontvankelijk of onontvankelijk is.

Het agentschap kan binnen de termijn, vermeld in het eerste lid, ontbrekende informatie opvragen bij de aanvrager. In dat geval wordt de termijn geschorst. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop het agentschap de ontbrekende informatie heeft ontvangen.

Art. 358/13. Binnen dertig dagen vanaf de dag van de melding, vermeld in artikel 358/12, eerste lid, vraagt het agentschap advies over de aanvraag aan de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen.

De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen bezorgt haar advies aan het agentschap binnen vijfenveertig dagen na de dag waarop ze de adviesvraag van het agentschap heeft ontvangen.

De leidend ambtenaar beslist binnen dertig dagen vanaf de dag van de ontvangst van het advies over de aanvraag.

Art. 358/14. § 1. Het agentschap bezorgt de beslissing over de erkenning binnen vijftien dagen na de datum van de beslissing aan de aanvrager.

§ 2. Een voornemen tot weigering van de erkenning wordt met een aangetekende brief aan de aanvrager bezorgd. Het voornemen bevat:

1° de motivering conform artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;

2° uitleg over de mogelijkheid, de voorwaarden en de procedure om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap.

De aanvrager kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot weigering van de erkenning, vermeld in het eerste lid, een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, waarbij het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen wordt behandeld.

Als de aanvrager geen bezwaarschrift indient binnen de termijn, vermeld in het tweede lid, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar tot weigering van de erkenning met een aangetekende zending aan de aanvrager bezorgd.

§ 3. De beslissing waarbij de erkenning als rolstoeladviesteam of gespecialiseerd rolstoeladviesteam wordt verleend, bevat de volgende gegevens:

1° de gegevens van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam, namelijk:

a) de naam;

b) het RIZIV-nummer;

c) het HCO-nummer;

2° de ingangsdatum en de termijn van de erkenning.

De lijst van de erkende rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams worden op de website van het agentschap bekendgemaakt.

Art. 358/15. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam kan uiterlijk zes maanden voor een lopende erkenning verstrikt, een aanvraag tot verlenging van zijn erkenning indienen bij het agentschap. De aanvraag tot verlenging van de erkenning bevat de informatie, vermeld in artikel 358/11, als er veranderingen zijn opgetreden.

Als aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid en artikel 358/8, is voldaan, wordt de erkenning van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam automatisch met tien jaar verlengd. Als niet aan die voorwaarden is voldaan, bezorgt het agentschap een voornemen tot weigering van de verlenging van de erkenning met een aangetekende brief aan het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam. Artikel 358/14, § 2, is van overeenkomstige toepassing.

Art. 358/16. § 1. Het agentschap uit een voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning als het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam niet meer voldoet aan de voorwaarden om erkend te blijven, vermeld in artikel 358/8.

§ 2. Het voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning wordt met een aangetekende brief aan het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam bezorgd. Het voornemen bevat:

1° de motivering conform artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;

2° uitleg over de mogelijkheid, de voorwaarden en de procedure om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap.

Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam kan binnen twee maanden na de datum van de verzending van het voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning, vermeld in het eerste lid, een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij het agentschap.

Het bezwaarschrift wordt behandeld conform artikel 6 tot en met 22 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, waarbij het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het voormelde besluit, door de kamer voor gezondheidsvoorzieningen wordt behandeld.

Als het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam geen bezwaarschrift indient binnen de termijn, vermeld in het tweede lid, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar tot schorsing of intrekking van de erkenning met een aangetekende zending aan het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam bezorgd.

§ 3. De beslissing tot schorsing vermeldt de begindatum, de periode van de schorsing en de voorwaarden die vervuld moeten zijn om de schorsing ongedaan te maken.

De leidend ambtenaar bepaalt de termijn van de schorsing. Die termijn mag niet meer bedragen dan drie maanden. Op gemotiveerd verzoek van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam kan die termijn eenmalig maximaal drie maanden verlengd worden. Die aanvraag wordt door het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam minstens dertig dagen voor de afloop van de initiële schorsingstermijn met een aangetekende zending aan het agentschap bezorgd.

§ 4. Als bij het beëindigen van de schorsingstermijn nog niet aan alle erkenningsnormen is voldaan, wordt de procedure tot intrekking van de erkenning gestart.

§ 5. De beslissing tot intrekking van de erkenning heeft uitwerking op de datum, vermeld in die beslissing.

Art. 358/17. De leidend ambtenaar kan de erkenning intrekken als het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam daar aangetekend of tegen ontvangstbewijs rechtsgeldig om verzoekt. De beslissing van de leidend ambtenaar wordt binnen drie maanden na de indiening van het verzoek aangetekend met kennisgeving van ontvangst aan het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam bezorgd.

Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam brengt het agentschap ten minste drie maanden voorafgaand aan zijn vrijwillige stopzetting op de hoogte van zijn voornemen om de activiteiten vrijwillig stop te zetten, met vermelding van de datum waarop die beslissing uitwerking heeft.”.

**Art. 18.** In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een artikel 381/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 381/1. De Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen brengt op verzoek van de leidend ambtenaar advies uit over de erkenningsaanvragen, vermeld in artikel 358/10.”.

**Art. 19.** In artikel 391 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 2 wordt vervangen door wat volgt:

“§ 2. Het agentschap controleert of de indicatiestellingen tijdig worden afgeleverd aan de gebruiker.

Een indicatiesteller levert de indicatiestelling niet tijdig af in de volgende gevallen:

1° de indicatiestelling gebeurt niet binnen de termijn, vermeld in artikel 352, eerste lid;

2° de termijn, vermeld in artikel 352, eerste lid, is overschreden en de indicatiesteller heeft daarvoor niet in een motivering voorzien conform artikel 352, tweede lid, of de motivering toont onvoldoende aan welke specifieke omstandigheden de afwijking verantwoorden.”;

2° in paragraaf 3 worden de woorden “bepaalt de modaliteiten” vervangen door de woorden “kan de modaliteiten bepalen”.

**Art. 20.** Artikel 392 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 392. Als uit de controles, vermeld in artikel 391, § 1, of uit klachten van gebruikers blijkt dat een indicatiesteller de indicatiestelling verkeerd toepast, of als wordt vastgesteld dat een indicatiesteller herhaaldelijk de indicatiestelling verkeerd toepast, meldt de Zorgkassencommissie of de zorgkas dat aan het agentschap.”.

**Art. 21.** Artikel 393 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 393. Als het agentschap zelf of op basis van klachten van gebruikers of zorgkassen vaststelt dat een indicatiesteller in een kalenderjaar en bij een minimum van twintig indicatiestellingen in dat kalenderjaar bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestelling verkeerd toepast of bij meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers de indicatiestellingen niet tijdig aflevert, of als tijdens het jaar wordt vastgesteld dat een indicatiesteller herhaaldelijk of kennelijk de indicatiestelling verkeerd toepast, brengt de leidend ambtenaar de indicatiesteller met een aangetekende brief op de hoogte van die vaststellingen en vraagt bij de indicatiesteller een remediëingsplan op.

De leidend ambtenaar bepaalt de termijn waarin het remediëingsplan ingediend en uitgevoerd moet worden, en kan daarbij, aangepast aan de concrete omstandigheden, bepalen welke maatregelen het remediëingsplan minimaal moet bevatten.”.

**Art. 22.** In artikel 394 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1 wordt vervangen door wat volgt:

“§ 1. Als het remediëringsplan, vermeld in artikel 393, niet tijdig wordt voorgelegd of uitgevoerd, of als binnen twee jaar na de uitvoering van het remediëringsplan blijkt dat de indicatiesteller de indicatiestellingen herhaaldelijk of kennelijk verkeerd toepast of niet tijdig aflevert, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief een administratieve geldboete opleggen.”;

2° in paragraaf 2 worden de woorden “twee maanden” vervangen door de woorden “een maand”;

3° er wordt een paragraaf 3 toegevoegd, die luidt als volgt:

“§ 3. In geval van ernstige nalatigheid van de indicatiesteller kan de beslissing tot het opleggen van een administratieve geldboete gepaard gaan met een voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning van de indicatiesteller. De leidend ambtenaar uit het voornemen tot schorsing of intrekking van de erkenning van de indicatiesteller met een aangetekende brief.

De aangetekende brief, vermeld in het eerste lid, bevat ook de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen bij het agentschap conform artikel 396.”.

**Art. 23.** In artikel 395 van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen door wat volgt:

“Als binnen twee jaar na de oplegging van een administratieve geldboete, vermeld in artikel 394, § 1, blijkt dat de indicatiesteller in kwestie indicatiestellingen herhaaldelijk of kennelijk verkeerd toepast of niet tijdig aflevert, kan de leidend ambtenaar van het agentschap met een aangetekende brief het voornemen uiten tot schorsing of intrekking van de erkenning van de indicatiesteller.”.

**Art. 24.** In artikel 396 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, wordt tussen het woord “conform” en de zinsnede “artikel 395” de zinsnede “artikel 394, § 3, en” ingevoegd;

2° in paragraaf 2, tweede lid, worden de woorden “aanvragen van indicatiestelling aanvaarden” vervangen door de woorden “nieuwe indicatiestellingen uitvoeren”.

**Art. 25.** In artikel 534/52, 2°, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, worden de woorden “een verblijf in” vervangen door de woorden “het gebruik van of het verblijf in”.

**Art. 26.** In artikel 534/93/1 van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023 wordt de zinsnede “of binnen het toepassingsgebied, vermeld in artikel 1/1 van het besluit van 7 december 2018” telkens opgeheven.

**Art. 27.** In artikel 534/94 en 534/95 van hetzelfde besluit, vervangen bij besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt de zinsnede “of binnen het toepassingsgebied, vermeld in artikel 1/1 van het besluit van 7 december 2018” telkens opgeheven.

**Art. 28.** In artikel 534/97 van hetzelfde besluit, vervangen bij besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt de zinsnede “of binnen het toepassingsgebied, vermeld in artikel 1/1 van het besluit van 7 december 2018” telkens opgeheven.

**Art. 29.** In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een boek 3/8, dat bestaat uit artikel 534/170 tot en met 534/192, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/8. Initiatieven van beschut wonen

Deel 1. Financiering

Art. 534/170. § 1. Per erkend initiatief van beschut wonen wordt een prijs per verblijfsdag per zorggebruiker bepaald als vermeld in de begeleidingscapaciteit. De prijs per verblijfsdag in een initiatief van beschut wonen is gelijk aan de som van de vergoedingen, vermeld in paragraaf 2, gedeeld door het quotum van verblijfsdagen.

Het quotum van verblijfsdagen is gelijk aan het aantal gefactureerde dagen dat de begeleidingscapaciteit gedurende het voorbije kalenderjaar daadwerkelijk vervuld was.

Provisioneel wordt uitgegaan van een bezetting van 100%.

De eindverrekening gebeurt via een inhaalbedrag dat wordt toegepast op de som van de vergoedingen van het daaropvolgende jaar.

§ 2. Per erkend initiatief van beschut wonen worden de volgende vergoedingen toegekend:

1° een vergoeding voor de personeelskosten: 9996,76 euro per zorggebruiker voor twee derde van het aantal zorggebruikers en 13.329,04 euro per zorggebruiker voor een derde van het aantal zorggebruikers;

2° een vergoeding voor de werkingskosten, gekoppeld aan de begeleiding: 775,54 euro per zorggebruiker;

3° een vergoeding voor de kosten van het functiecomplement van de coördinator: jaarlijks een brutobedrag van 1613,12 euro voor een jaarlijkse coördinatiepremie voor de coördinator;

4° een vergoeding voor de functie van coördinerend psychiater:

a) 11.054,23 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 20 zorggebruikers;

b) 18.423,75 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 40 zorggebruikers;

c) 22.108,49 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 60 zorggebruikers;

d) 25.793,27 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 80 zorggebruikers;

e) 29.478,02 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 100 zorggebruikers;

f) 33.162,76 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van meer dan 100 zorggebruikers;

5° een vergoeding voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens: 3494,34 euro per initiatief van beschut wonen, verhoogd met 69,87 euro per zorggebruiker;

6° een eenmalige installatievergoeding van 2088,01 euro per extra zorggebruiker nadat het agentschap de begeleidingscapaciteit van een erkend initiatief van beschut wonen heeft uitgebreid;



7° een vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen:

a) voor de toepassing van dit punt 7° wordt verstaan onder:

1) eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen die genomen zijn in het akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 dat gesloten is tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

2) personeelsleden: het verplegend en verzorgend personeel, vermeld in artikel 8, 7° en 8°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Onder verzorgend personeel wordt verstaan: de werknemers met een overeenstemmende loonschaal.

Daarbij komen nog:

a. de sociaal verpleegkundigen;

b. de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten;

c. de opvoeders en begeleiders die in de zorgteams geïntegreerd zijn;

d. de maatschappelijk assistenten en psychologische assistenten die in de zorgunits werken of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;

e. de psychologen, orthopedagogen en pedagogen die in de zorgunits werken of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;

f. de logistieke assistenten;

g. de personen, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

De omschrijving van de beroepen verwijst naar de reëel uitgeoefende functie;

3) verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden met werkdagen of werkuren, voor zover die aanleiding geven tot de betaling van een vergoeding door de instelling. Daarin zitten ook de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op beschikbaarheid gesteld is;

b) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden de volgende principes:

1) de initiatieven van beschut wonen hebben recht op een jaarlijkse financiële tegemoetkoming ter compensatie van de maatregelen voor de vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek als vermeld in het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren die gesloten is tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector en in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, op voorwaarde dat ze onderworpen zijn aan de toepassing van een collectieve arbeidsovereenkomst die in de bevoegde paritaire commissie gesloten is, of van protocolakkoorden die in de bevoegde onderhandelingscomités gesloten zijn, als vermeld in de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel;

2) de financiële tegemoetkoming dekt alleen de voordelen, vermeld in dit besluit, en is alleen mogelijk als de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord voorziet in de volgende voordelen en als de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk krijgen:

i) de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 betaalde uren per jaar, toegekend in de vorm van volledige dagen. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de voormelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26%, 10,52% of 15,78%, berekend op hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur;

ii) het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een bijkomend aantal compensatiedagen of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie die gelijk is aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Voor de werknemers in de privésector en rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid zal aan de deeltijdse werknemers voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van de voormelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse arbeidsduur die in hun arbeidsovereenkomst ingeschreven is, automatisch te verhogen. Ze krijgen in dat geval een vrijstelling van prestaties op basis van hun nieuwe contract. Voor de werknemers in de publieke sector die deeltijds werken en voor wie eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in dat kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur die in hun arbeidsovereenkomst, ingeschreven is, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties waarin voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of zijn toegang tot een hoger recht in het kader van de eindeloopbaanregeling aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen, ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval krijgt de werknemer een vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties waarin voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort, in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;

iii) de volgende personen worden gelijkgesteld met de personeelsleden: de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waarvoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties voor zondag, zaterdag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten of elke andere vergoeding ontvangen hebben die voortvloeit uit een collectieve arbeidsovereenkomst, of die een compensatierust ingevolge die prestaties gekregen hebben. De verantwoorde afwezigheidsperiodes en de gelijkgestelde dagen of uren komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode. De werknemer die niet meer aan de voormelde voorwaarde van 200 uur onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximaal 24 maanden voldoet, kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie geen bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties krijgen. De deeltijdse werknemers bewijzen een aantal uren van onregelmatige prestaties dat overeenstemt met 200 uur, berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximaal 24 maanden. De werknemer die op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uur onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever verricht heeft of die niet meer aan die voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van gelijkgesteld personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uren

in de loop van een periode van maximaal 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in op de dag die is bepaald in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord dat van toepassing is;

iv) de personen voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden die ingevoerd zijn door sociale akkoord dat in 2000 gesloten is, en die voor de loonpremie geopteerd hebben, blijven dat voordeel behouden. De personen voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden die vóór 1 oktober 2005 zijn ingesteld, en die hebben gekozen voor de loonpremie, blijven die behouden. Als een personeelslid van functie wisselt, behoudt hij zijn voorafgaande recht op de eindeloopbaanmaatregelen;

v) de werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden altijd beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden;

vi) de optie van vrijstelling is altijd definitief. Het behoud van prestaties met premie daarentegen kan op elk ogenblik worden omgezet in vrijstelling van arbeidsprestaties;

c) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden de volgende financieringsregels: om de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de initiatieven van beschut wonen een forfaitair bedrag toegekend dat vastgesteld is volgens de volgende regels:

1) de personeelscategorieën zijn de volgende:

categorie i) de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in ziekenhuisverzorging;

categorie ii) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, logopedisten, de diëtisten, de opvoeders-begeleiders die in de zorgteams geïntegreerd zijn, de maatschappelijk assistenten en psychologisch assistenten in de zorgteams of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen in de zorgteams of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;

categorie iii) de verzorgenden en de werknemers, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

categorie iv) het gelijkgestelde personeel en de logistieke assistenten;

2) het forfaitaire bedrag wordt als volgt berekend:  $F = F1 + F2$ ;

3) berekening van de vrijstelling van arbeidsprestaties:  $F1 =$  het verschuldigde bedrag voor de compenserende indienstneming voor personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren:  $F1 = A_i * T1/S * N/Y$ , waarbij:

i)  $A_a = 60.096,86$  euro voor categorie i;

ii)  $A_b = 60.096,86$  euro voor categorie ii;

iii)  $A_c = 48.511,99$  euro voor categorie iii;

iv)  $A_d = 48.465,90$  euro voor categorie iv;

T1: het wekelijkse aantal vrijgestelde uren dat de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, of dat de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;

S: de wekelijkse arbeidsregeling die in het initiatief van beschut wonen toegepast wordt;

N: het jaarlijkse aantal werkuren dat door de werkgever bezoldigd moet worden ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;

Y: het theoretische jaarlijkse aantal werkuren dat de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, moet presteren ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn individuele benoemingsakte of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd;

4) berekening van het bedrag voor de premie:  $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$ , waarbij:

i)  $A_a = 82.125,61$  euro voor categorie i;

ii)  $A_b = 82.125,61$  euro voor categorie ii;

iii)  $A_c = 61.164,83$  euro voor categorie iii;

iv)  $A_d = 55.267,78$  euro voor categorie iv;

v) H: het equivalent van het wekelijkse aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer op basis van zijn leeftijd;

vi) T2: het aantal per week te presteren uren dat voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, dat in voorkomend geval uitgeoefend is in de functie waarvoor de maatregel geldt;

vii) S: de wekelijkse arbeidsregeling die in het initiatief van beschut wonen toegepast wordt;

viii) N: het jaarlijkse aantal werkuren dat de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar;

ix) Y: het theoretische jaarlijkse aantal werkuren dat de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoemingsakte;

d) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen verstrekt het initiatief van beschut wonen de volgende gegevens over het personeelslid aan het agentschap in de vorm die het agentschap bepaalt:

1) voor- en achternaam;

2) het INSZ-nummer;

3) de geboortedatum;

4) de functie;

5) de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;

6) het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen op basis van zijn leeftijd;

7) de wekelijkse uurregeling in het initiatief van beschut wonen;

8) het aantal uren dat gepresteerd moet worden volgens het arbeidscontract, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid heeft verricht in de functie die het voordeel van de maatregel, vermeld in deze paragraaf, verantwoordt;

9) de datum van de aanwerving;

10) de eventuele vertrekdatum;

11) in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uur in 24 maanden;

12) de perioden van afwezigheid die niet bezoldigd zijn door de werkgever, en de aard ervan;

e) de toekenningmodaliteiten die voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden: het voorlopige bedrag wordt berekend ten opzichte van het laatst bekende definitieve bedrag als bij dat bedrag rekening gehouden wordt met alle leeftijdsgroepen. In het andere geval wordt het vastgesteld ten opzichte van het voorlopige bedrag van het jaar n-1. Telkens als er een definitief bedrag berekend wordt, vormt dat de geldige provisie voor het kalenderjaar dat volgt op de datum van vaststelling van dat definitieve bedrag. Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F wordt via inhaalbedragen vereffend;

f) bepalingen die voor de vergoeding van de eindeloopbaanmaatregelen voor de compensatie van de vrijgestelde uren gelden:

Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, levert de beheerder het bewijs dat de vrijgemaakte arbeidstijd en de toegekende financiering gecompenseerd zijn door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. De volgende personen komen niet in aanmerking: de voltijdse werknemers voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden en de werknemers voor wie de instelling al een financiering krijgt in het kader van het arbeidsbeleid.

De totale hoeveelheid per financieringscategorie (categorie i, ii, iii en iv van punt c, 1°) van het personeel te compenseren uren wordt prioritair door dezelfde financieringscategorie van het personeel gecompenseerd.

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen. Daarom bezorgt de beheerder, op hetzelfde ogenblik als de inlichtingen die dienen voor de definitieve berekening, de volgende gegevens:

1) de voor- en achternaam van het aangeworven personeelslid of van het personeelslid dat het voorwerp uitmaakt van een verhoging van zijn arbeidstijd;

2) het INSZ-nummer;

3) de geboortedatum;

4) de begin- en einddatum in de functie;

5) de functie;

6) de wekelijkse compensatiewerktijd van de nieuwe werknemer of de verhoging van de uurprestaties van de werknemer in functie die zijn werktijd verhoogt;

7) de perioden van afwezigheid die door de werkgever niet bezoldigd worden, en de aard ervan;

8) de kostenplaats voor imputatie;

9) de datum van het begin van het bijvoegsel bij de overeenkomst van de werknemer die zijn werktijd verhoogt, of van de overeenkomst van de nieuwe werknemer;

10) de einddatum van de overeenkomst.

Bij die gegevens moeten de nieuwe arbeidsovereenkomsten en de bijvoegsels bij de overeenkomsten in geval van verhoging van de arbeidstijd of individuele benoemingsakten gevoegd worden;

g) sancties die voor de vergoeding van de eindeloopbaanmaatregelen gelden: als de beheerder niet binnen de vereiste termijn de inlichtingen voor de uitwerking van de definitieve budgetten meddeelt, worden de voorlopige bedragen teruggevorderd.

Met het oog op het opstarten van de herziening van de eindeloopbaanmaatregelen bezorgt het initiatief van beschut wonen voor 30 april van het kalenderjaar waarop de herziening van de eindeloopbaanmaatregelen betrekking heeft, aan het agentschap een tabel over het betrokken personeel.

De initiatieven van beschut wonen bezorgen het agentschap ook een kopie van de arbeidscontracten van het personeel dat ter vervanging aangeworven is, of de aanhangsels van de arbeidscontracten voor het personeel dat zijn arbeidstijd verhoogd heeft;

8° een vergoeding voor de kosten van de attractiviteitspremie:

a) voor alle werknemers van de openbare initiatieven van beschut wonen wordt de attractiviteitspremie toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 948,21 euro per voltijdsequivalent;

b) voor elk jaar wordt het bedrag berekend door het aantal voltijdsequivalenten van het initiatief van beschut wonen te vermenigvuldigen met het forfaitaire bedrag van de attractiviteitspremie;

c) voor alle werknemers van de private initiatieven van beschut wonen wordt de attractiviteitspremie toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 983,51 euro per voltijdsequivalent;

d) voor elk jaar wordt het bedrag berekend door het aantal voltijdsequivalenten van het initiatief van beschut wonen te vermenigvuldigen met het forfaitaire bedrag van de attractiviteitspremie;

9° een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwende initiatieven voor activering, vermeld in artikel 148 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging:

a) 32.982,69 euro voor de financiering van 0,5 voltijdsequivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 19 zorggebruikers;

b) 49.474,06 euro voor de financiering van 0,75 voltijdsequivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 20 tot 39 zorggebruikers;

c) 82.456,71 euro voor de financiering van 1,25 voltijdsequivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 40 tot 59 zorggebruikers;

d) 98.948,08 euro voor de financiering van 1,5 voltijdsequivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 60 tot 99 zorggebruikers;

e) 131.930,78 euro voor de financiering van 2 voltijdsequivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 100 tot 149 zorggebruikers;

f) 197.896,16 euro voor de financiering van 3 voltijdsequivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van meer dan 150 zorggebruikers;

10° een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwendende initiatieven voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, vermeld in artikel 149 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging: de minister legt per initiatief van beschut wonen het bedrag vast;

11° een vergoeding van:

a) 54,35 euro per zorggebruiker om ongemakkelijke prestaties, tussen 19 uur en 20 uur, door personeel dat de functie van opvoeder uitoefent, te valoriseren conform artikel 7 tot en met 9 van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende de uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;

b) 2,03 euro per zorggebruiker om de valorisatie van ongemakkelijke prestaties uit te breiden tot het personeel dat niet valt onder de bepalingen van het voormelde koninklijk besluit van 28 december 2011, volgens dezelfde regels;

12° een vergoeding van 38,20 euro per zorggebruiker om de financiële tegemoetkoming van de werkgever in de vervoerskosten van de werknemers te dekken, overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 19octies van 20 februari 2009;

13° een vergoeding voor de geregulariseerde DAC-functies in de initiatieven van beschut wonen, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 maart 2018 tot toekenning van de DAC-subsidies aan enkele initiatieven van beschut wonen;

14° een vergoeding voor de regularisatie van de gesubsidieerde contractuelen in initiatieven van beschut wonen: de minister bepaalt het bedrag per initiatief van beschut wonen.

In dit artikel wordt verstaan onder gesubsidieerde contractueel: de gesubsidieerde contractueel, tewerkgesteld krachtens een overeenkomst als vermeld in artikel 1, 12°, 14°, 15° en 36°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 oktober 1993 tot veralgemening van het stelsel van gesubsidieerde contractuelen.

Art. 534/171. De bedragen, vermeld in artikel 534/170, worden geïndexeerd conform de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld, waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het eerste lid, wordt berekend en toegepast overeenkomstig artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

De bedragen, vermeld in artikel 534/170, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 123,14 (basis 2013=100).

## Deel 2. Tegemoetkoming

### TITEL 1. Tegemoetkoming voor zorg in de prijs per verblijfsdag

Art. 534/172 De tegemoetkoming voor zorg in de prijs per verblijfsdag in een initiatief van beschut wonen, vermeld in artikel 154/4, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, is gelijk aan de prijs per verblijfsdag, vermeld in artikel 534/170 van dit besluit.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, dekt het aanbod van zorg, vermeld in artikel 534/170, § 2.

Een erkend initiatief van beschut wonen dat in 2020 ontstaan is uit de samenvoeging van twee of meer initiatieven van beschut wonen die vóór 1 januari 2019 erkend zijn, ontvangt een tegemoetkoming voor zorg die minstens evenveel bedraagt als de som van de geïndexeerde tegemoetkomingen voor zorg die de afzonderlijk erkende initiatieven van beschut wonen ontvangen hebben in het boekjaar vóór de samenvoeging, verminderd met 1,3%. Een erkend initiatief van beschut wonen dat na 1 januari 2019 en vóór 1 januari 2020 of vanaf 1 januari 2021 en vóór 1 januari 2022 ontstaan is uit de samenvoeging van twee of meer initiatieven van beschut wonen die vóór 1 januari 2019 erkend zijn, ontvangt een tegemoetkoming voor zorg die minstens evenveel bedraagt als de som van de geïndexeerde tegemoetkomingen voor zorg die de afzonderlijk erkende initiatieven van beschut wonen ontvangen hebben in het boekjaar vóór de samenvoeging.

### TITEL 2. Cumulatie van tegemoetkomingen

Art. 534/173. Een tegemoetkoming voor zorg in een initiatief van beschut wonen mag niet worden gecumuleerd met een tegemoetkoming voor zorg in een ander initiatief van beschut wonen, een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode, tenzij het anders bepaald is. De minister bepaalt de nadere regels daarvoor.

Een tegemoetkoming voor zorg in een initiatief van beschut wonen mag niet worden gecumuleerd met een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als het gebruik of verblijf plaatsvindt op dezelfde dag.

## Deel 3. Aanvraagprocedure

Art. 534/174. In dit deel wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189, van de tegemoetkoming voor zorg;

2° ontvangstdatum: de datum waarop de kennisgeving van ontvangst van de volledige aanvraag wordt verstuurd.

Een aanvraag wordt door de zorgkas als volledig beschouwd als de delen, vermeld in artikel 534/179, eerste lid, 1° en 3°, bij de zorgkas zijn ingediend en het initiatief van beschut wonen op erewoord verklaart dat deel 2, vermeld in artikel 534/179, eerste lid, 2°, beschikbaar is. Deel 2, vermeld in artikel 534/179, eerste lid, 2°, wordt bewaard door het initiatief van beschut wonen en hoeft niet aan de zorgkas te worden bezorgd.

Als er een nieuwe aanvraag voor dezelfde gebruiker in hetzelfde initiatief van beschut wonen wordt ingediend binnen drie maanden na de afloop van de periode van de vorige goedgekeurde aanvraag conform artikel 534/182, wordt die nieuwe aanvraag als volledig beschouwd als deel 1, vermeld in artikel 534/179, eerste lid, 1°, volledig is.

Art. 534/175. Een tegemoetkoming voor zorg kan alleen worden toegekend als de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, een beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming heeft genomen.

Art. 534/176. Het initiatief van beschut wonen waartoe de gebruiker zich wendt, verstuurt de aanvraag naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De aanvraag wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189.

Elke aanvraag wordt rechtstreeks gericht aan één centraal contactpunt, dat de zorgkas in kwestie bepaalt.

Art. 534/177. Er wordt geen tegemoetkoming toegekend voor zorg die vroeger dan dertig dagen voor de ontvangstdatum is verleend.

Art. 534/178. Als de zorgkas de aangevraagde tegemoetkoming weigert, is de ontvangstdatum van de aanvraag niet meer van toepassing, behalve in de gevallen waarin de aanvraag wordt geweigerd ten gevolge van een negatief resultaat van de controle, vermeld in artikel 534/181.

Art. 534/179. Het initiatief van beschut wonen stelt samen met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag van de tegemoetkoming voor zorg op. De aanvraag wordt opgemaakt aan de hand van het model van aanvraagformulier dat het agentschap bepaalt. Het aanvraagformulier bestaat uit al de volgende delen:

1° deel 1 dat de administratieve informatie bevat. Die informatie wordt ingevuld door de verantwoordelijke van het initiatief van beschut wonen en bevat:

a) de gegevens van het initiatief van beschut wonen;

b) de periode waarin de zorg plaatsvindt;

2° deel 2 dat het akkoord van de gebruiker met de vraag naar een tegemoetkoming voor zorg bevat in de vorm van een geïnformeerde toestemming. Dit deel wordt ondertekend en gedagtekend door de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger;

3° deel 3 dat een medisch verslag bevat. Dit deel wordt ingevuld en gedagtekend door de behandelende arts.

Het initiatief van beschut wonen brengt de zorgkas op de hoogte van het ontslag van de gebruiker met een formulier waarvan het agentschap het model heeft bepaald.

Art. 534/180. De aanvraag, vermeld in artikel 534/179, wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189.

Art. 534/181. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, controleert al de volgende elementen:

1° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

2° de naleving door de gebruiker van de regels voor de cumulatie, vermeld in artikel 534/173;

3° de volledigheid van de meegeleverde gegevens.

De zorgkas vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de gebruiker of het initiatief van beschut wonen. Als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt bij het initiatief van beschut wonen, brengt ze de gebruiker daarvan gelijktijdig op de hoogte.

Een positief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot een volledige of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de tegemoetkoming voor zorg.

Een negatief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot weigering van de aanvraag.

Als uit de controle, vermeld in het eerste lid, 2°, blijkt dat de toepassingsvoorwaarden voor een verbod op cumulatie, vermeld in artikel 534/173, vervuld zijn, worden de tegemoetkomingen voor zorg die als laatste zijn aangevraagd, geweigerd.

Art. 534/182. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan het initiatief van beschut wonen en de gebruiker binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum.

Als de zorgkas de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag niet binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum aan het initiatief van beschut wonen en de gebruiker bezorgt, wordt de aanvraag geacht te zijn goedgekeurd.

Zodra de zorgkas vaststelt dat de gebruiker en het initiatief van beschut wonen niet binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum een beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag hebben ontvangen, neemt ze alsnog een beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag en brengt ze de gebruiker en het initiatief van beschut wonen daarvan onmiddellijk op de hoogte.

Als de zorgkas na vijftien werkdagen na de ontvangstdatum beslist om de aanvraag te weigeren, is ze verplicht de aanvraag goed te keuren als die betrekking heeft op zorg die op zijn vroegst dertig dagen voor de ontvangstdatum en uiterlijk tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering plaatsvindt. De beslissing tot weigering kan op zijn vroegst tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering ingaan.

De beslissingstermijn van de zorgkas wordt geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 534/181, tweede lid. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de bijkomende informatie heeft ontvangen.

Art. 534/183. Voor de initiatieven van beschut wonen worden de aanvragen alleen aan de Zorgkassencommissie bezorgd voor een eventuele a-posterioriconrole. Een a-posterioriconrole van de conformiteit van de medische gegevens, die worden beschreven in het gestandaardiseerde medische verslag, vermeld in artikel 534/179, eerste lid, 3°, is mogelijk. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

Art. 534/184. De beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bevat al de volgende gegevens:

1° de gegevens van het initiatief van beschut wonen;

2° de gegevens over de periode waarvoor een tegemoetkoming voor zorg wordt toegekend.

De zorgkas deelt de beslissing tot weigering van de aanvraag mee aan de gebruiker met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de ontvangstdatum met zekerheid vast te stellen. Die kennisgeving bevat al de volgende elementen:

1° de redenen van de weigering conform artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;

2° de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin beroep moet worden aangetekend.

De zorgkas brengt het initiatief van beschut wonen op de hoogte van de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189.

#### Deel 4. Facturatie

Art. 534/185. De tegemoetkoming voor zorg die aan de gebruiker is toegekend conform artikel 534/181, derde lid, en artikel 534/182, tweede lid, wordt via een trekkingsrecht van de gebruiker rechtstreeks uitbetaald aan het initiatief van beschut wonen door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De zorgkas betaalt de tegemoetkoming voor zorg uiterlijk zes weken nadat ze de factuur ontvangen heeft. Bij laattijdige betaling is de zorgkas zonder ingebrekestelling een verwijlntrest verschuldigd voor het bedrag van de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek. De minister kan de modaliteiten van de betaling, vermeld in het tweede lid, bepalen.

Art. 534/186. § 1. De verantwoordelijke van het initiatief van beschut wonen valideert de facturen en stuurt ze elektronisch naar de zorgkassen.

Bij de facturen voegt het initiatief van beschut wonen per gebruiker en per zorgkas de digitale individuele kostennota's voor de verleende zorg.

De digitale individuele kostennota, vermeld in het tweede lid, bevat al de volgende rubrieken:

1° de gegevens van de gebruiker;

2° de gegevens van het initiatief van beschut wonen;

3° de gegevens van de zorgkas;

4° de gepresteerde verblijfsdagen, inclusief de datum waarop de verstrekkingen zijn gepresteerd;

5° een overzicht van de opnemingsprijzen;

6° het totale verschuldigde nettobedrag dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet betalen;

7° het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in de opnemingsprijzen.

De facturen en de individuele kostennota's, vermeld in het eerste tot en met het derde lid, worden opgesteld conform de modellen en de facturatie-instructies die het agentschap bepaalt.

§ 2. De facturen en individuele kostennota's worden ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189. Als de facturen en individuele kostennota's via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189, worden ingediend, voldoen ze aan de functionele vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid conform de geldende privacyregels.

§ 3. De initiatieven van beschut wonen bezorgen de facturen en de individuele onkostennota's maandelijks per zorgkas, uiterlijk tot 24 maanden na de periode waarin of na de laatste dag waarop de zorg verstrekt is, met uitzondering van de gevallen waarin de verjaring wordt geschorst of gestuit. Het recht op het stuiten van de verjaring wordt aangetoond met een aangetekende brief die gericht is aan de zorgkas.

Art. 534/187. Het agentschap betaalt het initiatief van beschut wonen de financiële tegemoetkoming in het kader van de sociale akkoorden die gesloten zijn, en de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen.

Art. 534/188. De initiatieven van beschut wonen maken op het einde van elke maand per gebruiker een gebruikersfactuur op.

Een exemplaar van de gebruikersfactuur wordt bezorgd aan de gebruiker of elke natuurlijke of rechtspersoon die volledig of gedeeltelijk belast is met de betaling van de gebruikersfactuur. De gebruikersfactuur mag elektronisch naar de gebruiker verstuurd worden als die daar expliciet voor gekozen heeft. Als supplementen op basis van een contractuele of wettelijke bepaling rechtstreeks ten laste worden genomen door een derde, worden die op de gebruikersfactuur vermeld. Het initiatief van beschut wonen vermeldt onderaan op de gebruikersfactuur dat het bedrag ten laste van de gebruiker door het initiatief van beschut wonen rechtstreeks aan die derde gefactureerd wordt.

#### Deel 5. Software

Art. 534/189. § 1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 534/174, eerste lid, artikel 534/176, artikel 534/180, 534/184, derde lid, en artikel 534/186, § 2, voldoet aan de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid die de minister bepaalt, na advies van een groep van onafhankelijke experts.

Het agentschap staat in voor de attestering van de digitale applicaties die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid.

§ 2. Initiatieven van beschut wonen die geen digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, gebruiken, kunnen de aanvragen, vermeld in artikel 534/179, niet indienen bij de zorgkassen om tegemoetkomingen voor zorg te krijgen, en kunnen niet factureren aan de zorgkassen conform artikel 534/185.

§ 3. Het agentschap en de betrokken beroepsorganisaties wijzen de experts,

vermeld in paragraaf 1, aan. De minister kan nadere regels bepalen voor de samenstelling en de werking van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in paragraaf 1.

Art. 534/190. § 1. De softwareontwikkelaars dienen de aanvragen tot attestering, vermeld in artikel 534/189, § 1, tweede lid, in bij het agentschap.

De gedagtekende en ondertekende aanvraag wordt ingediend met een formulier waarvan het agentschap het model vastlegt.

Het formulier, vermeld in het tweede lid, bevat al de volgende gegevens:

1° de identificatiegegevens van de aanvrager;

2° de beschrijving van de maatregelen voor gegevensbescherming en de informatieveiligheid;

3° de beschrijving van de architecturale structuur van het pakket;

4° de technische specificaties die toelaten de mogelijkheid tot koppeling met het digitale platform Vlaamse sociale bescherming te beoordelen.

§ 2. Het agentschap beoordeelt de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, en beslist over de goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4. Het agentschap kan aan de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, advies vragen over de aanvraag.

Het agentschap deelt zijn beslissing tot goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4, mee uiterlijk binnen dertig dagen na de dag waarop het de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, heeft ontvangen.

§ 3. Bij wijzigingen van een van de gegevens, vermeld in paragraaf 1, derde lid, na de beslissing tot goedkeuring van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4, vervalt die beslissing tot goedkeuring van rechtswege en dient de softwareontwikkelaar in kwestie een nieuwe aanvraag tot attestering in.

§ 4. Na de goedkeuring van de organisatie van het attesteringstraject kan de softwareontwikkelaar in kwestie bij het agentschap een verzoek indienen om testen te organiseren.

De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, organiseert binnen negentig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek, vermeld in het eerste lid, heeft ontvangen, testen waarbij wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor de attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/189, § 1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

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

§ 5. De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, bezorgt het testrapport, vermeld in paragraaf 4, tweede lid, samen met een overeenstemmend advies aan het agentschap binnen honderdtwintig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek tot de organisatie van testen conform paragraaf 4, eerste lid, heeft ontvangen.

Het agentschap attesteert de digitale applicatie of weigert de attestering van de digitale applicatie en brengt de aanvrager op de hoogte van die beslissing binnen vijftien dagen na de dag waarop het het advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, heeft ontvangen conform het eerste lid.

De attesten die toegekend worden conform het tweede lid, zijn geldig voor tien jaar, met behoud van de toepassing van artikel 534/191.

§ 6. De termijnen, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, paragraaf 4, tweede lid, en paragraaf 5, eerste en tweede lid, worden geschorst als het agentschap of de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, aanvullende informatie vraagt aan de softwareontwikkelaar in kwestie.

De termijnen, vermeld in het eerste lid, lopen verder vanaf de dag na de dag waarop het agentschap of de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, de bijkomende informatie heeft ontvangen conform het eerste lid.

§ 7. De softwareontwikkelaars die een digitale applicatie ontwikkelen, kunnen altijd een nieuwe aanvraag tot attestering indienen bij het agentschap.

Art. 534/191. § 1. Zolang het uitgereikte attest geldig is, wordt de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele en technische vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/189, § 1, eerste lid.

§ 2. Een softwareontwikkelaar met een geattesteerde digitale applicatie implementeert alle wijzigingen van de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/189, § 1, eerste lid, volgens het versiebeleid van het digitale platform Vlaamse sociale bescherming.

Een softwareontwikkelaar die op eigen initiatief wijzigingen aanbrengt aan de geattesteerde digitale applicatie met een impact op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/189, § 1, eerste lid, brengt het agentschap daarvan op de hoogte. In die melding aan het agentschap geeft de softwareontwikkelaar een beschrijving van de wijzigingen aan de geattesteerde digitale applicatie.

§ 3. Als er wijzigingen worden aangebracht aan de geattesteerde digitale applicatie conform paragraaf 2, die een impact hebben op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/189, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, beslissen om bijkomende toelichtingen op te vragen bij de gemelde wijzigingen of om nieuwe testen op te leggen voor de digitale applicatie.

§ 4. Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer voldoet aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/189, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/189, § 3, beslissen om nieuwe testen te organiseren. Afhankelijk van het resultaat van de testen kan het agentschap, na eensluidend advies van de voormelde groep van onafhankelijke experts, beslissen om de attestering te bevestigen of in te trekken.

Art. 534/192. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit deel, worden bekendgemaakt op de website van het agentschap met vermelding van de geldigheidstermijn ervan.”.

**Art. 30.** In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een boek 3/9, dat bestaat uit artikel 534/193 tot en met 534/224, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/9. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

Deel 1. Financiering en tegemoetkoming

TITEL 1. Algemeen

Art. 534/193. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging kan, voor iedere gebruiker voor wie ze een belangrijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage heeft geleverd in de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu, een eenmalig forfaitair bedrag aanrekenen aan de zorgkas van de gebruiker, als voldaan is aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/204 tot en met 534/206.

Dat eenmalige forfaitaire bedrag dekt alle rechtstreekse en onrechtstreekse tussenkomsten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging voor die palliatieve persoon, alsook alle werkingskosten die daar rechtstreeks of onrechtstreeks mee samenhangen. Het dekt ook de algemene activiteiten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die niet rechtstreeks verband houden met de palliatieve verzorging van een bepaalde palliatieve persoon.

Art. 534/194. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, kan maar één keer per palliatieve persoon worden aangerekend.

Als een palliatieve persoon voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, al is aangerekend, opnieuw behoefte aan palliatieve verzorging heeft, zorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die het eenmalige forfaitaire bedrag heeft aangerekend, ervoor dat de betrokken palliatieve persoon alsnog de noodzakelijke palliatieve verzorging krijgt. Ze kan zelf de palliatieve verzorging op zich nemen of afspraken daarover maken met een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging. In dat laatste geval bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging minstens 75% van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die de palliatieve verzorging op zich heeft genomen.

Art. 534/195. § 1. Het maximale aantal gebruikers voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, door de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging kan worden aangerekend per kalenderjaar, is afhankelijk van het aantal palliatieve personen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging begeleidt.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 100 palliatieve personen per 200.000 inwoners in haar werkgebied te begeleiden, wordt het maximale aantal gebruikers voor wie het forfait kan worden aangerekend, verkregen door het quotiënt van de deling, waarbij het inwonersaantal van het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging op het moment van het sluiten van de overeenkomst, vermeld in artikel 276 van het besluit van 7 december 2018, het deeltal is en de deler 200.000, te vermenigvuldigen met 100. Het resultaat van die berekening wordt afgerond tot een natuurlijk getal.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 150 palliatieve personen per 200.000 inwoners in haar werkgebied te begeleiden, wordt het maximale aantal gebruikers voor wie het forfait kan worden aangerekend, verkregen door het quotiënt van de deling, waarbij het inwonersaantal van het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging op het moment van het sluiten van de overeenkomst, vermeld in artikel 276 van het besluit van 7 december 2018, het deeltal is en de deler 200.000, te vermenigvuldigen met 150. Het resultaat van die berekening wordt afgerond tot een natuurlijk getal.

§ 2. Het cijfer van het aantal palliatieve personen voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend, dat berekend is conform paragraaf 1, wordt in de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging vermeld.

§ 3. Voor de toepassing van dit artikel wordt bij de berekening van het aantal eenmalige forfaitaire bedragen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in het kalenderjaar in kwestie heeft aangerekend, rekening gehouden met de datum waarop de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging het eenmalige forfaitaire bedrag aanrekenen aan de zorgkassen, en niet met de datums van de effectieve tussenkomsten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging of de effectieve datum van uitbetaling van het eenmalige forfaitaire bedrag door de zorgkas.

§ 4. Als de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging maar voor een gedeelte van een bepaald kalenderjaar van kracht is, wordt het vastgestelde aantal gebruikers voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend, evenredig verminderd, rekening houdend met de toepassingstermijn van die overeenkomst in het kalenderjaar in kwestie.

Art. 534/196. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in een bepaald jaar voor meer gebruikers een wezenlijke bijdrage heeft geleverd in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu dan het aantal gebruikers voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend conform artikel 534/195, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, per gebruiker, daarvoor een verminderd forfait aanrekenen aan de zorgkas van de gebruiker.

Het verminderde forfait kan maar worden aangerekend voor maximaal de helft van het aantal gebruikers voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, conform artikel 534/195, kan worden aangerekend.

Het verminderde forfait kan maar één keer per gebruiker worden aangerekend en kan niet worden aangerekend voor een gebruiker voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, al is aangerekend.

Het verminderde forfait dekt de bijkomende werkingskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging voor iedere bijkomende palliatieve persoon aan wie een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging is verleend. Dat verminderde forfait mag worden aangewend om een financiële reserve op te bouwen waarmee onverwachte uitgaven en eventuele financiële verliezen kunnen worden gedekt.

Art. 534/197. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging mag voor haar tussenkomsten in de palliatieve verzorging geen enkele vergoeding aan de palliatieve persoon, zijn omgeving of aan om het even wie aanrekenen, ongeacht of de palliatieve persoon gebruiker is of niet. Ook mag de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging geen vergoeding aanrekenen aan de zorgaanbieders en de mantelzorgers aan wie ze advies heeft gegeven.

## TITEL 2. Samenstelling en berekening van de vergoeding

Art. 534/198. § 1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging maakt een personeelskostendossier op voor alle personeelsleden.

§ 2. In het personeelskostendossier worden voor ieder personeelslid van wie de loonkosten in de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag kunnen worden opgenomen conform artikel 534/200, de volgende gegevens en documenten vermeld:

- 1° de voor- en achternaam van het personeelslid;
- 2° de functie binnen de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;
- 3° een kopie van het diploma;
- 4° het aantal uren tewerkstelling per week in het kader van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;
- 5° de vooropgestelde datum van indiensttreding van een nieuw personeelslid;
- 6° de loonanciënniteit, uitgedrukt in jaren en maanden, en de bewijsstukken daarvan;
- 7° de vermelding of de betrokkene al dan niet recht heeft op een haard- of standplaatsvergoeding;
- 8° de afstand, in enkele richting, van de woonplaats tot de centrale zetel van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

Voor de huisarts worden de gegevens, vermeld in het eerste lid, 6°, vervangen door het aantal dienstjaren in de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, samen met de vermelding van de datum van indiensttreding bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.



§ 3. Het personeelskostendossier moet, naast de gegevens en de documenten, vermeld in paragraaf 2, voor de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging de volgende kosten vermelden:

1° de kostprijs van de verplichte arbeidsongevallenverzekering voor het personeel;

2° de kostprijs van het sociaal secretariaat;

3° de kostprijs voor de dienst voor arbeidsgeneeskunde waarop de multidisciplinaire begeleidingsequipe in voorkomend geval een beroep doet.

Het personeelskostendossier bevat de nodige bewijsstukken van de kosten, vermeld in het eerste lid.

§ 4. Het personeelskostendossier bevat de gegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, 1° tot en met 8°, van de personeelsleden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging van wie de loonkosten niet zijn opgenomen in de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag.

De gegevens, vermeld in het eerste lid, worden duidelijk onderscheiden van de gegevens, vermeld in paragraaf 2.

§ 5. Om het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in het artikel 534/199, te berekenen, kan het agentschap aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging vragen om volgens een model dat het agentschap bepaalt, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier te bezorgen.

Het agentschap bewaart het personeelskostendossier tot maximaal één jaar na de ontvangst van een geactualiseerd personeelskostendossier of tot één jaar na de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

Art. 534/199. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, wordt verkregen door de som van de personeelskosten, berekend aan de hand van het personeelskostendossier, vermeld in artikel 534/198, en de werkingskosten te delen door het maximale aantal gebruikers voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging het eenmalige forfaitaire bedrag kan aanrekenen conform artikel 534/195.

Het bedrag van de personeelskosten en de werkingskosten wordt per multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging nader geconcretiseerd in de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

Art. 534/200. § 1. Het aantal voltijdsequivalenten van wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging de kosten als personeel in rekening mag brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, is afhankelijk van de keuze die de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft gemaakt over het aantal palliatieve personen dat ze behandelt conform artikel 534/195.

§ 2. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging zich ertoe verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in haar werkgebied 100 palliatieve personen te begeleiden, kan ze 2,6 voltijdsequivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in haar werkgebied.

Als de berekening, vermeld in het eerste lid, tot minder dan 3,7 voltijdsequivalenten leidt, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, in afwijking van het eerste lid, toch 3,7 voltijdsequivalenten in rekening brengen.

§ 3. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging zich ertoe verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in haar werkgebied minstens 150 palliatieve personen te begeleiden, kan ze 2,85 voltijdsequivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in haar werkgebied.

Als de berekening, vermeld in het eerste lid, tot minder dan 3,9 voltijdsequivalenten leidt, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, in afwijking van het eerste lid, toch 3,9 voltijdsequivalenten in rekening brengen.

§ 4. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging is verplicht om het aantal voltijdsequivalenten voor wie ze de personeelskosten in rekening brengt, conform paragraaf 2 en 3, volledig te vervullen.

Art. 534/201. § 1. Het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, wordt aan de realiteit aangepast als de werkelijke personeelsuitgaven door de evolutie van de anciënniteit van het personeel, vermeld in artikel 534/200, of door wijzigingen in de samenstelling van het personeel, vermeld in artikel 534/200, op jaarbasis 2% hoger liggen dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag.

§ 2. Voor de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in paragraaf 1, bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging of, in voorkomend geval, het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap. Dat personeelskostendossier beantwoordt aan de vereisten, vermeld in artikel 534/198.

Als een personeelskostendossier niet beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/198, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. Binnen dertig dagen na de dag waarop het agentschap het personeelskostendossier heeft ontvangen, deelt het agentschap de onontvankelijkheid mee aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging of, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband.

§ 3. De minister neemt een beslissing tot de vaststelling van de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in paragraaf 1. Het agentschap communiceert de beslissing van de minister aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging en, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging. Het aangepaste eenmalige forfaitaire bedrag wordt van kracht de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de minister zijn beslissing neemt en uiterlijk op de eerste dag van de vierde maand die volgt op de maand waarin het agentschap een onontvankelijk personeelskostendossier als vermeld in paragraaf 2, heeft ontvangen.

Als het agentschap de termijn, vermeld in het eerste lid, niet naleeft, ontvangt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging een financiële vergoeding ter compensatie van de financiële schade die de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft geleden ingevolge de laattijdige toekenning.

§ 4. Een aanpassing als vermeld in paragraaf 1, kan niet gevraagd worden gedurende het eerste loopjaar van de overeenkomst, vermeld in artikel 276 van het besluit van 7 december 2018, of binnen een jaar nadat een nieuw berekend forfaitair bedrag als vermeld in paragraaf 3 of artikel 534/202, derde lid, van toepassing is geworden.

Art. 534/202. Als het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, ten gevolge van een wijziging in de samenstelling van het personeel op jaarbasis 2% lager ligt dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, wordt het eenmalige forfaitaire bedrag herberekend.

Het agentschap brengt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging of, in voorkomend geval, het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, op de hoogte van de herberekening en vraagt de nodige gegevens op over het tewerkgestelde personeel om het eenmalige forfaitaire bedrag te kunnen herberekenen.

De minister neemt een beslissing tot vaststelling van de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in het eerste lid. Het agentschap communiceert de beslissing van de minister aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging en, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging. Het aangepaste eenmalige forfaitaire bedrag wordt van kracht op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de minister zijn beslissing neemt.

Art. 534/203. Het verminderde forfait, vermeld in artikel 534/196, dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging per gebruiker kan aanrekenen, wordt berekend aan de hand van de bijkomende werkingskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, die worden geconcretiseerd in de overeenkomst, vermeld in artikel 276 van het besluit van 7 december 2018.

### TITEL 3. Voorwaarden voor de tegemoetkoming

Art. 534/204. § 1. De samenstelling van het aantal voltijdsequivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging conform artikel 534/200, in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, voldoet minstens aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2, 3 of 4.

§ 2. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 100 palliatieve personen te begeleiden als vermeld in artikel 534/200, § 2, heeft ze de volgende samenstelling:

1° een huisarts, die minimaal 3% en maximaal 6% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van vier uur per week;

2° verpleegkundigen, die minimaal twee derde van de totale werkelijke samenstelling uitmaken, met een minimum van drie voltijdsequivalenten;

3° administratief personeel, dat minimaal 10% en maximaal 20% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van 0,5 voltijdsequivalenten.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan de samenstelling van het aantal voltijdsequivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, minder dan drie voltijdsequivalenten verpleegkundigen bedragen als dat minimum, rekening houdend met het aandeel niet-verpleegkundigen in de samenstelling op de datum van de inwerkingtreding van dit artikel, leidt tot een overschrijding van het maximumaantal voltijdsequivalenten dat in rekening kan worden gebracht voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag conform artikel 534/200, § 2.

§ 3. In afwijking van paragraaf 2 volstaat voor een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging waarvan het totale personeelsbestand uit minder dan 3,7 voltijdsequivalenten bestaat, de volgende samenstelling:

1° een huisarts die minstens vier uur per week voor de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging werkt, maar niet meer dan 6% uitmaakt van de reële personeelsbezetting van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;

2° minimaal drie voltijds equivalenten die verpleegkundigen zijn;

3° minimaal 10% en maximaal 20% van het totale werkelijke personeelsbestand van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging bestaat uit administratief personeel.

§ 4. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging ervoor kiest om per kalenderjaar 150 palliatieve personen te begeleiden als vermeld in artikel 534/200, § 3, heeft ze de volgende samenstelling:

1° een huisarts die minimaal 3% en maximaal 5% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van vier uur per week;

2° niet-medisch begeleidingspersoneel dat minimaal 77% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt. Het niet-medische begeleidingspersoneel bestaat uit verpleegkundigen en de beroepsbeoefenaars, vermeld in paragraaf 5, eerste lid. De verpleegkundigen maken minimaal 75% uit van het niet-medische begeleidingspersoneel, met een minimum van 3,25 voltijdsequivalenten die verpleegkundigen zijn;

3° administratief personeel dat minimaal 8% en maximaal 18% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van 0,5 voltijdsequivalenten.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan het niet-medische begeleidingspersoneel zijn samengesteld uit minder dan 3,25 voltijdsequivalenten verpleegkundigen als dat minimum, rekening houdend met het aandeel niet-verpleegkundigen in de samenstelling van het aantal voltijdsequivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag op de datum van de inwerkingtreding van dit artikel, leidt tot een overschrijding van het maximumaantal voltijdsequivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, overeenkomstig artikel 534/200, § 3.

§ 5. Naast het personeel, vermeld in paragraaf 2, 3 en 4, kunnen ook psychologen, kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie deel uitmaken van het maximale aantal voltijdsequivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in rekening kan brengen om het eenmalige forfaitaire bedrag te berekenen.

Ook personeel met een andere hogeronderwijsopleiding kan daar eventueel deel van uitmaken na de expliciete goedkeuring van het agentschap en, in voorkomend geval, van de Expertcommissie.

§ 6. De samenstelling van het personeelskader van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, vermeld in paragraaf 2, 3 en 4, wordt opgenomen in de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging meldt aan het agentschap iedere wijziging in de samenstelling van het personeelsbestand, vermeld in paragraaf 2, 3 en 4, binnen een maand nadat de wijziging is doorgevoerd.

Art. 534/205. § 1. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 534/193, en het verminderde forfait, vermeld in artikel 534/196, zijn alleen verschuldigd als de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage aan de palliatieve verzorging van de gebruiker heeft geleverd.

De indicatie of een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging een wezenlijke bijdrage kan leveren aan de palliatieve verzorging van de palliatieve persoon wordt in overleg met de huisarts van de palliatieve persoon vastgesteld. De huisarts van de palliatieve persoon stelt daarvoor een attest op. Dat attest bevat de volgende gegevens:

- 1° de voor- en achternaam en het RIZIV-nummer van de arts die het attest voorschrijft;
- 2° de voor- en achternaam, het domicilieadres, de geboortedatum en het INSZ-nummer van de palliatieve persoon;
- 3° de verklaring dat de palliatieve persoon verzorging nodig heeft waaraan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging een wezenlijke bijdrage kan leveren;
- 4° de handtekening en de datum van ondertekening van de attesterende arts.

§ 2. Om van een wezenlijke bijdrage aan de palliatieve verzorging van een gebruiker in zijn thuismilieu of in zijn thuisvervangende milieu te kunnen spreken, moeten bovendien de volgende voorwaarden vervuld zijn:

1° de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn en de omgeving van de gebruiker voldoende geïnformeerd over de telefonische permanentie, vermeld in artikel 312 van het besluit van 7 december 2018;

2° de effectieve tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging bij de palliatieve verzorging van de patiënt voldoet aan minstens een van de volgende voorwaarden:

a) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft een bezoek gebracht aan de palliatieve persoon in zijn thuismilieu of in zijn thuisvervangende milieu, dat minimaal twee uur heeft geduurd of heeft plaatsgevonden tussen 22 uur en 7 uur, op zaterdag, zondag of een wettelijke feestdag. Als niet aan die voorwaarde is voldaan, moeten verschillende bezoeken zijn gebracht, waarbij de totale duur van de bezoektijd minimaal vier uur bedraagt. De verplaatsingstijd mag niet worden meegerekend als bezoektijd;

b) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft deelgenomen aan een vergadering die de verschillende personen die betrokken zijn bij de palliatieve zorgverlening, thuis of in het thuisvervangende milieu, van één patiënt samenbracht. De vergadering had tot doel de palliatieve verzorging van die palliatieve persoon in zijn thuismilieu of in het thuisvervangende milieu praktisch te organiseren of bepaalde problemen die zich voordoen bij de palliatieve verzorging van die persoon, uit te diepen en er een oplossing voor te zoeken. Minstens de huisarts van de palliatieve persoon en de thuisverpleegkundigen nemen deel aan de vergadering;

c) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft minimaal vier telefonische of persoonlijke contacten gehad met de zorgaanbieders van de eerste lijn die bij de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu betrokken zijn, met inbegrip van de huisarts van de palliatieve persoon. Minimaal twee van die contacten zijn tot stand gekomen op initiatief van de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn. Van ieder contact met de paramedici geeft de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging feedback aan de huisarts van de gebruiker.

Het aandeel van de tussenkomsten, vermeld in het eerste lid, 2°, c), in het totaal van de tussenkomsten die de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft aangerekend, mag nooit meer dan de helft bedragen.

Art. 534/206. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging leeft de vereisten na, vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

#### TITEL 4. Cumulatie van tegemoetkomingen

Art. 534/207. Een tegemoetkoming voor begeleiding door een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging mag niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor begeleiding van een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging of een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis tijdens dezelfde periode.

Een tegemoetkoming voor begeleiding door een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging mag niet worden gecumuleerd met een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als de begeleiding plaatsvindt op dezelfde dag.

Een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging mag de eenmalige forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 534/193, of het verminderde forfait, vermeld in artikel 534/196, niet aanrekenen voor een tussenkomst als de behandelende arts van de palliatieve persoon, die deel uitmaakt van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, zelf al een vergoeding heeft aangevraagd voor die prestatie conform de voorwaarden van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, opgenomen in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

#### Deel 2. Aanvraagprocedure

Art. 534/208. In dit deel wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag van de tegemoetkoming voor begeleiding;

2° ontvangstdatum: de datum waarop de kennisgeving van de ontvangst van de volledige aanvraag wordt verstuurd bij een aanvraag via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221. Als het INSZ-nummer van de gebruiker niet bekend is, is de ontvangstdatum de datum waarop de volledige aanvraag is ontvangen. Bij verzending van een aangetekende zending is dat de postdatum van de brief waarmee de volledige aanvraag is verzonden. Als de postdatum ontbreekt, is het de datum waarop de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, een volledige aanvraag heeft ontvangen.

Een aanvraag wordt door de zorgkas als volledig beschouwd als de onderdelen, vermeld in artikel 534/212, 1° en 2°, bij de zorgkas zijn ingediend.

Art. 534/209. Een tegemoetkoming voor begeleiding kan alleen worden toegekend als de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, de aangevraagde tegemoetkoming heeft goedgekeurd.

Art. 534/210. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging waartoe de gebruiker zich wendt, verstuurt de aanvraag naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, voordat de verstrekkingen worden verleend.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging stelt de overeenkomst, vermeld in artikel 276 van het besluit van 7 december 2018, ter beschikking van de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger voordat de aanvraag wordt ingediend.

Elke aanvraag wordt rechtstreeks gericht aan één centraal contactpunt, dat de zorgkas in kwestie bepaalt.

Art. 534/211. Als de zorgkas de gevraagde tegemoetkoming weigert, is de ontvangstdatum van de aanvraag niet meer van toepassing, behalve in de gevallen waarin de aanvraag wordt geweigerd door een negatief resultaat van de controle, vermeld in artikel 534/214.

Art. 534/212. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging stelt de aanvraag op. De aanvraag wordt opgemaakt volgens een model dat het agentschap bepaalt. Het aanvraagformulier bestaat uit de volgende delen:

1° deel 1 dat de administratieve informatie bevat. Die informatie wordt ingevuld door de verantwoordelijke van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging en bestaat uit een document dat al de volgende informatie bevat:

a) de gegevens van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;

b) de startdatum waarop de begeleiding plaatsvindt;

2° deel 2 dat een medisch verslag bevat. Dit deel wordt ingevuld en gedagtekend door een behandelende arts van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

Art. 534/213. Deel 1 en 2 van de aanvraag, vermeld in artikel 534/212, 1° en 2°, worden ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221.

Als het INSZ-nummer van de gebruiker bij de aanvang van de begeleiding niet bekend is, wordt de aanvraag via elke andere weg aan de zorgkas bezorgd en wordt de aanvraag via een digitale applicatie ingediend zodra de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging over het INSZ-nummer van de gebruiker beschikt.

Art. 534/214. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, controleert al de volgende elementen:

1° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

2° de naleving door de gebruiker van de regels over de cumulatie, vermeld in artikel 534/207;

3° de volledigheid van de meegedeelde gegevens.

De zorgkas vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de gebruiker of bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging. Als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, brengt ze de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger daarvan gelijktijdig op de hoogte.

Een positief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot volledige goedkeuring van de aanvraag van de tegemoetkoming voor de begeleiding.

Een negatief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot weigering van de aanvraag.

Als uit de controle, vermeld in het eerste lid, 2°, blijkt dat de toepassingsvoorwaarden voor een verbod op cumulatie, vermeld in artikel 534/207, eerste lid, vervuld zijn, wordt de tegemoetkoming voor de begeleiding die als laatste werd aangevraagd geweigerd.

Art. 534/215. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de beslissing tot goedkeuring of weigering van de aanvraag aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum.

Als de zorgkas de beslissing tot goedkeuring of weigering van de aanvraag niet binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging bezorgt, wordt de aanvraag geacht te zijn goedgekeurd.

Zodra de zorgkas vaststelt dat de gebruiker en de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging niet binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum een beslissing tot goedkeuring of weigering van de aanvraag hebben ontvangen, neemt ze alsnog een beslissing tot goedkeuring of tot weigering van de aanvraag en brengt ze de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging daarvan onmiddellijk op de hoogte.

De beslissingstermijn van de zorgkas wordt geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 534/214, tweede lid. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen.

Art. 534/216. Voor de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging worden de aanvragen alleen aan de Zorgkassencommissie bezorgd voor een eventuele a-posterioriconrole. Een a-posterioriconrole van de conformiteit van de medische gegevens, die worden beschreven in het gestandaardiseerde medische verslag, vermeld in artikel 534/212, 2°, is mogelijk. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

Art. 534/217. De beslissing tot volledige goedkeuring van de aanvraag van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bevat de volgende gegevens:

1° de gegevens van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;

2° de gegevens over de periode waarin de begeleiding, waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, wordt verleend.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging brengt de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger op de hoogte van de voormelde beslissing.

De zorgkas brengt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221.

Deel 3. Facturatie

Art. 534/218. De tegemoetkoming voor begeleiding die aan de gebruiker is toegekend conform de bepalingen van dit besluit, wordt via een trekkingsrecht van de gebruiker rechtstreeks uitbetaald aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De zorgkas betaalt de tegemoetkoming voor begeleiding uiterlijk zes weken nadat ze de factuur ontvangen heeft. Bij laattijdige betaling is de zorgkas zonder ingebrekestelling een verwijlintrest verschuldigd voor het bedrag van de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek.

De zorgkas vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging. Als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt, wordt de termijn, vermeld in het tweede lid, geschorst. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen.

De minister kan de modaliteiten van de betaling, vermeld in het eerste lid, bepalen.

Art. 534/219. § 1. De verantwoordelijke van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging valideert de facturen en stuurt ze elektronisch naar de zorgkassen via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221.

Bij de facturen voegt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging per gebruiker en per zorgkas de digitale individuele kostennota's voor de verleende zorg.

De digitale individuele kostennota bevat al de volgende rubrieken:

- 1° de gegevens van de gebruiker;
- 2° de gegevens van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging;
- 3° de gegevens van de zorgkas;
- 4° het eenmalige forfaitaire bedrag, inclusief de datum waarop het forfaitaire bedrag betrekking heeft;
- 5° een overzicht van de prijs van het eenmalige forfaitaire bedrag;

De facturen en de individuele kostennota's worden opgesteld conform de modellen en de facturatie-instructies die het agentschap bepaalt.

§ 2. De facturen en individuele kostennota's worden ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221. Door de indiening van de facturen en individuele kostennota's via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221, voldoen ze aan de functionele en technische vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid conform de geldende privacyregels.

§ 3. De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging bezorgen de facturen uiterlijk twee maanden na het overlijden van de gebruiker. Het recht op stuiten van de verjaring wordt aangetoond met een aangetekende brief die gericht is aan de zorgkas.

Art. 534/220. Het agentschap betaalt de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging de financiële tegemoetkoming in het kader van de sociale akkoorden die gesloten zijn, en de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen in het kader van die sociale akkoorden.

#### Deel 4. Software

Art. 534/221. § 1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 534/208, eerste lid, 2°, artikel 534/213, artikel 534/217, vierde lid, artikel 534/219, § 1, tweede lid, en § 2, voldoet aan de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid die de minister bepaalt, na advies van een groep van onafhankelijke experts.

Het agentschap staat in voor de attestering van de digitale applicaties die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid.

§ 2. De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging die geen digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, gebruiken, kunnen de aanvragen, vermeld in artikel 534/212, niet indienen bij de zorgkassen om tegemoetkomingen voor zorg te krijgen, en kunnen niet factureren aan de zorgkassen conform artikel 534/219.

§ 3. Het agentschap en de betrokken beroepsorganisaties wijzen de experts, vermeld in paragraaf 1, aan. De minister kan nadere regels bepalen voor de samenstelling en de werking van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in paragraaf 1.

Art. 534/222. § 1. De softwareontwikkelaars dienen de aanvragen tot attestering, vermeld in artikel 534/221, § 1, tweede lid, in bij het agentschap.

De gedagtekende en ondertekende aanvraag wordt ingediend met een formulier waarvan het agentschap het model vastlegt.

Het formulier, vermeld in het tweede lid, bevat al de volgende gegevens:

- 1° de identificatiegegevens van de aanvrager;
- 2° de beschrijving van de maatregelen voor gegevensbescherming en de informatieveiligheid;
- 3° de beschrijving van de architecturale structuur van het pakket;
- 4° de technische specificaties die toelaten de mogelijkheid tot koppeling met het digitale platform Vlaamse sociale bescherming te beoordelen.

§ 2. Het agentschap beoordeelt de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, en beslist over de goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4. Het agentschap kan aan de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, advies vragen over de aanvraag.

Het agentschap deelt zijn beslissing tot goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4, mee uiterlijk binnen dertig dagen na dag waarop het de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, heeft ontvangen.

§ 3. Bij wijzigingen van een van de gegevens, vermeld in paragraaf 1, derde lid, na de beslissing tot goedkeuring van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4, vervalt die beslissing tot goedkeuring van rechtswege en dient de softwareontwikkelaar in kwestie een nieuwe aanvraag tot attestering in.

§ 4. Na de goedkeuring van de organisatie van het attesteringstraject kan de softwareontwikkelaar in kwestie bij het agentschap een verzoek indienen om testen te organiseren.

De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, organiseert binnen negentig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek, vermeld in het eerste lid, heeft ontvangen, testen waarbij wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor de attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/221, § 1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

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

§ 5. De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, bezorgt het testrapport, vermeld in paragraaf 4, tweede lid, samen met een overeenstemmend advies aan het agentschap binnen honderdtwintig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek tot organisatie van testen conform paragraaf 4, eerste lid, heeft ontvangen.

Het agentschap attesteert de digitale applicatie of weigert de attestering van de digitale applicatie en brengt de aanvrager op de hoogte van die beslissing binnen vijftien dagen na de dag waarop het advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, heeft ontvangen conform het eerste lid.

De attesten die toegekend worden conform het tweede lid, zijn geldig voor tien jaar, met behoud van de toepassing van artikel 534/223.

§ 6. De termijnen, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, paragraaf 4, tweede lid, en paragraaf 5, eerste en tweede lid, worden geschorst als het agentschap of de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, aanvullende informatie vraagt aan de softwareontwikkelaar in kwestie.

De termijnen, vermeld in het eerste lid, lopen verder vanaf de dag na de dag waarop het agentschap of de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, de bijkomende informatie heeft ontvangen conform het eerste lid.

§ 7. De softwareontwikkelaars die een digitale applicatie ontwikkelen, kunnen altijd een nieuwe aanvraag tot attestering indienen bij het agentschap.

Art. 534/223. § 1. Zolang het uitgereikte attest geldig is, wordt de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele en technische vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/221, § 1, eerste lid.

§ 2. Een softwareontwikkelaar met een geattesteerde digitale applicatie implementeert alle wijzigingen van de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/221, § 1, eerste lid, volgens het versiebeleid van het digitale platform Vlaamse sociale bescherming.

Een softwareontwikkelaar die op eigen initiatief wijzigingen aanbrengt aan de geattesteerde digitale applicatie met een impact op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/221, § 1, eerste lid, brengt het agentschap daarvan op de hoogte. In die melding aan het agentschap geeft de softwareontwikkelaar een beschrijving van de wijzigingen van de geattesteerde digitale applicatie.

§ 3. Als er wijzigingen worden aangebracht aan de geattesteerde digitale applicatie conform paragraaf 2 die een impact hebben op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/221, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, beslissen om bijkomende toelichtingen op te vragen bij de gemelde wijzigingen of om nieuwe testen op te leggen voor de digitale applicatie.

§ 4. Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer voldoet aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/221, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/221, § 3, beslissen om nieuwe testen te organiseren. Afhankelijk van het resultaat van de testen kan het agentschap, na eensluidend advies van de voormelde groep van onafhankelijke experts, beslissen om de attestering te bevestigen of in te trekken.

Art. 534/224. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit deel, worden bekendgemaakt op de website van het agentschap met vermelding van de geldigheidstermijn ervan.”.

**Art. 31.** In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt een boek 3/10, dat bestaat uit artikel 534/225 tot en met 534/247, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/10. Rolstoeladviesteams of gespecialiseerde rolstoeladviesteams

Deel 1. Tegemoetkomingen

TITEL 1. Tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport

Art. 534/225. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam ontvangt een forfaitaire tegemoetkoming van 306,71 euro voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport conform artikel 349/1 tot en met 353/1. De tegemoetkoming is bestemd voor de financiering van de loonkosten.

Er kan maar één tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport per dag en per gebruiker worden toegekend.

Er kan geen eigen bijdrage worden aangerekend aan de gebruiker.

Art. 534/226. Het bedrag, vermeld in artikel 534/225, eerste lid, wordt gekoppeld aan het spilindexcijfer 123,14 (basis = 2013).

Het bedrag wordt aangepast, conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het eerste lid, wordt berekend en toegepast conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

TITEL 2. Tegemoetkoming in reiskosten voor gebruikers die worden vervoerd in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel

Art. 534/227. Voor het vervoer van een gebruiker naar het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam en terug wordt een tegemoetkoming in reiskosten toegekend als voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

1° de gebruiker komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport op dezelfde dag;

2° de gebruiker kan wegens de aard en de ernst van zijn aandoening alleen worden vervoerd in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel;

3° de gebruiker wordt niet in zijn werkelijke verblijfplaats onderzocht.

Er kan maar één tegemoetkoming in reiskosten als vermeld in het eerste lid, per dag en per gebruiker, worden toegekend.

Art. 534/228. Als de gebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming 0,30 euro per kilometer.

Als de gebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming:

1° een bedrag voor het traject tot en met de vijfde kilometer;

2° een bedrag per kilometer vanaf de zesde kilometer.

Als de gebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder, die een subsidie ontvangt die zijn personeelskosten dekt, in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming:

1° een bedrag voor het traject tot en met de vijfde kilometer;

2° een bedrag per kilometer vanaf de zesde kilometer.

De minister bepaalt de bedragen, vermeld in het tweede lid, 1° en 2°, en het derde lid, 1° en 2°, op basis waarvan het bedrag van de tegemoetkoming in reiskosten wordt bepaald.

De minister kan een plafond bepalen voor het bedrag van de tegemoetkoming in reiskosten.

Art. 534/229. Het aantal kilometer dat in aanmerking komt voor de berekening van de tegemoetkoming in reiskosten, wordt bepaald door de afstand tussen de werkelijke verblijfplaats van de gebruiker en de locatie waar het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam gevestigd is, heen en terug.

Voor de toepassing van dit artikel bepaalt de zorgkas de afstand met behulp van een digitale routeplanner. De afstand wordt afgerond tot het dichtstbijzijnde natuurlijke getal.

De professionele vervoerder kan altijd aantonen welke methode is gekozen om de afstand te berekenen.

Als de gebruiker of de professionele vervoerder de afstand die de zorgkas heeft bepaald, betwist, wordt dat gemeld aan de zorgkas. De zorgkas onderzoekt en beslist op basis van de aangeleverde argumenten welke afstand in rekening wordt gebracht.

Art. 534/230. De tegemoetkoming in reiskosten, vermeld in artikel 534/227, is afhankelijk van de voorafgaande goedkeuring van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten. Die goedkeuring wordt verleend conform de aanvraagprocedure, vermeld in boek 3/10, deel 2.

Art. 534/231. Als de gebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt de tegemoetkoming in reiskosten, vermeld in artikel 534/227, toegekend aan de gebruiker. Die tegemoetkoming wordt door de zorgkas toegekend aan de gebruiker op basis van de goedgekeurde aanvraag tot opmaak van een rolstoeladviesrapport, waarbij de aanvraag is gevoegd van de tegemoetkoming in reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 534/227.

Als de gebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder, wordt de tegemoetkoming in reiskosten, vermeld in artikel 534/227, toegekend aan de vervoerder. Die tegemoetkoming wordt door de zorgkas toegekend aan de vervoerder op basis van een factuur die de vervoerder bezorgt aan de zorgkas.

De professionele vervoerder mag geen extra vergoedingen of andere kosten aanrekenen aan de gebruiker of aan de zorgkas dan de vergoeding, vermeld in artikel 534/227.

Art. 534/232. De bedragen, vermeld in artikel 534/228, worden, tenzij het anders vermeld is, gekoppeld aan het spilindexcijfer 123,14 (basis 2013=100).

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

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het tweede lid, wordt berekend en toegepast conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

## Deel 2. Aanvraagprocedure

Art. 534/233. In dit deel wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/244, van de tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag wordt gevoegd van de tegemoetkoming in reiskosten voor vervoer van en naar het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam, in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 534/227;

2° ontvangstdatum: de datum waarop de kennisgeving van de ontvangst van de volledige aanvraag wordt verstuurd. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als alle onderdelen, vermeld in artikel 534/237, volledig zijn conform het voormelde artikel.

Art. 534/234. Een tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport kan alleen worden toegekend als de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, de aangevraagde tegemoetkoming heeft goedgekeurd.

Art. 534/235. Het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam waartoe de gebruiker zich wendt, verstuurt de aanvraag rechtstreeks naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, binnen een termijn van dertig dagen vanaf de dag waarop het onderzoek voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport is uitgevoerd.

De aanvraag wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/244.

Art. 534/236. Er wordt geen tegemoetkoming toegekend voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport als het onderzoek vroeger dan dertig dagen voor de ontvangstdatum van de aanvraag is uitgevoerd.

Als de termijn, vermeld in het eerste lid, wordt overschreden, bevat de aanvraag een duidelijke en expliciete motivering voor de afwijking, waarbij het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam aantoont of beschrijft welke specifieke omstandigheden de afwijking verantwoorden.

Art 534/237. Het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam stelt de aanvraag op. De aanvraag bevat minstens de volgende informatie:

1° administratieve informatie over de gebruiker en het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam:

a) de voor- en achternaam en het INSZ-nummer van de gebruiker;

b) de gegevens van het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam, namelijk:

1) de naam;

2) het RIZIV-nummer;

3) het HCO-nummer;

4) het rekeningnummer;

5) de contactgegevens van de contactpersoon voor het dossier, namelijk de naam, het telefoonnummer en het mailadres;

2° de geïnformeerde toestemming van de gebruiker met de aanvraag;

3° de datum waarop het onderzoek voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport is uitgevoerd;

4° de vermelding of de mobiliteitsbeperking van de gebruiker te wijten is aan een ongeval;

5° in voorkomend geval, de gegevens over de aanvraag van een tegemoetkoming in reiskosten:

a) het type vervoer;

b) in voorkomend geval de werkelijke verblijfplaats van de gebruiker;

c) het medische verslag en de datum waarop het medische verslag is opgemaakt;

d) een verklaring op erewoord van een arts dat de gebruiker in zijn rolstoel moet worden vervoerd;

e) het RIZIV-nummer en de naam van de arts, vermeld in punt d);

6° in voorkomend geval, de motivering, vermeld in artikel 534/236, tweede lid.

Art. 534/238. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, controleert al de volgende elementen:

1° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

2° de naleving van de voorwaarde, vermeld in artikel 534/225, tweede lid;

3° de volledigheid van de meegedeelde gegevens;

4° hetzij de termijn, vermeld in artikel 534/236, eerste lid, hetzij de motivering van de afwijking van de voormelde termijn conform artikel 534/236, tweede lid.

De zorgkas vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de gebruiker of het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam.

Een positief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot goedkeuring van de aanvraag.

Een negatief resultaat van de controle, vermeld in het eerste lid, leidt tot de beslissing tot weigering van de aanvraag.

Als uit de controle, vermeld in het eerste lid, 2°, blijkt dat de voorwaarde, vermeld in artikel 534/225, tweede lid, niet is nageleefd, wordt de aanvraag met de laatste ontvangstdatum geweigerd.

Art. 534/239. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de beslissing tot goedkeuring of weigering van de aanvraag aan het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam en de gebruiker binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum.

De beslissingstermijn van de zorgkas wordt geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 534/238, tweede lid. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen.

Art. 534/240. Een a-posterioriconrole van de conformiteit van de gegevens die worden opgenomen in de aanvraag, vermeld in artikel 534/237, 1° en 5°, is mogelijk. De Zorgkassencommissie voert die controle uit op verzoek van het agentschap. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

Art. 534/241. De beslissing tot goedkeuring of weigering van de aanvraag van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bevat de volgende gegevens:

1° de goedkeuring of weigering;

2° in voorkomend geval de redenen van de weigering.

De zorgkas brengt het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/244.

De zorgkas deelt de beslissing tot goedkeuring van de aanvraag van de tegemoetkoming in reiskosten mee aan de gebruiker.

De zorgkas deelt de beslissing tot weigering van de aanvraag van de tegemoetkoming in reiskosten mee aan de gebruiker op om het even welke manier die toelaat de ontvangstdatum met zekerheid vast te stellen. Die kennisgeving bevat al de volgende elementen:

1° de redenen van de weigering conform artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;

2° de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin beroep moet worden aangetekend.

Deel 3. Facturatie

Art. 534/242. De tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport wordt via een trekkingsrecht van de gebruiker rechtstreeks uitbetaald aan het rolstoeladviessteam of het gespecialiseerde rolstoeladviessteam door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De zorgkas betaalt de tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport uiterlijk zes weken nadat ze de correcte en volledig ingevulde factuur ontvangen heeft.



De tegemoetkomingen voor reiskosten, vermeld in artikel 534/227, worden gefactureerd en uitbetaald conform de modaliteiten, zoals bepaald in artikel 534/231. De zorgkas betaalt de tegemoetkoming in reiskosten uiterlijk zes weken na de goedkeuring van de aanvraag, vermeld in artikel 534/234, eerste lid, of zes weken nadat ze de correcte en volledig ingevulde factuur, vermeld in artikel 534/231, tweede lid, ontvangen heeft.

De minister kan de modaliteiten van de betaling, vermeld in het eerste lid, bepalen.

Art. 534/243. § 1. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam valideert de facturen en stuurt ze elektronisch naar de zorgkassen via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/244.

Bij de facturen voegt het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam per gebruiker en per zorgkas de volgende gegevens:

1° de gegevens van de gebruiker;

2° de gegevens van het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam;

3° de gegevens van de zorgkas;

4° de prestatiecode voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport en de datum waarop het onderzoek voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport is uitgevoerd;

5° het bedrag van de tegemoetkoming voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport.

De facturen worden opgesteld conform de modellen en de facturatie-instructies die het agentschap bepaalt.

§ 2. Door de indiening van de facturen via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/244, voldoen de correcte en volledig ingevulde facturen aan de functionele vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid conform de geldende privacyregels.

§ 3. Het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam bezorgt de facturen maandelijks per zorgkas en uiterlijk tot 24 maanden na de datum van het onderzoek voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport, met behoud van de toepassing van de gevallen waarin de verjaring wordt geschorst of gestuit. Het recht op stuiten van de verjaring wordt aangetoond met een aangetekende brief die gericht is aan de zorgkas.

#### Deel 4. Software

Art. 534/244. § 1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 534/233, 1° en 2°, artikel 534/235, tweede lid, artikel 534/241, tweede lid, en artikel 534/243, § 1, eerste lid, en § 2, voldoet aan de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid die de minister bepaalt, na advies van een groep van onafhankelijke experts.

Het agentschap staat in voor de attestering van de digitale applicaties die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid.

§ 2. Rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams die niet gebruikmaken van een digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, kunnen de aanvragen, vermeld in artikel 534/237, niet indienen bij de zorgkassen om tegemoetkomingen voor rolstoeladviesrapporten te krijgen, en kunnen niet factureren aan de zorgkassen conform artikel 534/243.

§ 3. De experts, vermeld in paragraaf 1, worden aangewezen door het agentschap in overleg met de betrokken beroepsorganisaties. De minister kan nadere regels bepalen voor de samenstelling en de werking van de groep van onafhankelijke experts.

Art. 534/245. § 1. De softwareontwikkelaars dienen de aanvragen tot attestering als vermeld in artikel 534/244, § 1, tweede lid, in bij het agentschap.

De gedagtekende en ondertekende aanvraag wordt ingediend met een formulier waarvan het agentschap het model vastlegt.

Het formulier, vermeld in het tweede lid, bevat al de volgende gegevens:

1° de identificatiegegevens van de aanvrager;

2° de beschrijving van de maatregelen inzake gegevensbescherming en informatieveiligheid;

3° de beschrijving van de architecturale structuur van het pakket;

4° de technische specificaties die toelaten de mogelijkheid tot koppeling met het digitale platform Vlaamse sociale bescherming te beoordelen.

§ 2. Het agentschap beoordeelt de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, en beslist tot de goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject. Het agentschap kan aan de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/244, § 3, advies vragen over de aanvraag.

Het agentschap deelt zijn gemotiveerde beslissing tot goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject mee uiterlijk binnen dertig dagen na de dag waarop het de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, heeft ontvangen.

§ 3. Bij wijzigingen van een van de elementen, vermeld in paragraaf 1, derde lid, na de beslissing tot goedkeuring van de organisatie van het attesteringstraject, vervalt die beslissing tot goedkeuring van rechtswege en dient de softwareontwikkelaar in kwestie een nieuwe aanvraag tot attestering in.

§ 4. Na de goedkeuring van de organisatie van het attesteringstraject kan de softwareontwikkelaar in kwestie bij het agentschap een verzoek indienen tot organisatie van testen.

De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/244, § 3, organiseert binnen een termijn van negentig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek, vermeld in het eerste lid, heeft ontvangen, testen waarbij wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor de attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/244, § 1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

De minister kan nadere regels bepalen over de organisatie van de testen, vermeld in het tweede lid.

§ 5. De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/244, § 3, bezorgt het testrapport, vermeld in paragraaf 4, tweede lid, samen met een overeenstemmend advies aan het agentschap binnen honderdtwintig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek tot de organisatie van testen conform paragraaf 4, eerste lid, heeft ontvangen.

Het agentschap attesteert de digitale applicatie of weigert de attestering van de digitale applicatie en brengt de aanvrager op de hoogte van die beslissing binnen vijftien dagen na de dag waarop het het advies van de groep van onafhankelijke experts heeft ontvangen conform het eerste lid.

De attesten die toegekend worden conform het tweede lid, zijn geldig voor tien jaar, met behoud van de toepassing van artikel 534/246.

§ 6. De termijnen, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, paragraaf 4, tweede lid, en paragraaf 5, eerste en tweede lid, worden geschorst als het agentschap of de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/244, § 3, bijkomende informatie vraagt aan de softwareontwikkelaar.

De termijnen, vermeld in het eerste lid, lopen verder vanaf de dag na de dag waarop het agentschap of de groep van onafhankelijke experts de bijkomende informatie heeft ontvangen conform het eerste lid.

§ 7. De softwareontwikkelaars die een digitale applicatie ontwikkelen, kunnen altijd een nieuwe aanvraag tot attestering indienen bij het agentschap.

Art. 534/246. § 1. Zolang het uitgereikte attest geldig is, wordt de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/244, § 1, eerste lid.

§ 2. Een softwareontwikkelaar met een geattesteerde digitale applicatie implementeert alle wijzigingen van de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/244, § 1, volgens het versiebeleid van het digitale platform Vlaamse sociale bescherming.

Een softwareontwikkelaar die op eigen initiatief wijzigingen aanbrengt aan de geattesteerde digitale applicatie met een impact op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid als vermeld in artikel 534/244, § 1, eerste lid, brengt het agentschap daarvan op de hoogte. In die melding aan het agentschap geeft de softwareontwikkelaar een beschrijving van de wijzigingen van de geattesteerde digitale applicatie.

§ 3. Als er wijzigingen worden aangebracht aan de geattesteerde digitale applicatie conform paragraaf 2, met een impact op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid als vermeld in artikel 534/244, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/244, § 3, beslissen om bijkomende toelichtingen op te vragen bij de gemelde wijzigingen of om nieuwe testen op te leggen voor de digitale applicatie.

§ 4. Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer voldoet aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/244, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/244, § 3, beslissen om nieuwe testen te organiseren. Afhankelijk van het resultaat van de testen kan het agentschap, na eensluidend advies van de voormelde groep van onafhankelijke experts, beslissen om de attestering te bevestigen of in te trekken.

Art. 534/247. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit deel, worden bekendgemaakt op de website van het agentschap met vermelding van de geldigheidstermijn ervan.”.

*HOOFDSTUK 2. Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging*

**Art. 32.** Artikel 1/1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 juni 2022 en vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt opgeheven.

**Art. 33.** In deel 1 van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt titel 2, die bestaat uit artikel 2 en 3, opgeheven.

**Art. 34.** Artikel 4, 5 en 6 van hetzelfde besluit worden opgeheven.

**Art. 35.** In deel 1 van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt titel 4, die bestaat uit artikel 14 tot en met 68, opgeheven.

**Art. 36.** In deel 4 van hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt titel 1, die bestaat uit artikel 157 tot en met 190, opgeheven, wat betreft de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.90.

**Art. 37.** In deel 4 van het hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 8 september 2023, wordt titel 2, die bestaat uit artikel 191 tot en met 238, opgeheven.

**Art. 38.** In artikel 278 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden “de minister” vervangen door de woorden “het agentschap”;

2° in het tweede lid, 4°, wordt het getal “322” vervangen door de zinsnede “534/198 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

**Art. 39.** In artikel 279 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, tweede lid, worden de woorden “binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag” opgeheven;

2° paragraaf 2 wordt vervangen door wat volgt:

“ § 2. Het agentschap kan advies vragen aan de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van de aanvraag.”.

**Art. 40.** In artikel 280 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 12 mei 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden “vraagt de administratie advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie” vervangen door de woorden “kan de administratie advies vragen aan de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie”;

2° het tweede lid wordt opgeheven.

**Art. 41.** Artikel 281, 282 en 283 van hetzelfde besluit worden opgeheven.

**Art. 42.** In artikel 284 van hetzelfde besluit wordt de inleidende zin vervangen door wat volgt:

“Bij het opstellen van een advies kan de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie”.

**Art. 43.** Artikel 285 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 285. Als er geen advies als vermeld in artikel 280, is gegeven, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap”.

**Art. 44.** In artikel 286 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt de zinsnede “rekening houden met het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 281, of een of de beide van de adviezen, vermeld in artikel 283” vervangen door de woorden “rekening houden met het advies van de Expertencommissie of van de sectorale adviescommissie in kwestie”;

2° het tweede en derde lid worden vervangen door wat volgt:

“Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister.

Bij het advies van het agentschap wordt, in voorkomend geval, het advies van de Expertencommissie of van de sectorale adviescommissie in kwestie gevoegd”.

**Art. 45.** Artikel 287 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 287. In het kader van de adviesopdracht, vermeld in artikel 286, kan het agentschap:

1° aanvullende inlichtingen inwinnen bij de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie;

2° aanvullende inlichtingen inwinnen bij de aanvrager;

3° deskundigen raadplegen met een specifieke expertise op het vlak van het voorstel of de aanvraag”.

**Art. 46.** Artikel 288 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

**Art. 47.** Artikel 289 en 290 van hetzelfde besluit worden vervangen door wat volgt:

“Art. 289. De minister keurt de aanvraag goed of keurt de aanvraag af op basis van het advies van het agentschap en, in voorkomend geval, het advies van de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie.

Het agentschap deelt de beslissing van de minister mee aan de aanvrager met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de ontvangstdatum met zekerheid vast te stellen.

Art. 290. Als er conform artikel 280 advies is gevraagd aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie, worden de beslissingen van de minister, vermeld in artikel 289, ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie”.

**Art. 48.** In artikel 292, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 12 mei 2023, worden de woorden “de minister” vervangen door de woorden “het agentschap”.

**Art. 49.** In artikel 293 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, tweede lid, worden de woorden “binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag” opgeheven;

2° in paragraaf 2 worden de woorden “Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag vraagt de administratie advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie” vervangen door de zinsnede “De administratie kan over elke aanvraag die ontvankelijk is conform paragraaf 1, advies vragen aan de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie”.

**Art. 50.** Artikel 294 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

**Art. 51.** Artikel 295 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 295. Als er geen advies als vermeld in artikel 293, § 2, is gegeven, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap”.

**Art. 52.** In artikel 296 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt de zinsnede “het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 294” vervangen door de woorden “het advies van de Expertencommissie of van de sectorale adviescommissie in kwestie”;

2° het tweede lid wordt vervangen door wat volgt:

“Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister. Bij elk advies van het agentschap wordt, in voorkomend geval, het advies van de Expertencommissie of van de sectorale adviescommissie in kwestie gevoegd”.

**Art. 53.** Artikel 297 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

**Art. 54.** In artikel 299 van hetzelfde besluit wordt het tweede lid vervangen door wat volgt:

“Als er conform artikel 293, § 2, advies is gevraagd aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie, wordt de beslissing van de minister, vermeld in het eerste lid, ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie”.

**Art. 55.** In artikel 301 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

“Het agentschap kan advies vragen over het voornemen tot beëindiging van de overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie”;

2° in het tweede lid wordt tussen de woorden “de reactie en” en de woorden “het voorstel” de zinsnede “, in voorkomend geval,” ingevoegd.

**Art. 56.** Artikel 302 en 303 van hetzelfde besluit worden vervangen door wat volgt:

“Art. 302. De Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie stelt een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 301. De Expertencommissie of de sectorale adviescommissie bezorgt dat advies aan het agentschap.

Art. 303. Als er geen advies als vermeld in artikel 302, is gegeven, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.”.

**Art. 57.** In artikel 304 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden “de adviezen” vervangen door de woorden “het advies”;

2° in het eerste lid wordt de zinsnede “het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen,” vervangen door de zinsnede “, in voorkomend geval, het voorstel of de voorstellen”;

3° het tweede lid wordt vervangen door wat volgt:

“Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister. Bij elk advies van het agentschap worden, in voorkomend geval, het advies van de Expertencommissie of van de sectorale adviescommissie in kwestie en de reactie en, in voorkomend geval, het voorstel of de voorstellen, vermeld in artikel 300, § 2, gevoegd.”.

**Art. 58.** Artikel 305 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

**Art. 59.** In artikel 306, § 2, van hetzelfde besluit wordt het getal “322” vervangen door de zinsnede “321 van dit besluit en artikel 534/198 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

**Art. 60.** Artikel 307 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 307. Als er conform artikel 301 advies is gevraagd aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie, wordt de beslissing van de minister, vermeld in artikel 306, § 6, ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie in kwestie.”.

### HOOFDSTUK 3. Slotbepalingen

**Art. 61.** Aanvragen van tegemoetkomingen voor zorg in een initiatief van beschut wonen, met een ontvangstdatum vóór 1 januari 2024, worden verder behandeld met toepassing van de voorwaarden, vermeld in deel 1, titel 4, hoofdstuk 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 december 2023.

In het eerste lid wordt verstaan onder ontvangstdatum: de datum waarop de volledige aanvraag is ontvangen. Bij verzending met een aangetekende zending is dat de postdatum van de brief waarmee de volledige aanvraag is verzonden. Als de postdatum ontbreekt, is het de datum waarop de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is ingeschreven of aangesloten, een volledige aanvraag heeft ontvangen.

**Art. 62.** Beslissingen tot goedkeuring van tegemoetkomingen voor zorg in een initiatief van beschut wonen die vóór 1 januari 2024 zijn genomen door de betrokken verzekeringsinstelling met toepassing van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 december 2023, worden vanaf 1 januari 2024 uitgevoerd door de betrokken zorgkas.

**Art. 63.** De initiatieven van beschut wonen bezorgen tot en met 31 december 2025 de facturen aan de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft op prestaties die vóór 1 januari 2024 zijn geleverd. De facturen worden behandeld door de verzekeringsinstellingen conform het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 december 2023.

**Art. 64.** § 1. Een initiatief van beschut wonen dat, buiten zijn eigen wil om, niet beschikt over een operationele digitale applicatie als vermeld in artikel 534/189 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, en om die reden op 1 januari 2024 niet kan starten met de indiening van aanvragen conform artikel 534/180 van het voormelde besluit, en het versturen van de facturen conform artikel 534/186, § 2, van het voormelde besluit, kan bij het agentschap een uitzonderlijke aanvraag tot afwijking indienen.

De initiatieven van beschut wonen dienen de aanvragen tot afwijking, vermeld in het eerste lid, uiterlijk op 1 maart 2024 in.

§ 2. De afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, wordt door het initiatief van beschut wonen schriftelijk aan het agentschap bezorgd en er wordt een verklaring op erewoord bijgevoegd dat het initiatief van beschut wonen de aanvragen en facturatie via de digitale applicatie, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, niet kan uitvoeren.

Het agentschap kan bijkomende stukken opvragen ter staving van de afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1.

§ 3. Het agentschap beoordeelt de afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, en brengt het initiatief van beschut wonen in kwestie uiterlijk op 15 maart 2024 op de hoogte van zijn beslissing over de afwijkingsaanvraag.

§ 4. De initiatieven van beschut wonen die een uitzonderlijke aanvraag als vermeld in artikel 66, § 1, eerste lid, van dit besluit, hebben ingediend, kunnen geen uitzonderlijke aanvraag tot afwijking als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, indienen.

**Art. 65.** Voor de zorg die wordt verleend tijdens de periode van 1 januari 2024 tot en met 31 maart 2024, kunnen de initiatieven van beschut wonen die beschikken over een goedkeuring van een afwijking als vermeld in artikel 64 van dit besluit, de aanvragen, vermeld in artikel 534/180 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, in afwijking van artikel 534/177 van het voormelde besluit van 30 november 2018, versturen naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, nadat de zorg wordt verleend.

De initiatieven van beschut wonen dienen alle aanvragen, vermeld in het eerste lid, chronologisch in via de digitale applicatie, vermeld in artikel 534/189 van het voormelde besluit van 30 november 2018, binnen dertig dagen nadat de voormelde digitale applicatie operationeel is.

De initiatieven van beschut wonen factureren alle zorg, vermeld in het eerste lid, chronologisch via de digitale applicatie, vermeld in artikel 534/189 van het voormelde besluit van 30 november 2018, uiterlijk vanaf 1 april 2024.

Het agentschap bepaalt per initiatief van beschut wonen het voorschot voor elke maand binnen de periode, vermeld in het eerste lid, dat het initiatief van beschut wonen per zorgkas ontvangt met de volgende formule: 80% van een twaalfde van het jaarbudget 2024 van het respectieve initiatief van beschut wonen.

**Art. 66.** § 1. Een initiatief van beschut wonen kan bij het agentschap een uitzonderlijke aanvraag indienen om van de zorgkas een maandelijks voorschot te ontvangen voor de maanden januari, februari en maart 2024.

De initiatieven van beschut wonen dienen de aanvragen, vermeld in het eerste lid, uiterlijk in op 5 december 2023.

§ 2. De uitzonderlijke aanvraag, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, wordt door het initiatief van beschut wonen schriftelijk aan het agentschap bezorgd en er wordt een verklaring op erewoord bijgevoegd dat het initiatief van beschut wonen de aanvragen nog niet kan indienen conform artikel 534/180 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, en de facturen nog niet kan versturen conform artikel 534/186 van hetzelfde besluit.

Het agentschap kan bijkomende stukken opvragen ter verduidelijking van de afwijkingsaanvraag, vermeld in het eerste lid.

§ 3. Het agentschap beoordeelt de afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, en brengt het initiatief van beschut wonen in kwestie uiterlijk op 31 december 2023 op de hoogte van zijn beslissing over de afwijkingsaanvraag.

Het agentschap bepaalt per initiatief van beschut wonen het voorschot voor elke maand, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, dat het initiatief van beschut wonen per zorgkas ontvangt met de volgende formule: 50% van een twaalfde van het jaarbudget 2024 van het respectieve initiatief van beschut wonen.

§ 4. De initiatieven van beschut wonen die een uitzonderlijke aanvraag tot afwijking als vermeld in artikel 64 § 1, eerste lid, hebben ingediend, kunnen geen aanvraag als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, indienen.

**Art. 67.** Elke zorgkas verrekent de ontvangen individuele kostennota's die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/186, § 1, tweede tot en met 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, met de voorschotbedragen die aan het initiatief van beschut wonen betaald zijn.

De eerste individuele kostennota na de volledige verrekening van het voorschotbedrag, die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/186, § 1, tweede tot en met vierde lid, van het voormelde besluit, wordt door de zorgkas uitbetaald conform artikel 534/185 van het voormelde besluit.

De zorgkas kan vanaf de zevende week na de week waarin de zorgkas het laatste voorschot heeft betaald, eventuele niet-verrekenende voorschotten terugvorderen van het initiatief van beschut wonen.

Het agentschap is financieel verantwoordelijk voor de niet-verrekenende voorschotten, vermeld in het derde lid, die niet door de zorgkassen teruggevorderd kunnen worden bij het initiatief van beschut wonen.

**Art. 68.** In afwijking van artikel 534/174, tweede 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 wordt een aanvraag als volledig beschouwd als de onderdelen, vermeld in artikel 534/179, tweede lid, 1° en 3°, van het voormelde besluit, volledig zijn. Deel 2, vermeld in artikel 534/179, tweede lid, 2°, van het voormelde besluit, wordt bewaard door het initiatief van beschut wonen en hoeft niet via de digitale applicatie te worden bezorgd.

**Art. 69.** De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging bezorgt de facturen uiterlijk twee maanden na het overlijden van de gebruiker aan de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft op prestaties die vóór 1 januari 2024 zijn gestart. De facturen worden behandeld door de verzekeringsinstellingen conform het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 december 2023.

**Art. 70.** § 1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die, buiten zijn eigen wil om, niet beschikt over een operationele digitale applicatie als vermeld in artikel 534/221 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, en om die reden op 1 januari 2024 niet kan starten met de indiening van aanvragen conform artikel 534/213 van het voormelde besluit, en het versturen van de facturen conform artikel 534/219, § 2, van het voormelde besluit, kan bij het agentschap een uitzonderlijke aanvraag tot afwijking indienen.

De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging dienen de aanvragen tot afwijking, vermeld in het eerste lid, uiterlijk op 1 maart 2024 in.

§ 2. De afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, wordt door de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging schriftelijk aan het agentschap bezorgd en er wordt een verklaring op erewoord bijgevoegd dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging de aanvragen en facturatie via de digitale applicatie, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, niet kan uitvoeren.

Het agentschap kan bijkomende stukken opvragen ter staving van de afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1.

§ 3. Het agentschap beoordeelt de afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, en brengt de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in kwestie uiterlijk op 15 maart 2024 op de hoogte van zijn beslissing over de afwijkingsaanvraag.

**Art. 71.** Voor de begeleiding die wordt verleend tijdens de periode van 1 januari 2024 tot en met 31 maart 2024, kunnen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging die beschikken over een goedkeuring van een afwijking als vermeld in artikel 70 van dit besluit, de aanvragen, vermeld in artikel 534/212 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, in afwijking van artikel 534/210, eerste lid, van het voormelde besluit van 30 november 2018 naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, versturen nadat de zorg is verleend.

De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging dienen alle aanvragen, vermeld in het eerste lid, chronologisch in via de digitale applicatie, vermeld in artikel 534/221 van het voormelde besluit van 30 november 2018, binnen dertig dagen nadat de voormelde digitale applicatie operationeel is.

De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging factureren alle zorg, vermeld in het eerste lid, chronologisch via de digitale applicatie, vermeld in artikel 534/221 van het voormelde besluit van 30 november 2018, uiterlijk vanaf 1 april 2024.

Het agentschap bepaalt per multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging het voorschot voor elke maand, vermeld in het eerste lid, dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging per zorgkas ontvangt met de volgende formule: het gemiddelde van het aantal gefactureerde prestaties van de maanden januari, februari en maart 2021 en 2022, vermenigvuldigd met de forfaitprijs die respectievelijk van toepassing is in januari, februari en maart 2024.

**Art. 72.** Elke zorgkas verrekent de ontvangen individuele kostennota's die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/219, § 1, derde tot en met vijfde 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, met de voorschotbedragen die aan de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging betaald zijn.

De eerste individuele kostennota na de volledige verrekening van het voorschotbedrag, die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/219, § 1, derde tot en met vijfde lid, van het voormelde besluit, wordt door de zorgkas uitbetaald conform artikel 534/218 van het voormelde besluit.

De zorgkas kan vanaf de zevende week na de week waarin de zorgkas het laatste voorschot heeft betaald, eventuele niet-verrekenende voorschotten terugvorderen van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

Het agentschap is financieel verantwoordelijk voor de niet-verrekenende voorschotten, vermeld in het derde lid, die niet door de zorgkassen teruggevorderd kunnen worden bij de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

**Art. 73.** Als het onderzoek voor de opmaak van het rolstoeladviesrapport is uitgevoerd voor 1 januari 2024, worden de aanvraag van de tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag wordt gevoegd van de tegemoetkoming in reiskosten voor vervoer van en naar het rolstoeladviesteam of het gespecialiseerde rolstoeladviesteam, in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, en de facturatie behandeld volgens de regelgeving, procedures en formulieren die op 31 december 2023 gelden.

**Art. 74.** De diensten die conform artikel 75 of 110 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging een revalidatieovereenkomst 7.90.0, 7.90.1 of 7.90.2 hebben gesloten met de Vlaamse Regering voor het opstellen van rolstoeladviesrapporten, worden met ingang van 1 januari 2024 van rechtswege erkend als rolstoeladviesteam of gespecialiseerd rolstoeladviesteam conform artikel 358/9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

**Art. 75.** Artikel 9, 5°, 7°, 10° en 16°, artikel 52, 1° en 2°, artikel 74, 83, 84, 97, 1° en 3°, artikel 98 tot en met 103, artikel 110, 115 en 116 van het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming treden in werking op 1 januari 2024.

**Art. 76.** Artikel 61, 66, 68, 70, 72, 92, 106, 108 en 109 van hetzelfde decreet van 18 juni 2021 treden in werking op 1 januari 2024, wat de initiatieven van beschut wonen betreft.

**Art. 77.** Artikel 89 tot en met 91 van hetzelfde decreet van 18 juni 2021 treden in werking op 1 januari 2024, wat de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams betreft.

**Art. 78.** Artikel 92 van hetzelfde decreet van 18 juni 2021 treedt in werking op 1 januari 2024 voor de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen in de revalidatievoorzieningen, wat de initiatieven van beschut wonen en de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging betreft.

**Art. 79.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2024.

**Art. 80.** De Vlaamse minister, bevoegd voor de sociale bescherming, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 10 november 2023.

De minister-president van de Vlaamse Regering,  
J. JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,  
H. CREVITS

## TRADUCTION

## AUTORITE FLAMANDE

[C – 2023/48380]

**10 NOVEMBRE 2023. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant la réglementation relative à la protection sociale flamande et la réglementation de reprise en ce qui concerne les initiatives d'habitation protégée, les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs et les équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette****Fondement juridique**

Le présent arrêté est fondé sur :

- la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, article 20, modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;
- le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 34, alinéa 2, article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, article 37, § 1<sup>er</sup>, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 48, article 49, § 3, alinéa 3, inséré par le décret du 18 juin 2021, et § 5, article 50, alinéa 1<sup>er</sup>, modifié par les décrets des 18 juin 2021 et 24 juin 2022, alinéas 4 et 5, modifiés par le décret du 18 juin 2021, article 60, alinéas 2 et 3, insérés par le décret du 18 juin 2021, alinéa 4, et alinéa 5, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 74, alinéa 1<sup>er</sup>, remplacé par le décret du 18 juin 2021, article 108, § 2, alinéa 2, remplacé par le décret du 18 juin 2021, article 108, § 2, alinéas 3 et 4, insérés par le décret du 18 juin 2021, article 108, § 2, alinéa 5, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 109, article 111, alinéas 2 et 3, article 112, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, article 132, § 2, articles 154/1, 154/2, 154/4, et 154/7, alinéa 2, insérés par le décret du 18 juin 2021, article 154/15, alinéa 2, inséré par le décret du 18 juin 2021, 154/20, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 185, modifié par les décrets des 15 février 2019 et 18 juin 2021 ;
- le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, article 6, alinéa 1<sup>er</sup>, article 8, article 13, article 15, § 2, alinéa 2, article 18, alinéa 2, article 20, article 21, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, article 24, § 1<sup>er</sup>, article 25, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, article 42, alinéa 2, et alinéa 3, remplacé par le décret du 3 mai 2019, article 43, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, et § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, article 44, alinéas 2 et 3, article 46, alinéa 2, article 47, article 49, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 2, article 51, alinéas 8 et 9, article 75, § 2, article 78, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 2, article 80, alinéa 2, article 81, article 82, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, et § 2, et article 91, § 2 ;
- le décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande, article 117.

**Formalités**

Les formalités suivantes ont été remplies :

- le ministre flamand qui a la Politique budgétaire dans ses attributions a donné son accord le 13 juillet 2023 ;
- l'Autorité de protection des données a rendu l'avis n° 65/2023 le 8 septembre 2023 ;
- la Commission de contrôle flamande du traitement des données à caractère personnel a rendu l'avis n° 2023/102 le 12 septembre 2023 ;
- le Conseil d'État a rendu l'avis 74.556/3 le 26 octobre 2023, en application de l'article 84, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

**Initiateur**

Le présent arrêté est proposé par la ministre flamande du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille.

Après délibération,

LE GOUVERNEMENT FLAMAND ARRÊTE :

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande*

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 1<sup>er</sup>/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, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 juin 2022 et remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, est abrogé.

**Art. 2.** Dans l'article 44, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, du même arrêté, le membre de phrase « contrôle des structures de revalidation et des initiatives d'habitation protégée conformément aux articles 24 et 25 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, du contrôle des hôpitaux de revalidation, des structures de revalidation et des maisons de soins psychiatriques » est remplacé par le membre de phrase « contrôle des hôpitaux de revalidation, des structures de revalidation, des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée et des équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette ».

**Art. 3.** À l'article 88, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 26 novembre 2021, 10 juin 2022, 10 février 2023 et 8 septembre 2023, il est ajouté des points 6° à 8°, rédigés comme suit :

« 6° les prestations admises, facturées et demandées dans le cadre des initiatives d'habitation protégée ;

7° les prestations admises, facturées et demandées dans le cadre des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ;

8° les prestations admises, facturées et demandées dans le cadre des équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette. ».

**Art. 4.** Dans l'article 97 du même arrêté, les mots « jusqu'au » sont remplacés par les mots « jusqu'à cinq ans après le ».

**Art. 5.** Au livre 1<sup>er</sup>, partie 5, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est ajouté un titre 8, comportant les articles 111/32 à 111/39, rédigé comme suit :

« Titre 8. Initiatives d'habitation protégée

Art. 111/32. Afin d'introduire la demande d'intervention pour soins visée à l'article 534/179, l'utilisateur transmet son numéro NISS à l'initiative d'habitation protégée. L'initiative d'habitation protégée accède aux informations relatives à l'ensemble des aspects suivants au moyen du numéro NISS de l'utilisateur :

1° la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié ;

2° le statut d'assurance de l'utilisateur ;

- 3° les nom et prénom de l'utilisateur ;
- 4° la date de naissance de l'utilisateur ;
- 5° le sexe de l'utilisateur ;
- 6° la résidence principale de l'utilisateur ;
- 7° le cas échéant, la date de décès de l'utilisateur.

Art. 111/33. Afin d'introduire la demande d'intervention pour soins visée à l'article 534/156, l'initiative d'habitation protégée transmet à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié toutes les informations suivantes :

- 1° les coordonnées de l'initiative d'habitation protégée ;
- 2° la période d'accompagnement au sein de l'initiative d'habitation protégée pour laquelle la demande est introduite ;
- 3° le consentement éclairé de l'utilisateur conformément à l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 2° ;
- 4° le rapport médical du médecin traitant conformément à l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 3° ;
- 5° les nom et prénom et le numéro NISS de l'utilisateur.

Outre la consultation des informations visées à l'article 52, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins accident, pour l'application de l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence accède, pour l'application de l'article 11, 2°, et de l'article 36, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret précité, aux informations mentionnées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, au moyen du numéro NISS de l'utilisateur.

Art. 111/34. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la facturation par les initiatives d'habitation protégée conformément aux articles 534/185 à 534/188.

Art. 111/35. Les initiatives d'habitation protégée conservent les documents et données nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une durée minimale et maximale de dix ans, à moins que le présent arrêté ou une autre législation applicable ne prescrive une durée de conservation spécifique.

Art. 111/36. L'agence conserve les documents et données visés à l'article 111/35 jusqu'à trente ans après la fin de la demande en question ou jusqu'à cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/37. Les documents et données visés aux articles 111/35 et 111/36 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 111/38. Conformément à l'article 37, § 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, la Commission des caisses d'assurance soins a accès, pour les tâches qui lui ont été dévolues, aux données visées à l'article 111/32 et à l'article 111/33, alinéa 1<sup>er</sup>, du présent arrêté, à l'exception des données relatives à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Art. 111/39. Les données visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder sont celles visées à l'article 111/32, 2°, du présent arrêté. ».

**Art. 6.** Au livre 1<sup>er</sup>, partie 5, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est ajouté un titre 9, comportant les articles 111/40 à 111/47, rédigé comme suit :

« Titre 9. Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs

Art. 111/40. En vue d'introduire la demande d'intervention pour un accompagnement par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, visée à l'article 534/212, l'utilisateur transmet son numéro NISS à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs accède aux informations relatives à l'ensemble des aspects suivants au moyen du numéro NISS de l'utilisateur :

- 1° la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié ;
- 2° le statut d'assurance de l'utilisateur ;
- 3° les nom et prénom de l'utilisateur ;
- 4° la date de naissance de l'utilisateur ;
- 5° le sexe de l'utilisateur ;
- 6° la résidence principale de l'utilisateur ;
- 7° le cas échéant, la date de décès de l'utilisateur.

Art. 111/41. En vue d'introduire la demande d'indemnité forfaitaire unique visée à l'article 534/212, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs transmet à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié les informations suivantes :

- 1° les coordonnées de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;
- 2° la date de début de l'accompagnement ;
- 3° le rapport médical du médecin traitant conformément à l'article 534/212, 2° ;
- 4° les nom et prénom et le numéro NISS de l'utilisateur.

Outre la consultation des informations visées à l'article 52, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, accèdent, pour l'application de l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence, d'autre part, accède, pour l'application de l'article 11, 2°, et de l'article 36, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret précité, aux informations mentionnées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, au moyen du numéro NISS de l'utilisateur.

Art. 111/42. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la facturation par les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs conformément aux articles 534/218 à 534/220.

Art. 111/43. Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs conservent les documents et données nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une durée minimale de dix ans, à moins que le présent arrêté ou une autre législation applicable ne prescrive une durée de conservation spécifique.



Art. 111/44. L'agence conserve les documents et données visés à l'article 111/43 jusqu'à trente ans après la fin de la demande en question ou jusqu'à cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/45. Les documents et données visés aux articles 111/43 et 111/44 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 111/46. Conformément à l'article 37, § 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, la Commission des caisses d'assurance soins a accès, pour les tâches qui lui ont été dévolues, aux données visées à l'article 111/40 et à l'article 111/41, alinéa 1<sup>er</sup>, du présent arrêté, à l'exception des données relatives à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Art. 111/47. Les données visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder sont celles visées à l'article 111/40, 2<sup>o</sup>, du présent arrêté. ».

**Art. 7.** Au livre 1<sup>er</sup>, partie 5, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est ajouté un titre 10, comportant les articles 111/48 à 111/55, rédigé comme suit :

« Titre 10. Équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette

Art. 111/48. En vue d'introduire la demande d'intervention pour l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette, visée à l'article 534/237, à laquelle est jointe, le cas échéant, la demande de l'intervention dans les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 534/227, l'utilisateur transmet son numéro NISS à l'équipe d'avis ou à l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette accède aux informations relatives à l'ensemble des aspects suivants au moyen du numéro NISS de l'utilisateur :

- 1<sup>o</sup> la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié ;
- 2<sup>o</sup> le statut d'assurance de l'utilisateur ;
- 3<sup>o</sup> les nom et prénom de l'utilisateur ;
- 4<sup>o</sup> la date de naissance de l'utilisateur ;
- 5<sup>o</sup> le sexe de l'utilisateur ;
- 6<sup>o</sup> la résidence principale de l'utilisateur ;
- 7<sup>o</sup> le cas échéant, la date de décès de l'utilisateur.

Art. 111/49. En vue d'introduire la demande d'intervention pour l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette, visée à l'article 534/237, à laquelle est jointe, le cas échéant, la demande de l'intervention dans les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 534/227, l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette transmet à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié les informations suivantes :

- 1<sup>o</sup> les données de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, mentionnées à l'article 534/237, 1<sup>o</sup> ;
- 2<sup>o</sup> le consentement éclairé de l'utilisateur conformément à l'article 534/237, 2<sup>o</sup> ;
- 3<sup>o</sup> la date à laquelle a été pratiqué l'examen en vue de l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette, visée à l'article 534/237, 3<sup>o</sup> ;
- 4<sup>o</sup> l'indication que la limitation de la mobilité de l'utilisateur est due à un accident, visée à l'article 534/237, 4<sup>o</sup> ;
- 5<sup>o</sup> le cas échéant, les données relatives à la demande d'intervention dans les frais de déplacement, visée à l'article 534/237, 5<sup>o</sup> ;
- 6<sup>o</sup> le cas échéant, la motivation visée à l'article 534/236, alinéa 2 ;
- 7<sup>o</sup> les nom et prénom et le numéro NISS de l'utilisateur.

Outre la consultation des informations visées à l'article 52, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, accèdent, pour l'application de l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence, d'autre part, accède, pour l'application de l'article 11, 2<sup>o</sup>, et de l'article 36, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret précité, aux informations mentionnées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, au moyen du numéro NISS de l'utilisateur.

Art. 111/50. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la facturation par l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette conformément aux articles 534/242 et 534/243.

Art. 111/51. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette conserve les documents et données nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une durée minimale de dix ans, à moins que le présent arrêté ou une autre législation applicable ne prescrive une durée de conservation spécifique.

Art. 111/52. L'agence conserve les documents et données visés à l'article 111/51 jusqu'à trente ans après la fin de la demande en question ou jusqu'à cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/53. Les documents et données visés aux articles 111/51 et 111/52 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 111/54. Conformément à l'article 37, § 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, la Commission des caisses d'assurance soins a accès, pour les tâches qui lui ont été dévolues, aux données visées à l'article 111/48 et à l'article 111/49, alinéa 1<sup>er</sup>, du présent arrêté, à l'exception des données relatives à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Art. 111/55. Les données visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder sont celles visées à l'article 111/48, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, du présent arrêté. ».

**Art. 8.** Dans le livre 2, partie 2, titre 7, chapitre 2, du même arrêté, il est inséré un article 349/1 et un article 349/2, rédigés comme suit :

« Art. 349/1. Le rapport d'avis en matière de voiturette satisfait aux conditions suivantes :

1° il est rédigé de façon multidisciplinaire par une équipe d'avis ou une équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette avec interventions obligatoires d'un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ou d'un médecin spécialiste disposant d'un certificat complémentaire en réhabilitation pour les affections locomotrices et neurologiques et d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute ;

2° il est rédigé par une équipe d'avis ou une équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette sur la base d'un examen médical en vue de l'indication pour une aide à la mobilité, lors duquel l'utilisateur est présent en personne.

Art. 349/2. Le rapport d'avis en matière de voiturette contient les informations suivantes :

1° les données d'identification de l'utilisateur ;

2° le motif du renvoi vers l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ;

3° l'identification de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ;

4° le diagnostic et la situation médicale actuelle de l'utilisateur ;

5° le rapport de fonctionnement relatif à l'utilisation d'une aide à la mobilité ;

6° la conclusion et la proposition de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette. Si la proposition déroge à l'indication de la limitation fonctionnelle de la personne ayant besoin de soins, établie au moyen de la CIF, cette dérogation fait l'objet d'une justification supplémentaire ;

7° s'il s'agit de la demande d'une aide auprès de l'Agence flamande pour les Personnes handicapées (« Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap »), les données nécessaires dans le cadre de cette demande ;

8° la date à laquelle l'utilisateur a contacté l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette en lui demandant d'établir un rapport d'avis en matière de voiturette ;

9° la date des examens en vue de l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette ;

10° la date de la remise du rapport d'avis en matière de voiturette de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ;

11° la signature du médecin spécialiste et de l'ergothérapeute ou du kinésithérapeute de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette et de l'utilisateur ou de son représentant. ».

**Art. 9.** À l'article 350 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le membre de phrase « articles 258, 279 et 292 » est remplacé par le membre de phrase « articles 258, 279, 292, 349/1 et 349/2 » ;

2° l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit : « Au moment de l'introduction d'une demande d'intervention pour une aide à la mobilité, le rapport d'avis en matière de voiturette ne peut pas remonter à plus de douze mois. » ;

3° il est ajouté un alinéa 4, rédigé comme suit :

« Le rapport d'avis en matière de voiturette est dactylographié. ».

**Art. 10.** Dans l'article 351 du même arrêté, le membre de phrase « , à l'infirmier ou à l'assistant social » est inséré entre les mots « au médecin traitant » et les mots « de l'utilisateur ».

**Art. 11.** L'article 352 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 352. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette remet un rapport d'avis en matière de voiturette dans les cinquante jours ouvrables qui suivent le jour où l'utilisateur l'a contactée en lui demandant d'établir un rapport d'avis en matière de voiturette.

En cas de dépassement du délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette fournit une motivation claire et explicite de cette dérogation, par laquelle elle démontre ou décrit les circonstances spécifiques qui la justifient. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette conserve la motivation pendant une durée minimale de cinq ans. ».

**Art. 12.** Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est inséré un article 353/1, rédigé comme suit :

« Art. 353/1. Les examens d'indication sont pratiqués sur le site d'établissement de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, à moins que l'utilisateur ne soit dans l'impossibilité de s'y rendre ou que l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ne juge une visite à domicile nécessaire.

Durant l'examen d'indication d'une aide à la mobilité, les besoins des usagers sont dûment sondés et répertoriés de manière qualitative. Cet examen est intégralement finalisé en une seule séance.

Si, par dérogation à l'alinéa 2, l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette invite l'utilisateur pour une deuxième séance, les frais de déplacement sont à charge de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette concernée. ».

**Art. 13.** Dans le livre 2, partie 2, titre 7, chapitre 3, du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2019, il est inséré avant l'article 354 une section 1<sup>re</sup>, rédigée comme suit :

« Section 1<sup>re</sup>. Généralités ».

**Art. 14.** Dans le livre 2, partie 2, titre 7, chapitre 3, du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2019, il est inséré après l'article 354 une section 2, rédigée comme suit :

« Section 2. Agrément d'indicateurs en vue de l'établissement de prescriptions médicales ».

**Art. 15.** Les articles 356 et 357 du même arrêté, modifiés par l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2019, sont abrogés.

**Art. 16.** À l'article 358 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « indicateurs agréés conformément » sont remplacés par les mots « médecins visés » ;
- 2° à l'alinéa 2, le membre de phrase « indicateurs agréés conformément à l'article 356 » est remplacé par le membre de phrase « équipes d'avis en matière de voiturette agréées conformément à l'article 358/9 » ;
- 3° à l'alinéa 3, le membre de phrase « indicateurs agréés conformément à l'article 357 » est remplacé par le membre de phrase « équipes d'avis spécialisées en matière de voiturettes agréées conformément à l'article 358/9 ».

**Art. 17.** Au livre 2, partie 2, titre 7, chapitre 3, du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2019, il est ajouté une section 3, comportant les articles 358/1 à 358/17, rédigée comme suit :

« Section 3. Agrément d'équipes d'avis et d'équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette

Sous-section 1<sup>re</sup>. Missions et composition

Art. 358/1. Les missions des équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette sont les suivantes :

- 1° réaliser des indications dans le cadre des aides à la mobilité en vue de l'établissement des rapports d'avis en matière de voiturette visés à l'article 350 ;
- 2° concertation multidisciplinaire avec l'équipe qui effectue les indications ;
- 3° établir des rapports d'avis en matière de voiturette ;
- 4° traduire les rapports d'avis en matière de voiturette pour les usagers et pour les fournisseurs d'aides à la mobilité choisis par les usagers ;
- 5° traiter les demandes d'informations supplémentaires des caisses d'assurance soins ou de la Commission des caisses d'assurance soins.

Les équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette donnent la priorité au traitement des dossiers des usagers atteints d'une maladie dégénérative à évolution rapide telle que visée à l'article 277, § 1<sup>er</sup>.

Art. 358/2. Le service de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette répond aux conditions suivantes :

- 1° l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette garantit l'intégrité et la dignité humaine de l'utilisateur ;
- 2° l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette garantit à l'utilisateur le droit de plainte ;
- 3° l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette examine chaque demande, quelle que soit la maladie de l'utilisateur.

Art. 358/3. Une équipe d'avis en matière de voiturette se compose :

- 1° d'un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ;
- 2° d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute.

Art. 358/4. Une équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette se compose :

- 1° d'un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ou d'un médecin spécialiste disposant d'un certificat complémentaire en réhabilitation pour les affections locomotrices et neurologiques ;
- 2° d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute.

Art. 358/5. Les membres de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, respectivement visées à l'article 358/3 ou 358/4, participant à des formations utiles dans le cadre de l'établissement de rapports d'avis en matière de voiturette.

Au moins un membre de l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette participe aux formations obligatoires que l'agence organise pour eux.

Art. 358/6. En fonction de la demande, une équipe d'avis ou une équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette peut faire appel aux disciplines de la logopédie et de la psychologie clinique.

Lors de l'examen en vue de l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette, la présence d'un fournisseur d'aides à la mobilité ou d'autres personnes directement impliquées dans le processus de fourniture est interdite.

Sous-section 2. Reconnaissance

Art. 358/7. Un service peut être agréé en tant qu'équipe d'avis ou équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° le service est doté de la personnalité juridique ;
- 2° la personne morale a pour seul objet statutaire l'exploitation d'une ou de plusieurs structures de soins ;
- 3° le service s'engage à accomplir les missions visées à l'article 358/1 ;
- 4° le service est disposé à remplir les conditions visées à l'article 358/8.

Pour être agréé en tant qu'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, le service possède en outre une expérience avérée en matière de maladies dégénératives à évolution rapide.

Art. 358/8. Pour conserver l'agrément, l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette doit satisfaire à l'ensemble des conditions suivantes :

- 1° l'équipe d'avis en matière de voiturette satisfait de manière permanente aux conditions énoncées à l'article 358/7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° à 3°. L'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette satisfait de manière permanente aux conditions énoncées à l'article 358/7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° à 3°, et alinéa 2 ;
- 2° l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette satisfait aux conditions énoncées à l'article 352 et aux articles 358/1 à 358/5 ;
- 3° les rapports d'avis en matière de voiturette établis satisfont aux conditions énoncées aux articles 349/1, 349/2 et 350.

Si une équipe d'avis ou une équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ne satisfait plus aux conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, elle en avise immédiatement l'agence.

Art. 358/9. Le fonctionnaire dirigeant peut agréer des services en tant qu'équipe d'avis ou équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette.

Un agrément est valable pour une durée maximale de dix ans, qui peut être prolongée.

Art. 358/10. Un service qui désire être agréé en tant qu'équipe d'avis ou équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette introduit à cet effet une demande auprès de l'agence par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude.

Dans sa demande d'agrément, le service démontre qu'il satisfait aux conditions énoncées à l'article 358/7.

Art. 358/11. Une demande d'agrément n'est recevable que si elle contient les informations suivantes :

- 1° les données d'identification de la personne morale du demandeur ;
- 2° un renvoi à la publication des statuts du demandeur ou aux statuts proprement dits s'ils n'ont pas encore été publiés ;
- 3° une preuve que le demandeur satisfait aux conditions de composition énoncées à l'article 358/3 ou 358/4 au moyen de la liste des numéros d'agrément INAMI des membres de l'équipe ;
- 4° une description du profil des usagers de la future équipe d'avis ou équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ;
- 5° une projection du nombre escompté de rapports d'avis en matière de voiturette par an.

Le ministre détermine le formulaire à l'aide duquel une demande d'agrément est introduite.

Art. 358/12. Dans les trente jours de la réception de la demande d'agrément, l'agence notifie au demandeur si la demande est ou non recevable.

Dans le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence peut réclamer des informations manquantes auprès du demandeur. Dans ce cas, le délai est suspendu. Le délai recommence à courir le jour ouvrable qui suit le jour de la réception des informations manquantes par l'agence.

Art. 358/13. Dans les trente jours de la notification visée à l'article 358/12, alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence sollicite l'avis de la Commission consultative Aides à la mobilité au sujet de la demande.

La Commission consultative Aides à la mobilité transmet son avis à l'agence dans les quarante-cinq jours à compter du jour où elle a reçu la demande d'avis de l'agence.

Le fonctionnaire dirigeant décide dans les trente jours de la réception de l'avis au sujet de la demande.

Art. 358/14. § 1<sup>er</sup>. L'agence transmet la décision au sujet de l'agrément au demandeur dans les quinze jours de la date de la décision.

§ 2. Une intention de refus de l'agrément est communiquée au demandeur par lettre recommandée. L'intention contient :

- 1° la motivation, conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- 2° des explications sur la possibilité, les conditions et la procédure d'introduction d'une réclamation motivée auprès de l'agence.

Dans les deux mois de la date d'envoi de l'intention de refus de l'agrément visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le demandeur peut introduire une réclamation motivée auprès de l'agence.

La réclamation est traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats)-accueillants, la réclamation étant traitée, par dérogation à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté précité, par la chambre pour les structures de soins de santé.

Si le demandeur n'introduit pas de réclamation dans le délai visé à l'alinéa 2, la décision du fonctionnaire dirigeant de refuser l'agrément est communiquée au demandeur par envoi recommandé.

§ 3. La décision par laquelle l'agrément en tant qu'équipe d'avis ou équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette est accordé contient les données suivantes :

- 1° les coordonnées de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, à savoir :
  - a) le nom ;
  - b) le numéro INAMI ;
  - c) le numéro HCO ;
- 2° la date de prise d'effet et la durée de l'agrément.

La liste des équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette agréées est publiée sur le site web de l'agence.

Art. 358/15. Au plus tard six mois avant l'expiration de l'agrément en cours, l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette peut introduire une demande de prorogation de son agrément auprès de l'agence. La demande de prorogation de l'agrément contient les informations visées à l'article 358/11 si aucun changement n'est intervenu.

S'il est satisfait aux conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> et à l'article 358/8, l'agrément de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette est automatiquement prorogé de dix ans. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'agence communique à l'équipe d'avis ou à l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette une intention de refus de prorogation de l'agrément par lettre recommandée. L'article 358/14, § 2, s'applique par analogie.

Art. 358/16. § 1<sup>er</sup>. L'agence exprime l'intention de suspendre ou de retirer l'agrément si l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ne satisfait plus aux conditions pour conserver l'agrément énoncées à l'article 358/8.

§ 2. L'intention de suspension ou de retrait de l'agrément est communiquée à l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette par lettre recommandée. L'intention contient :

- 1° la motivation, conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;

2° des explications sur la possibilité, les conditions et la procédure d'introduction d'une réclamation motivée auprès de l'agence.

Dans les deux mois de la date d'envoi de l'intention de suspension ou de retrait de l'agrément visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette peut introduire une réclamation motivée auprès de l'agence.

La réclamation est traitée conformément aux articles 6 à 22 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 juillet 2013 concernant la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-)accueillants, la réclamation étant traitée, par dérogation à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté précité, par la chambre pour les structures de soins de santé.

Si l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette n'introduit pas de réclamation dans le délai visé à l'alinéa 2, la décision du fonctionnaire dirigeant de suspendre ou de retirer l'agrément est communiquée à l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette par envoi recommandé.

§ 3. La décision de suspension mentionne la date de début, la période de la suspension et les conditions à remplir pour annuler la suspension.

Le fonctionnaire dirigeant fixe la durée de la suspension. Cette durée ne peut pas excéder trois mois. À la demande motivée de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, cette durée peut être prolongée une seule fois de trois mois maximum. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette transmet cette demande à l'agence par envoi recommandé au moins trente jours avant l'expiration de la durée initiale de suspension.

§ 4. Si toutes les normes d'agrément n'ont pas encore été remplies à l'expiration de la durée de suspension, la procédure de retrait de l'agrément est engagée.

§ 5. La décision de retrait de l'agrément prend effet à la date indiquée dans la décision.

Art. 358/17. Le fonctionnaire dirigeant peut retirer l'agrément si l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette en fait valablement la demande par recommandé ou contre accusé de réception. La décision du fonctionnaire dirigeant est transmise à l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette par recommandé avec accusé de réception dans les trois mois de l'introduction de la demande.

L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette informe l'agence de son intention de cesser volontairement ses activités, au moins trois mois avant sa cessation volontaire, en précisant la date de prise d'effet de cette décision. ».

**Art. 18.** Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est inséré un article 381/1, rédigé comme suit :

« Art. 381/1. À la demande du fonctionnaire dirigeant, la Commission consultative Aides à la mobilité rend un avis sur les demandes d'agrément visées à l'article 358/10. ».

**Art. 19.** À l'article 391 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit :

« § 2. L'agence vérifie si les indications sont délivrées en temps utile à l'utilisateur.

Un indicateur ne délivre pas l'indication en temps utile dans les cas suivants :

1° l'indication n'intervient pas dans le délai visé à l'article 352, alinéa 1<sup>er</sup> ;

2° le délai visé à l'article 352, alinéa 1<sup>er</sup>, a été dépassé et l'indicateur n'a pas fourni de motivation de cette dérogation conformément à l'article 352, alinéa 2, ou la motivation ne démontre pas à suffisance les circonstances spécifiques qui la justifient. » ;

2° dans le paragraphe 3, les mots « fixe les modalités » sont remplacés par les mots « peut arrêter les modalités ».

**Art. 20.** L'article 392 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 392. S'il ressort des contrôles visés à l'article 391, § 1<sup>er</sup>, ou des plaintes d'utilisateurs qu'un indicateur applique incorrectement l'indication ou s'il est établi qu'un indicateur applique incorrectement l'indication de façon récurrente, la Commission des caisses d'assurance soins ou la caisse d'assurance soins en avise l'agence. ».

**Art. 21.** L'article 393 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 393. Si l'agence constate par elle-même ou à la suite de plaintes d'utilisateurs ou de caisses d'assurance soins que, durant une année civile et pour au moins vingt indications durant cette année civile, un indicateur applique incorrectement l'indication dans plus de 10 % des dossiers contrôlés ou ne délivre pas les indications en temps utile dans plus de 10 % des dossiers contrôlés ou s'il est établi durant l'année qu'un indicateur applique incorrectement l'indication de façon récurrente ou manifeste, le fonctionnaire dirigeant informe l'indicateur de ces constatations par lettre recommandée et lui demande un plan de remédiation.

Le fonctionnaire dirigeant fixe le délai dans lequel le plan de remédiation doit être déposé et mis en œuvre et peut, en fonction des circonstances concrètes, déterminer les mesures minimales que doit inclure le plan de remédiation. ».

**Art. 22.** À l'article 394 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit :

« § 1<sup>er</sup>. Si le plan de remédiation visé à l'article 393 n'est pas soumis ou mis en œuvre dans les délais ou s'il apparaît, dans les deux ans de la mise en œuvre du plan de remédiation, que l'indicateur applique incorrectement les indications de façon récurrente ou manifeste ou ne les délivre pas en temps utile, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut infliger une amende administrative par lettre recommandée. » ;

2° dans le paragraphe 2, les mots « dans les deux mois qui suivent » sont remplacés par les mots « dans le mois » ;

3° il est ajouté un paragraphe 3, rédigé comme suit :

« § 3. En cas de négligence grave de l'indicateur, la décision d'infliger une amende administrative peut s'accompagner de l'intention de suspendre ou de retirer l'agrément de l'indicateur. Le fonctionnaire dirigeant exprime l'intention de suspendre ou de retirer l'agrément de l'indicateur par lettre recommandée.

La lettre recommandée visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> contient également la possibilité d'introduire une réclamation motivée auprès de l'agence conformément à l'article 396. ».

**Art. 23.** Dans l'article 395 du même arrêté, l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit :

« S'il apparaît, dans les deux ans de l'imposition d'une amende administrative visée à l'article 394, § 1<sup>er</sup>, que l'indicateur concerné applique incorrectement les indications de façon récurrente ou manifeste ou ne les délivre pas en temps utile, le fonctionnaire dirigeant de l'agence peut exprimer par lettre recommandée l'intention de suspendre ou de retirer l'agrément de l'indicateur. ».

**Art. 24.** À l'article 396 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, le membre de phrase « à l'article 394, § 3, et » est inséré entre le mot « conformément » et le membre de phrase « à l'article 395 » ;

2° dans le paragraphe 2, alinéa 2, les mots « ne peut accepter aucune nouvelle demande d'indication » sont remplacés par les mots « ne peut pas réaliser de nouvelles indications ».

**Art. 25.** Dans l'article 534/52, 2°, du même arrêté, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, les mots « un séjour dans une structure de revalidation » sont remplacés par les mots « pour l'utilisation d'une structure de revalidation ou pour un séjour dans celle-ci ».

**Art. 26.** Dans l'article 534/93/1 du même arrêté, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le membre de phrase « ou du champ d'application visé à l'article 1<sup>er</sup>/1 de l'arrêté du 7 décembre 2018 » est chaque fois abrogé.

**Art. 27.** Dans les articles 534/94 et 534/95 du même arrêté, remplacés par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le membre de phrase « ou du champ d'application visé à l'article 1<sup>er</sup>/1 de l'arrêté du 7 décembre 2018 » est chaque fois abrogé.

**Art. 28.** Dans l'article 534/97 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le membre de phrase « ou du champ d'application visé à l'article 1<sup>er</sup>/1 de l'arrêté du 7 décembre 2018 » est chaque fois abrogé.

**Art. 29.** Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est inséré un livre 3/8, comportant les articles 534/170 à 534/192, rédigé comme suit :

« Livre 3/8. Initiatives d'habitation protégée

Partie 1<sup>re</sup>. Financement

Art. 534/170. § 1<sup>er</sup>. Par initiative d'habitation protégée agréée, un prix par journée de séjour est fixé par usager de soins tel que visé dans la capacité d'accompagnement. Dans une initiative d'habitation protégée, le prix par journée de séjour est égal à la somme des indemnités visées au paragraphe 2 divisée par le quota de journées de séjour.

Le quota de journées de séjour est égal au nombre de journées facturées pendant lesquelles la capacité d'accompagnement était effectivement remplie durant l'année civile précédente.

À titre provisoire, on considère une occupation de 100 %.

Le calcul définitif s'effectue par le biais d'un montant de rattrapage qui est appliqué à la somme des indemnités de l'année suivante.

§ 2. Par initiative d'habitation protégée agréée, les indemnités suivantes sont octroyées :

1° une indemnité pour les frais de personnel : 9.996,76 euros par usager de soins pour deux tiers du nombre d'usagers de soins et 13.329,04 euros par usager de soins pour un tiers du nombre d'usagers de soins ;

2° une indemnité pour les frais de fonctionnement liés à l'accompagnement : 775,54 euros par usager de soins ;

3° une indemnité pour les frais du complément de fonction du coordinateur : chaque année, un montant brut de 1.613,12 euros pour une prime de coordination annuelle pour le coordinateur ;

4° une indemnité pour la fonction de psychiatre coordinateur :

a) 11.054,23 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 20 usagers de soins maximum ;

b) 18.423,75 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 40 usagers de soins maximum ;

c) 22.108,49 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 60 usagers de soins maximum ;

d) 25.793,27 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 80 usagers de soins maximum ;

e) 29.478,02 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 100 usagers de soins maximum ;

f) 33.162,76 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de plus de 100 usagers de soins ;

5° une indemnité pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum : 3.494,34 euros par initiative d'habitation protégée, augmentés de 69,87 euros par usager de soins ;

6° une indemnité unique d'installation de 2.088,01 euros par usager de soins supplémentaire après élargissement par l'agence de la capacité d'accompagnement d'une initiative d'habitation protégée agréée ;

7° une indemnité pour les mesures de fin de carrière :

a) pour l'application de ce point 7°, on entend par :

1) mesures de fin de carrière : les mesures prises dans l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

2) membres du personnel : le personnel infirmier et le personnel soignant visés à l'article 8, 7° et 8°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Par personnel soignant, on entend : les travailleurs qui bénéficient de l'échelle de traitement correspondante.

S'y ajoutent :

a. les infirmiers sociaux ;

b. les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens ;

c. les éducateurs et accompagnants intégrés dans les équipes de soins ;

d. les assistants sociaux et assistants en psychologie occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

e. les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

f. les assistants en logistique ;

g). les personnes visées par les articles 152 et 153 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

La description des professions fait référence à la fonction réellement exercée ;

3) période d'absence justifiée : les journées ou les heures non prestées, mais assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles donnent lieu au paiement d'une rémunération par l'institution. Y sont également incluses les journées où le membre du personnel est mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'invalidité.

b) en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière, les principes suivants s'appliquent :

1) les initiatives d'habitation protégée ont droit à une intervention financière annuelle en compensation des mesures de dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, telle qu'elle est prévue dans l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, pour autant qu'elles soient soumises à l'application d'une convention collective de travail conclue au sein de la commission paritaire compétente ou de protocoles d'accord conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités ;

2) l'intervention financière couvre uniquement les avantages prévus dans le présent arrêté et n'est possible que si la convention collective de travail ou le protocole d'accord prévoit les avantages suivants et si les membres du personnel concernés bénéficient effectivement de ces avantages :

i) les membres du personnel à temps plein qui ont atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans ont droit respectivement à une dispense de leurs prestations de travail de 96 heures, 192 heures ou 288 heures payées par an, octroyée sous la forme de journées entières. Cette dispense entre en vigueur à partir du premier jour du mois au cours duquel les limites d'âge respectives précitées sont atteintes. Les praticiens de l'art infirmier peuvent également opter pour le maintien des prestations assorti d'une prime de respectivement 5,26 %, 10,52 % ou 15,78 %, calculée sur leur salaire à temps plein. En cas de combinaison d'options à partir de l'âge de 50 ans, l'intervention est octroyée sur la base d'une répartition en tranches complètes de 2 heures ;

ii) le membre du personnel qui travaille à temps partiel a droit à un nombre supplémentaire de jours de compensation égal, ou, pour les praticiens de l'art infirmier, à une prime équivalente égale à l'application proportionnelle de la dispense des prestations de travail ou de la prime. Pour les travailleurs du secteur privé et compte tenu de la convention collective de travail n° 35 du 27 février 1981 concernant certaines dispositions du droit du travail en matière de travail à temps partiel, les travailleurs occupés à temps partiel se verront proposer, dans les conditions prévues par l'article 4 de la convention collective de travail n° 35 précitée, d'augmenter automatiquement la durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat. Ils bénéficient, dans ce cas, d'une dispense de prestations sur la base de leur nouveau contrat. Pour les travailleurs du secteur public occupés à temps partiel et auxquels s'appliquent des mesures de fin de carrière, l'employeur est tenu de leur proposer, trois mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou d'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, une augmentation de la durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat de travail à concurrence du nombre d'heures de dispense de prestations prévu pour la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent. Le travailleur est tenu, au plus tard un mois avant son entrée dans le régime des fins de carrière ou son accès à un droit plus élevé dans ce cadre, de notifier à son employeur soit son accord sur cette augmentation de sa durée hebdomadaire de travail soit son refus. Dans ce dernier cas, le travailleur bénéficie d'une réduction de la durée hebdomadaire de ses prestations de travail prévue pour la catégorie d'âge à laquelle il appartient, au prorata de sa durée hebdomadaire de travail par rapport à celle d'un travailleur à temps plein ;

iii) les personnes suivantes sont assimilées aux membres du personnel : les travailleurs qui, pendant une période de référence de 24 mois précédant le mois au cours duquel ils atteignent l'âge de 45, 50 ou 55 ans respectivement, ont presté au moins 200 heures chez le même employeur, dans une seule ou plusieurs fonctions, pour lesquelles ils ont perçu le supplément pour prestations irrégulières des dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services interrompus ou toute autre indemnité relevant d'une convention collective de travail, ou ont bénéficié d'un repos compensatoire suite à ces prestations. Les périodes d'absences justifiées et les jours ou heures assimilés sont pris en compte sur la base de la moyenne du reste de la période de référence. Le travailleur qui ne satisfait plus à la condition précitée de 200 heures de prestations irrégulières sur une période de référence de maximum 24 mois ne peut pas bénéficier d'une dispense supplémentaire de prestations de travail lors du saut à une catégorie d'âge supérieure. Les travailleurs à temps partiel doivent prouver un nombre d'heures de prestations irrégulières correspondant à 200 heures calculées au prorata de la durée de travail sur une période de référence de maximum 24 mois. Le travailleur qui, au moment où il atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans, n'a pas effectué 200 heures de prestations irrégulières chez le même employeur ou qui ne satisfait plus à cette condition accède au statut de membre du personnel assimilé et donc au droit à la dispense de prestations de travail au moment où il a effectué ces 200 heures au cours d'une période de maximum 24 mois consécutifs. La dispense de prestations de travail prend alors cours le jour déterminé dans la convention collective de travail ou dans le protocole d'accord applicable ;

iv) les personnes auxquelles s'appliquent les mesures de fin de carrière instaurées par l'accord social conclu en 2000 et qui ont opté pour la prime salariale conservent cet avantage. Les personnes auxquelles s'appliquent les mesures de fin de carrière instaurées avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005 et qui ont opté pour la prime salariale la conservent. Si un membre du personnel change de fonction, il conserve son droit antérieur aux mesures de fin de carrière ;

v) les travailleurs dispensés de prestations sont toujours considérés comme des travailleurs qui conservent leur durée contractuelle ou statutaire de travail ;

vi) l'option de la dispense est toujours définitive. En revanche, le maintien de prestations assorti d'une prime peut être converti à tout moment en dispense de prestations de travail ;

c) en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière, les règles de financement suivantes s'appliquent : en vue de financer les mesures de fin de carrière, il est octroyé aux initiatives d'habitation protégée un montant forfaitaire fixé selon les règles suivantes :

1) les catégories de personnel sont les suivantes :

catégorie i) : les infirmiers, les infirmiers sociaux et les assistants en soins hospitaliers ;

catégorie ii) : les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les logopèdes, les diététiciens, les éducateurs accompagnants intégrés dans les équipes de soins, les assistants sociaux et les assistants en psychologie occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les psychologues, les orthopédagogues et les pédagogues occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

catégorie iii) : ) les soignants et les travailleurs visés par les articles 152 et 153 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

catégorie iv) : le personnel assimilé et les assistants en logistique ;

2) le montant forfaitaire est calculé comme suit :  $F = F1 + F2$  ;

3) calcul de la dispense de prestations de travail :  $F1 =$  le montant dû pour l'embauche compensatoire de membres du personnel qui optent pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail :  $F1 = A_i * T1/S * N/Y$ , où :

i)  $A_a = 60.096,86$  euros pour la catégorie i ;

ii)  $A_b = 60.096,86$  euros pour la catégorie ii ;

iii)  $A_c = 48.511,99$  euros pour la catégorie iii ;

iv)  $A_d = 48.465,90$  euros pour la catégorie iv ;

$T1$  : le nombre hebdomadaire d'heures de dispense que le travailleur embauché en compensation ou le travailleur qui augmente sa durée de travail compense ;

$S$  : le régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'initiative d'habitation protégée ;

$N$  : le nombre annuel d'heures de travail que l'employeur doit rémunérer pour compenser les heures de dispense des travailleurs bénéficiaires des mesures de fin de carrière pour l'année considérée ;

$Y$  : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le travailleur embauché en compensation par rapport à son contrat de travail, à son acte de nomination individuelle ou à l'avenant à son contrat de travail en cas d'augmentation du temps de travail ;

4) calcul du montant pour la prime :  $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$ , où :

i)  $A_a = 82.125,61$  euros pour la catégorie i ;

ii)  $A_b = 82.125,61$  euros pour la catégorie ii ;

iii)  $A_c = 61.164,83$  euros pour la catégorie iii ;

iv)  $A_d = 55.267,78$  euros pour la catégorie iv ;

v)  $H$  : l'équivalent du nombre hebdomadaire d'heures de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein sur la base de son âge ;

vi)  $T2$  : le nombre d'heures à prester par semaine qui résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle, effectué, le cas échéant, dans la fonction à laquelle s'applique la mesure ;

vii)  $S$  : le régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'initiative d'habitation protégée ;

viii)  $N$  : le nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur dans le cadre des mesures de fin de carrière pour l'année considérée ;

ix)  $Y$  : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le bénéficiaire en vertu de son contrat de travail ou de son acte de nomination individuelle ;

d) en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière, l'initiative d'habitation protégée fournit à l'agence les informations suivantes au sujet du membre du personnel, sous la forme déterminée par l'agence :

1) les nom et prénom ;

2) le numéro NISS ;

3) la date de naissance ;

4) la fonction ;

5) l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime pour chacune des tranches ;

6) le nombre d'heures de dispense de prestations de travail qu'il peut obtenir sur la base de son âge ;

7) le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'initiative d'habitation protégée ;

8) le nombre d'heures à prester en vertu du contrat de travail, réduit le cas échéant au prorata des prestations effectuées par le membre du personnel dans la fonction qui justifie le bénéfice de la mesure visée dans le présent paragraphe ;

9) la date de l'engagement ;

10) la date éventuelle de départ ;

11) dans le cas de personnel assimilé, le nombre d'heures de prestations irrégulières, avec un minimum de 200 heures sur 24 mois ;

12) les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur et leur nature ;

e) les modalités d'octroi applicables en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière : le montant provisoire est calculé par rapport au dernier montant définitif connu s'il tient compte de toutes les classes d'âge. Dans le cas contraire, il est fixé par rapport au montant provisoire de l'année n-1. Chaque fois qu'un montant définitif est calculé, il constitue la provision valable pour l'année civile suivant la date de fixation de ce montant définitif. La différence entre le F définitif et le F provisoire est liquidée via des montants de rattrapage ;



f) dispositions pour la compensation des heures de dispense applicables en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière :

Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense hebdomadaire de prestations de travail, le gestionnaire apporte la preuve que le temps de travail libéré et le financement octroyé ont été compensés par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée hebdomadaire de travail des membres du personnel. Les personnes suivantes n'entrent pas en considération : les travailleurs à temps plein auxquels s'appliquent les mesures de fin de carrière et les travailleurs pour lesquels l'institution reçoit déjà un financement dans le cadre de la politique de l'emploi.

Le volume total d'heures à compenser par catégorie de financement du personnel (catégories i, ii, iii et iv du point c, 1°) est prioritairement compensé par la même catégorie de financement du personnel.

Le cas échéant, le financement octroyé est plafonné au nombre total réel de remplacements. C'est pourquoi le gestionnaire transmet, en même temps que les renseignements qui servent au calcul définitif, les informations suivantes :

- 1) les nom et prénom du membre du personnel engagé ou du membre du personnel qui fait l'objet d'une augmentation de son temps de travail ;
- 2) le numéro NISS ;
- 3) la date de naissance ;
- 4) la date de début et de fin dans la fonction ;
- 5) la fonction ;
- 6) la durée hebdomadaire de travail de compensation du nouveau travailleur ou l'augmentation des prestations horaires du travailleur en fonction qui augmente sa durée de travail ;
- 7) les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur et leur nature ;
- 8) le centre de frais d'imputation ;
- 9) la date de début de l'avenant au contrat du travailleur qui augmente sa durée de travail ou du contrat du nouveau travailleur ;
- 10) la date de fin du contrat.

À ces informations doivent être joints les nouveaux contrats de travail et les avenants aux contrats en cas d'augmentation de la durée de travail ou les actes de nomination individuelle ;

g) sanctions applicables en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière : si le gestionnaire ne communique pas, dans les délais requis, les renseignements pour l'élaboration des budgets définitifs, les montants provisoires sont récupérés.

En vue du démarrage de la révision des mesures de fins de carrière, l'initiative d'habitation protégée transmet à l'agence, avant le 30 avril de l'année civile à laquelle se rapporte la révision des mesures de fins de carrière, un tableau du personnel concerné.

Les initiatives d'habitation protégée transmettent à l'agence également une copie des contrats de travail du personnel engagé en remplacement ou des avenants aux contrats de travail pour le personnel qui a augmenté son temps de travail ;

8° une indemnité pour le coût de la prime d'attractivité :

a) pour tous les travailleurs salariés des initiatives d'habitation protégée publiques, la prime d'attractivité est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire annuel de 948,21 euros par équivalent temps plein ;

b) pour chaque année, le montant est calculé en multipliant le nombre d'équivalents temps plein de l'initiative d'habitation protégée par le montant forfaitaire de la prime d'attractivité ;

c) pour tous les travailleurs salariés des initiatives d'habitation protégée privées, la prime d'attractivité est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire annuel de 983,51 euros par équivalent temps plein ;

d) pour chaque année, le montant est calculé en multipliant le nombre d'équivalents temps plein de l'initiative d'habitation protégée par le montant forfaitaire de la prime d'attractivité ;

9° une indemnité pour les initiatives novatrices en matière de soins pour l'activation agréées, visées à l'article 148 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs :

a) 32.982,69 euros pour le financement de 0,5 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 19 usagers de soins maximum ;

b) 49.474,06 euros pour le financement de 0,75 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 20 à 39 usagers de soins ;

c) 82.456,71 euros pour le financement de 1,25 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 40 à 59 usagers de soins ;

d) 98.948,08 euros pour le financement de 1,5 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 60 à 99 usagers de soins ;

e) 131.930,78 euros pour le financement de 2 équivalents temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 100 à 149 usagers de soins ;

f) 197.896,16 euros pour le financement de 3 équivalents temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de plus de 150 usagers de soins ;

10° une indemnité pour les initiatives novatrices en matière de soins pour les soins psychiatriques à domicile agréées, visées à l'article 149 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs : le ministre fixe le montant par initiative d'habitation protégée ;

11° une indemnité de :

a) 54,35 euros par usager de soins en vue de valoriser les prestations inconfortables, entre 19 heures et 20 heures, du personnel qui exerce la fonction d'éducateur, conformément aux articles 7 à 9 de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;

b) 2,03 euros par usager de soins en vue d'étendre la valorisation des prestations inconfortables au personnel non concerné par les dispositions de l'arrêté royal précité du 28 décembre 2011, selon les mêmes modalités ;

12° une indemnité de 38,20 euros par usager de soins afin de couvrir l'intervention financière de l'employeur dans les frais de transport des travailleurs, en application de la convention collective de travail n° 19octies du 20 février 2009 ;

13° une indemnité pour les fonctions TCT régularisées dans les initiatives d'habitation protégée, visées à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mars 2018 octroyant des subventions TCT à quelques initiatives d'habitation protégée ;

14° une indemnité pour la régularisation des contractuels subventionnés dans des initiatives d'habitation protégée : le ministre fixe le montant par initiative d'habitation protégée.

Dans le présent article, on entend par contractuel subventionné : le contractuel subventionné occupé en vertu d'un contrat tel que visé à l'article 1<sup>er</sup>, 12°, 14°, 15° et 36°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 octobre 1993 portant généralisation du régime des contractuels subventionnés.

Art. 534/171. Les montants visés à l'article 534/170 sont indexés conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants mentionnés dans l'article 534/170 sont liés à l'indice-pivot 123,14 (base 2013=100).

## Partie 2. Intervention

### TITRE 1<sup>er</sup>. Intervention pour soins dans le prix par journée de séjour

Art. 534/172. L'intervention pour soins dans le prix par journée de séjour dans une initiative d'habitation protégée, visée à l'article 154/4, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 18 mai 2018, est égale au prix par journée de séjour visé à l'article 534/170 du présent arrêté.

L'intervention visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> couvre l'offre de soins visée à l'article 534/170, § 2.

Une initiative d'habitation protégée agréée, née en 2020 de la fusion de deux initiatives d'habitation protégée ou plus qui ont été agréées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, reçoit une intervention pour soins au moins égale à la somme des interventions pour soins indexées que les initiatives d'habitation protégée agréées séparément ont reçues au cours de l'exercice précédant la fusion, diminuée de 1,3 %. Une initiative d'habitation protégée agréée, née après le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ou à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 de la fusion de deux initiatives d'habitation protégée ou plus qui ont été agréées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, reçoit une intervention pour soins au moins égale à la somme des interventions pour soins indexées que les initiatives d'habitation protégée agréées séparément ont reçues au cours de l'exercice précédant la fusion.

### TITRE 2. Cumul d'interventions

Art. 534/173. Une intervention pour soins dans une initiative d'habitation protégée ne peut pas être cumulée avec une intervention pour soins dans une autre initiative d'habitation protégée, un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou une maison de soins psychiatriques durant la même période, sauf stipulation contraire. Le ministre en arrête les modalités.

Une intervention pour soins dans une initiative d'habitation protégée ne peut pas être cumulée avec une indemnité pour une hospitalisation d'au moins une nuitée sur la base de l'assurance maladie-invalidité fédérale si l'utilisation ou le séjour a lieu le même jour.

## Partie 3. Procédure de demande

Art. 534/174. Dans la présente partie, on entend par :

1° demande : la demande, par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/189, de l'intervention pour soins ;

2° date de réception : la date d'envoi de l'accusé de réception de la demande complète.

La caisse d'assurance soins considère une demande comme complète si les volets mentionnés dans l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et 3°, ont été introduits auprès de la caisse d'assurance soins et si l'initiative d'habitation protégée déclare sur l'honneur que le volet 2 mentionné dans l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, est disponible. Le volet 2 mentionné dans l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, est conservé par l'initiative d'habitation protégée et ne doit pas nécessairement être transmis à la caisse d'assurance soins.

Si une nouvelle demande est introduite pour le même usager dans la même initiative d'habitation protégée dans les trois mois suivant l'expiration de la période de la précédente demande approuvée conformément à l'article 534/182, cette nouvelle demande est considérée comme complète si le volet 1 mentionné dans l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, est complet.

Art. 534/175. Une intervention pour soins ne peut être octroyée que si la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié a pris une décision d'approbation de l'intervention demandée.

Art. 534/176. L'initiative d'habitation protégée à laquelle l'usager s'adresse envoie la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

La demande est introduite par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/189.

Toute demande est adressée directement à un point de contact central et unique déterminé par la caisse d'assurance soins concernée.

Art. 534/177. Aucune intervention n'est octroyée pour des soins qui ont été dispensés plus de trente jours avant la date de réception.

Art. 534/178. Si la caisse d'assurance soins refuse l'intervention demandée, la date de réception de la demande n'est plus applicable, sauf dans les cas où la demande est refusée à la suite d'un résultat négatif du contrôle visé à l'article 534/181.

Art. 534/179. L'initiative d'habitation protégée rédige la demande d'intervention pour soins conjointement avec l'utilisateur ou son représentant. La demande est établie au moyen du modèle de formulaire déterminé par l'agence. Le formulaire de demande comporte tous les volets suivants :

1° le volet 1, qui contient les informations administratives. Ces informations sont remplies par le responsable de l'initiative d'habitation protégée et contient :

- a) les coordonnées de l'initiative d'habitation protégée ;
- b) la période pendant laquelle les soins sont dispensés ;

2° le volet 2, qui contient l'accord de l'utilisateur sur la demande d'intervention pour soins sous la forme d'un consentement éclairé. Ce volet est signé et daté par l'utilisateur ou son représentant légal ;

3° le volet 3, qui contient un rapport médical. Ce volet est complété et daté par le médecin traitant.

L'initiative d'habitation protégée informe la caisse d'assurance soins de la sortie de l'utilisateur au moyen d'un formulaire dont l'agence a déterminé le modèle.

Art. 534/180. La demande visée à l'article 534/179 est introduite par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/189.

Art. 534/181. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié vérifie l'ensemble des éléments suivants :

- 1° le statut d'assurance de l'utilisateur ;
- 2° le respect par l'utilisateur des règles de cumul visées à l'article 534/173 ;
- 3° l'exhaustivité des données communiquées.

La caisse d'assurance soins réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur ou de l'initiative d'habitation protégée. Si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes auprès de l'initiative d'habitation protégée, elle en informe en même temps l'utilisateur.

Un résultat positif du contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur la décision d'approbation totale ou partielle de la demande d'intervention pour soins.

Un résultat négatif du contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur la décision de refus de la demande.

Si le contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, révèle que les conditions d'application pour une interdiction de cumul visées à l'article 534/173 sont remplies, les interventions pour soins qui ont été demandées en dernier lieu sont refusées.

Art. 534/182. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié transmet la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à l'initiative d'habitation protégée et à l'utilisateur dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception.

Si la caisse d'assurance soins ne transmet pas la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception à l'initiative d'habitation protégée et à l'utilisateur, la demande est réputée avoir été approuvée.

Dès que la caisse d'assurance soins constate que l'utilisateur et l'initiative d'habitation protégée n'ont pas reçu une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, elle prend encore une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande et en informe immédiatement l'utilisateur et l'initiative d'habitation protégée.

Si la caisse d'assurance soins décide de refuser la demande après quinze jours ouvrables suivant la date de réception, elle est tenue d'approuver la demande si elle concerne des soins dispensés au plus tôt trente jours avant la date de réception et au plus tard dix jours ouvrables après la notification de la décision de refus. La décision de refus peut prendre effet au plus tôt dix jours ouvrables après la notification de la décision de refus.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins est suspendu si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes conformément à l'article 534/181, alinéa 2. Le délai recommence à courir le jour ouvrable qui suit le jour de la réception des informations manquantes par la caisse d'assurance soins.

Art. 534/183. En ce qui concerne les initiatives d'habitation protégée, les demandes ne sont transmises à la Commission des caisses d'assurance soins qu'en vue d'un éventuel contrôle a posteriori. Un contrôle a posteriori de la conformité des données médicales décrites dans le rapport médical standardisé visé à l'article 534/179, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, est possible. Le ministre peut définir les modalités d'exécution de ce contrôle.

Art. 534/184. La décision d'approbation totale ou partielle de la demande de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié contient toutes les données suivantes :

- 1° les coordonnées de l'initiative d'habitation protégée ;
- 2° les données relatives à la période pour laquelle une intervention pour soins est octroyée.

La caisse d'assurance soins communique la décision de refus de la demande à l'utilisateur par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude. Cette notification contient tous les éléments suivants :

- 1° les motifs du refus, conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- 2° les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé.

La caisse d'assurance soins informe l'initiative d'habitation protégée de la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/189.

#### Partie 4. Facturation

Art. 534/185. L'intervention pour soins qui a été octroyée à l'utilisateur conformément à l'article 534/181, alinéa 3, et à l'article 534/182, alinéa 2, est versée directement à l'initiative d'habitation protégée par la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié, via un droit de tirage de l'utilisateur.

La caisse d'assurance soins paie l'intervention pour soins au plus tard six semaines après avoir reçu la facture. En cas de retard de paiement, la caisse d'assurance soins est redevable, sans mise en demeure, d'un intérêt de retard à concurrence du taux légal en matière civile à la date de l'expiration du délai de paiement. Le ministre peut arrêter les modalités du paiement visé à l'alinéa 2.

Art. 534/186. § 1<sup>er</sup>. Le responsable de l'initiative d'habitation protégée valide les factures et les envoie par voie électronique aux caisses d'assurance soins.

L'initiative d'habitation protégée joint aux factures, par usager et par caisse d'assurance soins, les notes de frais individuelles numériques pour les soins dispensés.

La note de frais individuelle numérique visée à l'alinéa 2 contient toutes les rubriques suivantes :

- 1° les coordonnées de l'usager ;
- 2° les coordonnées de l'initiative d'habitation protégée ;
- 3° les coordonnées de la caisse d'assurance soins ;
- 4° les jours de séjour prestés, y compris la date à laquelle les prestations ont été effectuées ;
- 5° un aperçu du prix d'hébergement ;
- 6° le montant net total dû à payer par l'usager ou son représentant ;
- 7° le montant de l'intervention pour soins dans le prix d'hébergement.

Les factures et les notes de frais individuelles visées aux alinéas 1<sup>er</sup> à 3 sont établies conformément aux modèles et aux instructions de facturation déterminés par l'agence.

§ 2. Les factures et les notes de frais individuelles sont introduites par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/189. Lorsque les factures et les notes de frais individuelles sont introduites par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/189, elles satisfont aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité conformément aux règles de protection de la vie privée en vigueur.

§ 3. Les initiatives d'habitation protégée transmettent les factures et les notes de frais individuelles mensuellement, par caisse d'assurance soins, au plus tard jusqu'à 24 mois suivant la période ou le dernier jour de prestation des soins, à l'exception des cas où la prescription est suspendue ou interrompue. Le droit d'interrompre la prescription est établi par lettre recommandée adressée à la caisse d'assurance soins.

Art. 534/187. L'agence verse à l'initiative d'habitation protégée l'intervention financière dans le cadre des accords sociaux conclus et la compensation du préjudice financier d'octrois tardifs.

Art. 534/188. À la fin de chaque mois, les initiatives d'habitation protégée établissent une facture usager par usager.

Un exemplaire de la facture usager est transmis à l'usager ou à toute personne physique ou morale entièrement ou partiellement chargée du paiement de la facture usager. La facture usager peut être envoyée à l'usager par voie électronique s'il a explicitement opté pour ce mode. Si des suppléments sont directement pris en charge par un tiers en vertu d'une disposition contractuelle ou légale, ils figurent sur la facture usager. L'initiative d'habitation protégée mentionne au bas de la facture usager que le montant à charge de l'usager est directement facturé par l'initiative d'habitation protégée à ce tiers.

#### Partie 5. Logiciels

Art. 534/189. § 1<sup>er</sup>. L'application numérique mentionnée dans l'article 534/174, alinéa 1<sup>er</sup>, l'article 534/176, l'article 534/180, l'article 534/184, alinéa 3, et l'article 534/186, § 2, satisfait aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité que le ministre définit sur avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence se charge de la certification des applications numériques qui satisfont aux conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Les initiatives d'habitation protégée qui n'utilisent pas d'application numérique telle que mentionnée dans le paragraphe 1<sup>er</sup> ne peuvent pas introduire les demandes visées à l'article 534/179 auprès des caisses d'assurance soins afin de recevoir des interventions pour soins et ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance soins conformément à l'article 534/185.

§ 3. L'agence et les organisations professionnelles concernées désignent les experts visés dans le paragraphe 1<sup>er</sup>.

Le ministre peut préciser les modalités quant à la composition et au fonctionnement du groupe d'experts indépendants visé dans le paragraphe 1<sup>er</sup>.

Art. 534/190. § 1<sup>er</sup>. Les développeurs de logiciels introduisent les demandes en vue de la certification visée à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, auprès de l'agence.

La demande datée et signée est introduite au moyen d'un formulaire dont l'agence fixe le modèle.

Le formulaire visé à l'alinéa 2 comprend les données suivantes :

- 1° les données d'identification du demandeur ;
- 2° la description des mesures de protection des données et de sécurité de l'information ;
- 3° la description de la structure architecturale du logiciel ;
- 4° les spécifications techniques qui permettent d'évaluer la possibilité de connexion à la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

§ 2. L'agence évalue la demande de certification visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup> et statue sur l'approbation ou le refus de l'organisation du parcours de certification visé dans le paragraphe 4. L'agence peut solliciter l'avis du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, au sujet de la demande.

L'agence communique sa décision d'approbation ou de refus de l'organisation du parcours de certification visé dans le paragraphe 4 au plus tard dans les trente jours à compter du jour où elle a reçu la demande de certification visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>.

§ 3. En cas de modifications de l'une des données énoncées dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3, après la décision d'approbation de l'organisation du parcours de certification visé dans le paragraphe 4, cette décision d'approbation devient caduque de plein droit et le développeur de logiciels concerné introduit une nouvelle demande de certification.

§ 4. Après l'approbation de l'organisation du parcours de certification, le développeur de logiciels concerné peut introduire auprès de l'agence une demande en vue d'organiser des essais.

Dans les nonante jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, organise des essais consistant à vérifier si l'application numérique dont la certification a été demandée satisfait aux conditions visées à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et rédige un rapport d'essai.

Le ministre peut préciser les modalités d'organisation des essais visés à l'alinéa 2.

§ 5. Le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, transmet le rapport d'essai visé dans le paragraphe 4, alinéa 2, accompagné d'un avis correspondant à l'agence dans les cent vingt jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande d'organiser des essais conformément au paragraphe 4, alinéa 1<sup>er</sup>.

L'agence certifie l'application numérique ou refuse la certification de l'application numérique et informe le demandeur de cette décision dans les quinze jours à compter du jour où elle a reçu l'avis du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, conformément à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Les certificats octroyés conformément à l'alinéa 2 sont valables dix ans, sans préjudice de l'application de l'article 534/191.

§ 6. Les délais mentionnés dans le paragraphe 2, alinéa 2, dans le paragraphe 4, alinéa 2, et dans le paragraphe 5, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, sont suspendus si l'agence ou le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, demande des informations complémentaires au développeur de logiciels concerné.

Les délais visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> continuent à courir à partir du lendemain du jour où l'agence ou le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, a reçu les informations complémentaires conformément à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 7. Les développeurs de logiciels qui mettent au point une application numérique peuvent toujours soumettre une nouvelle demande d'attestation à l'agence.

Art. 534/191. § 1<sup>er</sup>. Tant que le certificat délivré est valable, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont réputées continuer à satisfaire aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Un développeur de logiciels disposant d'une application numérique certifiée met en œuvre toutes les modifications des exigences fonctionnelles et techniques et des exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, selon la politique de gestion des versions de la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

Un développeur de logiciels qui, de sa propre initiative, apporte à l'application numérique certifiée des modifications affectant les exigences fonctionnelles et techniques et les exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, en informe l'agence. Dans cette notification à l'agence, le développeur de logiciels décrit les modifications apportées à l'application numérique attestée.

§ 3. Si des modifications affectant les exigences fonctionnelles et techniques et les exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, sont apportées à l'application numérique certifiée conformément au paragraphe 2, l'agence peut décider, sur avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, de demander des explications supplémentaires au sujet des modifications notifiées ou d'imposer de nouveaux essais de l'application numérique.

§ 4. S'il existe des éléments indiquant qu'une application numérique ne satisfait plus aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/189, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence peut décider, sur avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/189, § 3, d'organiser de nouveaux essais. En fonction des résultats des tests, l'agence peut décider de confirmer ou de retirer l'attestation après avoir reçu l'avis conforme du groupe d'experts indépendants susmentionné.

Art. 534/192. Les certificats délivrés conformément aux dispositions de la présente partie sont publiés sur le site web de l'agence en mentionnant leur délai de validité. ».

**Art. 30.** Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est inséré un livre 3/9, comportant les articles 534/193 à 534/224, rédigé comme suit :

« Livre 3/9. Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs

Partie 1<sup>re</sup>. Financement et intervention

TITRE 1<sup>er</sup>. Généralités

Art. 534/193. Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut facturer, pour chaque usager pour lequel elle a fourni une contribution directe ou indirecte importante aux soins palliatifs dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution, un montant forfaitaire unique à la caisse d'assurance soins de l'usager si les conditions visées aux articles 534/204 à 534/206 sont remplies.

Ce montant forfaitaire unique couvre toutes les interventions directes et indirectes de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs pour ces personnes en situation palliative ainsi que tous les frais de fonctionnement qui y sont directement ou indirectement liés. Il couvre également les activités générales de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs qui sont sans rapport direct avec les soins palliatifs d'une personne en situation palliative déterminée.

Art. 534/194. Le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 ne peut être attesté qu'une seule fois par personne en situation palliative.

Si une personne en situation palliative pour laquelle le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 a déjà été attesté a de nouveau besoin de soins palliatifs, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs qui a attesté ledit montant veille à ce que la personne en situation palliative concernée reçoive encore les soins palliatifs nécessaires. Elle peut assurer elle-même les soins palliatifs ou prendre des arrangements à ce sujet avec une autre équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs. Dans ce dernier cas, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs transmet 75 % au moins du montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs qui a pris les soins palliatifs en charge.

Art. 534/195. § 1<sup>er</sup>. Le nombre maximal d'usagers pour lesquels l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut attester le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 par année civile dépend du nombre de personnes en situation palliative que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs accompagne.

Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs s'engage à accompagner, par année civile, 100 personnes en situation palliative par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, le nombre maximal d'usagers pour lesquels le forfait peut être attesté est obtenu en multipliant par 100 le quotient de la division dont le dividende est le nombre d'habitants de la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs au moment de la conclusion de la convention visée à l'article 276 de l'arrêté du 7 décembre 2018 et le diviseur, 200.000. Le résultat de ce calcul est arrondi à un entier naturel.

Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs s'engage à accompagner, par année civile, 150 personnes en situation palliative par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, le nombre maximal d'usagers pour lesquels le forfait peut être attesté est obtenu en multipliant par 150 le quotient de la division dont le dividende est le nombre d'habitants de la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs au moment de la conclusion de la convention visée à l'article 276 de l'arrêté du 7 décembre 2018 et le diviseur, 200.000. Le résultat de ce calcul est arrondi à un entier naturel.

§ 2. Le chiffre du nombre de personnes en situation palliative pour lesquelles le montant forfaitaire unique peut être attesté, qui est calculé conformément au paragraphe 1<sup>er</sup>, est mentionné dans la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

§ 3. Aux fins de l'application du présent article, il est tenu compte, pour le calcul du nombre de montants forfaitaires uniques attestés par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs durant l'année civile concernée, de la date à laquelle l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs facture le montant forfaitaire unique aux caisses d'assurance soins et non des dates des interventions effectives de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ou de la date effective de paiement du montant forfaitaire unique par la caisse d'assurance soins.

§ 4. Si la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs n'est en vigueur que pour une partie d'une année civile donnée, le nombre fixé d'usagers pour lesquels le montant forfaitaire unique peut être attesté est diminué proportionnellement compte tenu du délai d'application de cette convention au cours de l'année civile concernée.

Art. 534/196. Si, au cours d'une année déterminée, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs a fourni une contribution essentielle dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution pour un nombre d'usagers supérieur à celui pour lequel le montant forfaitaire unique peut être attesté conformément à l'article 534/195, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut facturer pour cette contribution, par usager, un forfait réduit à la caisse d'assurance soins de l'usager.

Le forfait réduit ne peut être porté en compte qu'à concurrence de la moitié, au maximum, du nombre d'usagers pour lesquels le montant forfaitaire unique peut être attesté conformément à l'article 534/195.

Le forfait réduit ne peut être attesté qu'une seule fois par usager et ne peut pas être porté en compte pour un usager pour lequel le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 a déjà été attesté.

Le forfait réduit couvre les frais de fonctionnement supplémentaires de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs pour chaque personne en situation palliative supplémentaire à laquelle une contribution essentielle aux soins palliatifs a été fournie. Ce forfait réduit peut être affecté à la constitution d'une réserve financière permettant de couvrir les dépenses inattendues et les éventuelles pertes financières.

Art. 534/197. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ne peut facturer aucune rémunération pour ses interventions dans les soins palliatifs à la personne en situation palliative, à son entourage ou à qui que ce soit, que la personne en situation palliative ait ou non la qualité d'usager. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ne peut pas non plus facturer de rémunération aux prestataires de soins et aux intervenants de proximité auxquels elle a donné des avis.

## TITRE 2. Composition et calcul de l'indemnité

Art. 534/198. § 1<sup>er</sup>. Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs établit un dossier des frais de personnel pour tous les membres du personnel.

§ 2. Le dossier des frais de personnel contient, pour chaque membre du personnel dont les coûts salariaux peuvent être repris dans le calcul du montant forfaitaire unique conformément à l'article 534/200, les données et documents suivants :

- 1° les nom et prénom du membre du personnel ;
- 2° la fonction au sein de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;
- 3° une copie du diplôme ;
- 4° le nombre d'heures d'occupation par semaine dans le cadre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;
- 5° la date envisagée d'entrée en fonction d'un nouveau membre du personnel ;
- 6° l'ancienneté salariale, exprimée en années et en mois, et ses justificatifs ;
- 7° l'indication que l'intéressé a droit ou non à une allocation de foyer ou de résidence ;
- 8° la distance (aller simple) du domicile jusqu'au siège central de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

En ce qui concerne le médecin généraliste, les données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 6°, sont remplacées par le nombre d'années de service au sein de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs accompagné de l'indication de la date d'entrée en fonction auprès de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

§ 3. Outre les données et documents mentionnés dans le paragraphe 2, le dossier des frais de personnel doit indiquer les frais suivants pour l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs :

- 1° le coût de l'assurance obligatoire contre les accidents du travail pour le personnel ;
- 2° le coût du secrétariat social ;
- 3° le coût pour le service de médecine du travail auquel l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut faire appel le cas échéant.

Le dossier des frais de personnel contient les justificatifs nécessaires des frais visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 4. Le dossier des frais de personnel contient les données, mentionnées dans le paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° à 8°, des membres du personnel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs dont les coûts salariaux n'ont pas été repris dans le calcul du montant forfaitaire unique.

Les données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont clairement distinguées de celles mentionnées dans le paragraphe 2.

§ 5. Pour calculer la part des frais de personnel dans le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/199, l'agence peut demander à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs de transmettre un dossier des frais de personnel entièrement actualisé et documenté selon un modèle déterminé par l'agence.

L'agence conserve le dossier des frais de personnel jusqu'à un an maximum après la réception d'un dossier des frais de personnel actualisé ou jusqu'à un an après la fin de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

Art. 534/199. Le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 est obtenu en divisant la somme des frais de personnel, calculés à l'aide du dossier des frais de personnel visé à l'article 534/198, et des frais de fonctionnement par le nombre maximal d'usagers pour lesquels l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut attester le montant forfaitaire unique conformément à l'article 534/195.

Le montant des frais de personnel et des frais de fonctionnement est concrétisé par équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs dans la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

Art. 534/200. § 1<sup>er</sup>. Le nombre d'équivalents temps plein dont l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut prendre les frais en compte comme personnel pour le calcul du montant forfaitaire unique dépend du choix qu'a fait l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs concernant le nombre de personnes en situation palliative qu'elle traite conformément à l'article 534/195.

§ 2. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs s'engage à accompagner, chaque année civile, 100 personnes en situation palliative par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, elle peut prendre en compte 2,6 équivalents temps plein par 200.000 habitants dans sa zone d'action.

Si le calcul visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur moins de 3,7 équivalents temps plein, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut tout de même, par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, prendre en compte 3,7 équivalents temps plein.

§ 3. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs s'engage à accompagner, chaque année civile, 150 personnes en situation palliative par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, elle peut prendre en compte 2,85 équivalents temps plein par 200.000 habitants dans sa zone d'action.

Si le calcul visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur moins de 3,9 équivalents temps plein, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut tout de même, par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, prendre en compte 3,9 équivalents temps plein.

§ 4. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs est tenue de pourvoir entièrement au nombre d'équivalents temps plein pour lesquels elle prend les frais de personnel en compte, conformément aux paragraphes 2 et 3.

Art. 534/201. § 1<sup>er</sup>. La part des frais de personnel dans le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 est adaptée à la réalité si les dépenses réelles de personnel consécutives à l'évolution de l'ancienneté du personnel visé à l'article 534/200 ou à des modifications de la composition du personnel visé à l'article 534/200 sont supérieures de 2 %, sur une base annuelle, aux frais de personnel qui ont servi de base au calcul du montant forfaitaire unique.

§ 2. Pour l'adaptation du montant forfaitaire unique mentionnée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ou, le cas échéant, l'association de soins palliatifs qui agit au nom d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs transmet à l'agence un dossier des frais de personnel entièrement actualisé et documenté. Ce dossier des frais de personnel répond aux exigences prescrites par l'article 534/198.

Si un dossier des frais de personnel ne répond pas aux conditions visées à l'article 534/198, l'agence le considère comme irrecevable. Dans les trente jours à compter du jour où l'agence a reçu le dossier des frais de personnel, l'agence communique l'irrecevabilité à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ou, le cas échéant, à l'association de soins palliatifs.

§ 3. Le ministre prend une décision constatant l'adaptation du montant forfaitaire unique mentionnée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>. L'agence communique la décision du ministre à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs et, le cas échéant, à l'association de soins palliatifs qui agit au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs. Le montant forfaitaire unique adapté prend effet le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le ministre prend sa décision et, au plus tard, le premier jour du quatrième mois qui suit celui au cours duquel l'agence a reçu un dossier des frais de personnel recevable tel que visé dans le paragraphe 2.

Si l'agence ne respecte pas le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs reçoit une indemnité financière en compensation du préjudice financier qu'elle a subi par suite de l'octroi tardif.

§ 4. Une adaptation telle que visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup> ne peut pas être demandée durant la première année de la convention visée à l'article 276 de l'arrêté du 7 décembre 2018 ou dans l'année qui suit l'entrée en application d'un montant forfaitaire recalculé tel que visé dans le paragraphe 3 ou l'article 534/202, alinéa 3.

Art. 534/202. Si, à la suite d'une modification de la composition du personnel, la part des frais de personnel dans le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 est inférieure de 2 %, sur une base annuelle, aux frais de personnel qui ont servi de base au calcul du montant forfaitaire unique, le montant forfaitaire unique est recalculé.

L'agence informe l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ou, le cas échéant, l'association de soins palliatifs qui agit au nom de son équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs du recalcul et demande les données nécessaires relatives au personnel occupé afin de pouvoir recalculer le montant forfaitaire unique.

Le ministre prend une décision constatant l'adaptation du montant forfaitaire unique mentionnée à l'alinéa 1<sup>er</sup>. L'agence communique la décision du ministre à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs et, le cas échéant, à l'association de soins palliatifs qui agit au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs. Le montant forfaitaire unique adapté prend effet le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le ministre prend sa décision.

Art. 534/203. Le forfait réduit visé à l'article 534/196 que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut attester par usager est calculé sur la base des frais de fonctionnement supplémentaires de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, qui sont concrétisés dans la convention visée à l'article 276 de l'arrêté du 7 décembre 2018.

## TITRE 3. Conditions d'intervention

Art. 534/204. § 1<sup>er</sup>. La composition du nombre d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut prendre en compte, conformément à l'article 534/200, pour le calcul du montant forfaitaire unique satisfait au moins aux conditions énoncées dans les paragraphes 2, 3 ou 4.

§ 2. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs s'engage à accompagner, par année civile, 100 personnes en situation palliative comme visé à l'article 534/200, § 2, elle présente la composition suivante :

1° un médecin généraliste, qui représente au minimum 3 % et au maximum 6 % de la composition réelle totale, avec un minimum de quatre heures par semaine ;

2° des praticiens de l'art infirmier, qui représentent au minimum deux tiers de la composition réelle totale, avec un minimum de trois équivalents temps plein ;

3° du personnel administratif, qui représente au minimum 10 % et au maximum 20 % de la composition réelle totale, avec un minimum de 0,5 équivalent temps plein.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, la composition du nombre d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique peut être inférieure à trois praticiens de l'art infirmier équivalents temps plein si, compte tenu de la part de non-praticiens de l'art infirmier dans la composition à la date d'entrée en vigueur du présent article, ce minimum conduit à un dépassement du nombre maximal d'équivalents temps plein qui peut être pris en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique conformément à l'article 534/200, § 2.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 2, pour une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs dont l'effectif du personnel total comporte moins de 3,7 équivalents temps plein, la composition suivante suffit :

1° un médecin généraliste qui travaille au moins 4 heures par semaine pour l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, mais ne représente pas plus de 6 % de l'effectif réel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;

2° au minimum trois équivalents temps plein qui sont praticiens de l'art infirmier ;

3° au minimum 10 % et au maximum 20 % de l'effectif réel total de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs se composent de personnel administratif.

§ 4. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs choisit d'accompagner, par année civile, 150 personnes en situation palliative comme visé à l'article 534/200, § 3, elle présente la composition suivante :

1° un médecin généraliste, qui représente au minimum 3 % et au maximum 5 % de la composition réelle totale, avec un minimum de quatre heures par semaine ;

2° du personnel d'accompagnement non médical, qui représente au minimum 77 % de la composition réelle totale. Le personnel d'accompagnement non médical se compose de praticiens de l'art infirmier et des praticiens professionnels mentionnés dans le paragraphe 5, alinéa 1<sup>er</sup>. Les praticiens de l'art infirmier représentent au minimum 75 % du personnel d'accompagnement non médical, avec un minimum de 3,25 équivalents temps plein qui sont praticiens de l'art infirmier ;

3° du personnel administratif, qui représente au minimum 8 % et au maximum 18 % de la composition réelle totale, avec un minimum de 0,5 équivalent temps plein.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, le personnel d'accompagnement non médical peut être composé de moins de 3,25 praticiens de l'art infirmier équivalents temps plein si, compte tenu de la part de non-praticiens de l'art infirmier dans la composition du nombre d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique à la date d'entrée en vigueur du présent article, ce minimum conduit à un dépassement du nombre maximal d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique conformément à l'article 534/200, § 3.

§ 5. Outre le personnel mentionné dans les paragraphes 2, 3 et 4, des psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux et assistants en psychologie peuvent également faire partie du nombre maximal d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique.

De même, le personnel ayant une autre formation de l'enseignement supérieur peut éventuellement en faire partie moyennant l'approbation explicite de l'agence et, le cas échéant, de la Commission d'experts.

§ 6. La composition du cadre du personnel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, mentionnée dans les paragraphes 2, 3 et 4, figure dans la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs notifie à l'agence toute modification de la composition de l'effectif du personnel, mentionnée dans les paragraphes 2, 3 et 4, dans le mois qui suit la modification.

Art. 534/205. § 1<sup>er</sup>. Le montant forfaitaire unique visé à l'article 534/193 et le forfait réduit visé à l'article 534/196 ne sont dus que si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs a fourni une contribution essentielle directe ou indirecte aux soins palliatifs de l'utilisateur.

La question de savoir si une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut fournir une contribution essentielle aux soins palliatifs de la personne en situation palliative est établie en concertation avec le médecin généraliste de la personne en situation palliative. À cet effet, le médecin généraliste de la personne en situation palliative établit une attestation. Cette attestation contient les données suivantes :

1° les nom et prénom et le numéro INAMI du médecin qui prescrit l'attestation ;

2° les nom et prénom, l'adresse du domicile, la date de naissance et le numéro NISS de la personne en situation palliative ;

3° la déclaration selon laquelle la personne en situation palliative a besoin de soins auxquels l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs peut fournir une contribution essentielle ;

4° la signature et la date de signature du médecin prescripteur.



§ 2. Pour pouvoir parler d'une contribution essentielle aux soins palliatifs d'un usager dans son cadre familial ou son cadre familial de substitution, les conditions suivantes doivent en outre être remplies :

1° l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs a suffisamment informé les prestataires de soins de première ligne concernés et l'entourage de l'usager de la permanence téléphonique visée à l'article 312 de l'arrêté du 7 décembre 2018 ;

2° l'intervention effective de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs dans les soins palliatifs du patient répond au moins à l'une des conditions suivantes :

a) un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs a rendu une visite à la personne en situation palliative dans son cadre familial ou son cadre familial de substitution, qui a duré au minimum deux heures ou a eu lieu entre 22 heures et 7 heures, un samedi, un dimanche ou un jour férié légal. Si cette condition n'est pas remplie, plusieurs visites doivent avoir été effectuées pour une durée totale de toutes les visites de quatre heures minimum. La durée de déplacement ne peut pas être comprise comme temps de visite ;

b) un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs a participé à une réunion réunissant les différentes personnes concernées par les soins palliatifs au domicile ou dans le milieu substitutif du domicile d'un patient. Cette réunion avait pour objet d'organiser pratiquement les soins palliatifs dispensés à cette personne en situation palliative dans son cadre familial ou son cadre familial de substitution ou d'approfondir certains problèmes se posant au sujet des soins palliatifs dispensés à cette personne et d'y chercher une solution. Au minimum le médecin généraliste de la personne en situation palliative et les praticiens de l'art infirmier à domicile participent à cette réunion.

c) un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs a eu au moins quatre contacts téléphoniques ou personnels avec les prestataires de soins de première ligne concernés par les soins palliatifs dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution, y compris le médecin généraliste de la personne en situation palliative. Au moins deux de ces contacts ont eu lieu à l'initiative des prestataires de soins de première ligne concernés. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs donne au médecin généraliste de l'usager un feedback au sujet de chaque contact avec les auxiliaires paramédicaux.

La part des interventions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, c), dans le total des interventions portées en compte par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ne peut jamais excéder la moitié.

Art. 534/206. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs respecte les exigences prévues par l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 janvier 2006 concernant la comptabilité et le rapport financier pour les structures dans certains secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille.

#### TITRE 4. Cumul d'interventions

Art. 534/207. Une intervention pour un accompagnement par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ne peut pas être cumulée avec une intervention pour un accompagnement par une autre équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ou une intervention pour un séjour dans un hôpital de revalidation durant la même période.

Une intervention pour un accompagnement par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ne peut pas être cumulée avec une indemnité pour une hospitalisation d'au moins une nuitée sur la base de l'assurance maladie-invalidité fédérale si l'accompagnement a lieu le même jour.

Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ne peut pas porter en compte l'indemnité forfaitaire unique visée à l'article 534/193 ou le forfait réduit visé à l'article 534/196 pour une intervention si le médecin traitant de la personne en situation palliative, qui fait partie de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, a lui-même déjà demandé un remboursement pour cette prestation conformément aux conditions de la nomenclature des prestations de santé reprise en annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

#### Partie 2. Procédure de demande

Art. 534/208. Dans la présente partie, on entend par :

1° demande : la demande d'intervention pour un accompagnement ;

2° date de réception : la date d'envoi de l'accusé de réception de la demande complète dans le cas d'une demande introduite par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/221. Si le numéro NISS de l'usager est inconnu, la date de réception est celle à laquelle la demande complète a été reçue. En cas d'expédition d'un envoi recommandé, il s'agit de la date de la poste de la lettre par laquelle la demande complète a été expédiée. Si la date de la poste fait défaut, c'est la date à laquelle la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié a reçu une demande complète.

La caisse d'assurance soins considère une demande comme complète si les éléments mentionnés dans l'article 534/212, 1° et 2°, ont été introduits auprès de la caisse d'assurance soins.

Art. 534/209. Une intervention pour un accompagnement ne peut être octroyée que si la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié a approuvé l'intervention demandée.

Art. 534/210. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs à laquelle l'usager s'adresse envoie la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié avant que les prestations ne soient dispensées.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs met la convention visée à l'article 276 de l'arrêté du 7 décembre 2018 à la disposition de l'usager ou de son représentant légal avant d'introduire la demande.

Toute demande est adressée directement à un point de contact central et unique déterminé par la caisse d'assurance soins concernée.

Art. 534/211. Si la caisse d'assurance soins refuse l'intervention demandée, la date de réception de la demande n'est plus applicable, sauf dans les cas où la demande est refusée en raison d'un résultat négatif du contrôle visé à l'article 534/214.

Art. 534/212. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs rédige la demande. La demande est établie selon un modèle déterminé par l'agence. Le formulaire de demande comporte les volets suivants :

1° le volet 1, qui contient les informations administratives. Ces informations sont remplies par le responsable de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs et consistent en un document qui contient les informations suivantes :

a) les coordonnées de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;

b) la date de début de l'accompagnement ;

2° le volet 2, qui contient un rapport médical. Ce volet est complété et daté par le médecin traitant de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

Art. 534/213. Les volets 1 et 2 de la demande, mentionnés dans l'article 534/212, 1° en 2°, sont introduits par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/221.

Si le numéro NISS de l'utilisateur est inconnu au début de l'accompagnement, la demande est transmise à la caisse d'assurance soins par toute autre voie et la demande est introduite par le biais d'une application numérique dès que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs dispose du numéro NISS de l'utilisateur.

Art. 534/214. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié vérifie l'ensemble des éléments suivants :

- 1° le statut d'assurance de l'utilisateur ;
- 2° le respect par l'utilisateur des règles de cumul visées à l'article 534/207 ;
- 3° l'exhaustivité des données communiquées.

La caisse d'assurance soins réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur ou de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs. Si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes auprès de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, elle en informe en même temps l'utilisateur ou son représentant légal.

Un résultat positif du contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur la décision d'approbation totale de la demande d'intervention pour l'accompagnement.

Un résultat négatif du contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur la décision de refus de la demande.

Si le contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, révèle que les conditions d'application pour une interdiction de cumul visées à l'article 534/207, alinéa 1<sup>er</sup>, sont remplies, l'intervention pour l'accompagnement demandée en dernier lieu est refusée.

Art. 534/215. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié transmet la décision d'approbation ou de refus de la demande à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception.

Si la caisse d'assurance soins ne transmet pas la décision d'approbation ou de refus de la demande dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, la demande est réputée avoir été approuvée.

Dès que la caisse d'assurance soins constate que l'utilisateur et l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs n'ont pas reçu une décision d'approbation ou de refus de la demande dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, elle prend encore une décision d'approbation ou de refus de la demande et en informe immédiatement l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins est suspendu si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes conformément à l'article 534/214, alinéa 2. Le délai recommence à courir le jour ouvrable qui suit le jour de la réception des informations manquantes précitées par la caisse d'assurance soins.

Art. 534/216. En ce qui concerne les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, les demandes ne sont transmises à la Commission des caisses d'assurance soins qu'en vue d'un éventuel contrôle a posteriori. Un contrôle a posteriori de la conformité des données médicales décrites dans le rapport médical standardisé visé à l'article 534/212, 2°, est possible. Le ministre peut définir les modalités d'exécution de ce contrôle.

Art. 534/217. La décision d'approbation totale de la demande de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié contient les données suivantes :

- 1° les coordonnées de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;
- 2° les données relatives à la période durant laquelle l'accompagnement pour lequel une intervention est octroyée est dispensé.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs informe l'utilisateur ou son représentant légal de la décision précitée.

La caisse d'assurance soins informe l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs de la décision d'approbation ou de refus par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/221.

### Partie 3. Facturation

Art. 534/218. L'intervention pour un accompagnement qui a été octroyée à l'utilisateur conformément aux dispositions du présent arrêté est versée directement à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs par la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié, via un droit de tirage de l'utilisateur.

La caisse d'assurance soins paie l'intervention pour un accompagnement au plus tard six semaines après avoir reçu la facture. En cas de retard de paiement, la caisse d'assurance soins est redevable, sans mise en demeure, d'un intérêt de retard à concurrence du taux légal en matière civile à la date de l'expiration du délai de paiement.

La caisse d'assurance soins réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs. Si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes, le délai visé à l'alinéa 2 est suspendu. Le délai recommence à courir le jour ouvrable qui suit le jour de la réception des informations manquantes précitées par la caisse d'assurance soins.

Le ministre peut arrêter les modalités du paiement visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Art. 534/219. § 1<sup>er</sup>. Le responsable de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs valide les factures et les envoie par voie électronique aux caisses d'assurance soins par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/221.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs joint aux factures, par usager et par caisse d'assurance soins, les notes de frais individuelles numériques pour les soins dispensés.

La note individuelle de frais numérique contient toutes les rubriques suivantes :

- 1° les coordonnées de l'utilisateur ;
- 2° les coordonnées de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs ;
- 3° les coordonnées de la caisse d'assurance soins ;
- 4° le montant forfaitaire unique, y compris la date à laquelle le montant forfaitaire se rapporte ;

5° un aperçu du prix du montant forfaitaire unique ;

Les factures et les notes de frais individuelles sont établies conformément aux modèles et aux instructions de facturation déterminés par l'agence.

§ 2. Les factures et les notes de frais individuelles sont introduites par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/221. Lorsque les factures et notes de frais individuelles sont introduites par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/221, elles satisfont aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité conformément aux règles de protection de la vie privée en vigueur.

§ 3. Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs transmettent les factures au plus tard deux mois après le décès de l'usager. Le droit d'interrompre la prescription est établi par lettre recommandée adressée à la caisse d'assurance soins.

Art. 534/220. L'agence verse aux équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs l'intervention financière dans le cadre des accords sociaux conclus et la compensation du préjudice financier d'octrois tardifs dans le cadre de ces accords sociaux.

#### Partie 4. Logiciels

Art. 534/221. § 1<sup>er</sup>. L'application numérique mentionnée dans l'article 534/208, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, l'article 534/213, l'article 534/217, alinéa 4, l'article 534/219, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, et § 2, satisfait aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité que le ministre définit sur avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence se charge de la certification des applications numériques qui satisfont aux conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs qui n'utilisent pas d'application numérique telle que mentionnée dans le paragraphe 1<sup>er</sup> ne peuvent pas introduire les demandes visées à l'article 534/212 auprès des caisses d'assurance soins afin de recevoir des interventions pour soins et ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance soins conformément à l'article 534/219.

§ 3. L'agence et les organisations professionnelles concernées désignent les experts visés dans le paragraphe 1<sup>er</sup>. Le ministre peut préciser les modalités quant à la composition et au fonctionnement du groupe d'experts indépendants visé dans le paragraphe 1<sup>er</sup>.

Art. 534/222. § 1<sup>er</sup>. Les développeurs de logiciels introduisent les demandes en vue de la certification visée à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, auprès de l'agence.

La demande datée et signée est introduite au moyen d'un formulaire dont l'agence fixe le modèle.

Le formulaire visé à l'alinéa 2 comprend les données suivantes :

1° les données d'identification du demandeur ;

2° la description des mesures de protection des données et de sécurité de l'information ;

3° la description de la structure architecturale du logiciel ;

4° les spécifications techniques qui permettent d'évaluer la possibilité de connexion à la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

§ 2. L'agence évalue la demande de certification visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup> et statue sur l'approbation ou le refus de l'organisation du parcours de certification visé dans le paragraphe 4. L'agence peut solliciter l'avis du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, au sujet de la demande.

L'agence communique sa décision d'approbation ou de refus de l'organisation du parcours de certification visé dans le paragraphe 4 au plus tard dans les trente jours à compter du jour où elle a reçu la demande de certification visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>.

§ 3. En cas de modifications de l'une des données énoncées dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3, après la décision d'approbation de l'organisation du parcours de certification visé dans le paragraphe 4, cette décision d'approbation devient caduque de plein droit et le développeur de logiciels concerné introduit une nouvelle demande de certification.

§ 4. Après l'approbation de l'organisation du parcours de certification, le développeur de logiciels concerné peut introduire auprès de l'agence une demande en vue d'organiser des essais.

Dans les nonante jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, organise des essais consistant à vérifier si l'application numérique dont la certification a été demandée satisfait aux conditions visées à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et rédige un rapport d'essai.

Le ministre peut préciser les modalités d'organisation des essais visés à l'alinéa 2.

§ 5. Le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, transmet le rapport d'essai visé dans le paragraphe 4, alinéa 2, accompagné d'un avis correspondant à l'agence dans les cent vingt jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande d'organiser des essais conformément au paragraphe 4, alinéa 1<sup>er</sup>.

L'agence certifie l'application numérique ou refuse la certification de l'application numérique et informe le demandeur de cette décision dans les quinze jours à compter du jour où elle a reçu l'avis du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, conformément à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Les certificats octroyés conformément à l'alinéa 2 sont valables dix ans, sans préjudice de l'application de l'article 534/223.

§ 6. Les délais mentionnés dans le paragraphe 2, alinéa 2, dans le paragraphe 4, alinéa 2, et dans le paragraphe 5, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, sont suspendus si l'agence ou le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, demande des informations complémentaires au développeur de logiciels concerné.

Les délais visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> continuent à courir à partir du lendemain du jour où l'agence ou le groupe d'experts indépendants visés à l'article 534/221, § 3, a reçu les informations complémentaires conformément à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 7. Les développeurs de logiciels qui mettent au point une application numérique peuvent toujours soumettre une nouvelle demande d'attestation à l'agence.

Art. 534/223. § 1<sup>er</sup>. Tant que le certificat délivré est valable, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont réputées continuer à satisfaire aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Un développeur de logiciels disposant d'une application numérique certifiée met en œuvre toutes les modifications des exigences fonctionnelles et techniques et des exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, selon la politique de gestion des versions de la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

Un développeur de logiciels qui, de sa propre initiative, apporte à l'application numérique certifiée des modifications affectant les exigences fonctionnelles et techniques et les exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, en informe l'agence. Dans cette notification à l'agence, le développeur de logiciels décrit les modifications apportées à l'application numérique certifiée.

§ 3. Si des modifications affectant les exigences fonctionnelles et techniques et les exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, sont apportées à l'application numérique certifiée conformément au paragraphe 2, l'agence peut décider, sur avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, de demander des explications supplémentaires au sujet des modifications notifiées ou d'imposer de nouveaux essais de l'application numérique.

§ 4. S'il existe des éléments indiquant qu'une application numérique ne satisfait plus aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/221, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence peut décider, sur avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/221, § 3, d'organiser de nouveaux essais. En fonction des résultats des tests, l'agence peut décider de confirmer ou de retirer l'attestation après avoir reçu l'avis conforme du groupe d'experts indépendants susmentionné.

Art. 534/224. Les certificats délivrés conformément aux dispositions de la présente partie sont publiés sur le site web de l'agence en mentionnant leur délai de validité. ».

**Art. 31.** Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, il est inséré un livre 3/10, comportant les articles 534/225 à 534/247, rédigé comme suit :

« Livre 3/10. Équipes d'avis ou équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette

Partie 1<sup>re</sup>. Interventions

TITRE 1<sup>er</sup>. Intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette

Art. 534/225. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette reçoit une intervention forfaitaire de 306,71 euros pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette conformément aux articles 349/1 à 353/1. L'intervention est destinée au financement des coûts salariaux.

Il ne peut être octroyé qu'une seule intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette par jour et par usager.

Aucune contribution personnelle ne peut être facturée l'usager.

Art. 534/226. Le montant mentionné dans l'article 534/225, alinéa 1<sup>er</sup>, est lié à l'indice-pivot 123,14 (base 2013 = 2013).

Le montant est adapté conformément à la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

TITRE 2. Intervention dans les frais de déplacement pour les usagers transportés dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette

Art. 534/227. Une intervention dans les frais de déplacement est octroyée pour le transport d'un usager jusqu'à l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette et retour si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° l'usager est éligible à une intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette le même jour ;

2° en raison de la nature et de la gravité de son affectation, l'usager ne peut être transporté qu'en voiturette dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette ;

3° l'usager n'est pas examiné dans sa résidence effective ;

Il ne peut être octroyé qu'une seule intervention dans les frais de déplacement, telle que visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, par jour et par usager.

Art. 534/228. Si l'usager est transporté dans son propre véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, le montant de l'intervention s'élève à 0,30 euro par kilomètre.

Si l'usager est transporté par un transporteur professionnel dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, le montant de l'intervention s'élève à :

1° un montant pour le trajet jusqu'au cinquième kilomètre ;

2° un montant par kilomètre à partir du sixième kilomètre.

Si l'usager est transporté dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette par un transporteur professionnel qui reçoit une subvention couvrant ses frais de personnel, le montant de l'intervention s'élève à :

1° un montant pour le trajet jusqu'au cinquième kilomètre ;

2° un montant par kilomètre à partir du sixième kilomètre.

Le ministre détermine les montants, visés à l'alinéa 2, 1° et 2°, et à l'alinéa 3, 1° et 2°, sur la base desquels le montant de l'intervention dans les frais de déplacement est déterminé.

Le ministre peut plafonner le montant de l'intervention dans les frais de déplacement.

Art. 534/229. Le nombre de kilomètres pris en considération pour calculer l'intervention dans les frais de déplacement est déterminé par la distance aller-retour entre la résidence effective de l'usager et le site d'établissement de l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette.

Pour l'application du présent article, la caisse d'assurance soins détermine la distance à l'aide d'un planificateur d'itinéraire numérique. La distance est arrondie à l'entier naturel le plus proche.

Le transporteur professionnel peut toujours démontrer quelle méthode a été choisie pour calculer la distance.

Si l'utilisateur ou le transporteur professionnel conteste la distance déterminée par la caisse d'assurance, il le notifie à la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins examine et décide, sur la base des arguments avancés, quelle distance est prise en compte.

Art. 534/230. L'intervention dans les frais de déplacement, visée à l'article 534/227 est subordonnée à l'approbation préalable de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié. Cette approbation est accordée conformément à la procédure de demande mentionnée dans le livre 3/10, partie 2.

Art. 534/231. Si l'utilisateur est transporté dans son propre véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, l'intervention dans les frais de déplacement visée à l'article 534/227 est octroyée à l'utilisateur. La caisse d'assurance soins octroie cette intervention à l'utilisateur sur la base de la demande approuvée d'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette, à laquelle est jointe la demande de l'intervention dans les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 534/227.

Si l'utilisateur est transporté par un transporteur professionnel, l'intervention dans les frais de déplacement visée à l'article 534/227 est octroyée au transporteur. La caisse d'assurance soins octroie cette intervention au transporteur sur la base d'une facture que le transporteur transmet à la caisse d'assurance soins.

Le transporteur professionnel n'est pas autorisé à facturer à l'utilisateur ou à la caisse d'assurance soins des indemnités supplémentaires ou des frais autres que l'indemnité visée à l'article 534/227.

Art. 534/232. Sauf stipulation contraire, les montants visés à l'article 534/228 sont liés à l'indice-pivot 123,14 (base 2013=100).

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

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

#### Partie 2. Procédure de demande

Art. 534/233. Dans la présente partie, on entend par :

1° demande : la demande, par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/244, de l'intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette à laquelle est jointe, le cas échéant, la demande de l'intervention dans les frais de déplacement pour le transport, depuis et vers l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 534/227 ;

2° date de réception : la date d'envoi de l'accusé de réception de la demande complète. Une demande est considérée comme complète si tous les éléments mentionnés dans l'article 534/237 sont complets conformément à l'article précité.

Art. 534/234. Une intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette ne peut être octroyée que si la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié a approuvé l'intervention demandée.

Art. 534/235. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette à laquelle l'utilisateur s'adresse envoie la demande directement à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié dans un délai de trente jours à compter du jour où l'examen en vue de l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette a été pratiqué.

La demande est introduite par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/244.

Art. 534/236. Aucune intervention n'est octroyée pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette si l'examen a été pratiqué plus de trente jours avant la date de réception de la demande.

En cas de dépassement du délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la demande contient une motivation claire et explicite de cette dérogation, par laquelle l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette démontre ou décrit les circonstances spécifiques qui la justifient.

Art. 534/237. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette rédige la demande. La demande contient au moins les informations suivantes :

1° des informations administratives relatives à l'utilisateur et l'équipe d'avis ou à l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette :

- a) les nom et prénom et le numéro NISS de l'utilisateur ;
- b) les coordonnées de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, à savoir :
  - 1) le nom ;
  - 2) le numéro INAMI ;
  - 3) le numéro HCO ;
  - 4) le numéro de compte ;
  - 5) les coordonnées de la personne de contact pour le dossier, à savoir, le nom, le numéro de téléphone et l'adresse e-mail ;

2° le consentement éclairé de l'utilisateur sur la demande ;

3° la date à laquelle a été pratiqué l'examen en vue de l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette ;

4° l'indication que la limitation de la mobilité de l'utilisateur est due à un accident ;

5° le cas échéant, les données relatives à la demande d'intervention dans les frais de déplacement :

- a) le type de transport ;
- b) le cas échéant, la résidence effective de l'utilisateur ;
- c) le rapport médical et la date à laquelle il a été établi ;
- d) une déclaration sur l'honneur d'un médecin selon laquelle l'utilisateur doit être transporté dans sa voiturette ;
- e) le numéro INAMI et le nom du médecin visé au point d) ;

6° le cas échéant, la motivation visée à l'article 534/236, alinéa 2.

Art. 534/238. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié vérifie l'ensemble des éléments suivants :

1° le statut d'assurance de l'utilisateur ;

2° le respect de la condition visée à l'article 534/225, alinéa 2 ;

3° l'exhaustivité des données communiquées ;

4° soit le délai visé à l'article 534/236, alinéa 1<sup>er</sup>, soit la motivation de la dérogation au délai précité conformément à l'article 534/236, alinéa 2.

La caisse d'assurance soins réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur ou de l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette.

Un résultat positif du contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur la décision d'approbation de la demande.

Un résultat négatif du contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur la décision de refus de la demande.

Si le contrôle visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, révèle que la condition visée à l'article 534/225, alinéa 2, n'a pas été respectée, la demande portant la dernière date de réception est refusée.

Art. 534/239. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié transmet la décision d'approbation ou de refus de la demande à l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette et à l'utilisateur dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins est suspendu si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes conformément à l'article 534/238, alinéa 2. Le délai recommence à courir le jour ouvrable qui suit le jour de la réception des informations manquantes précitées par la caisse d'assurance soins.

Art. 534/240. Un contrôle a posteriori de la conformité des données figurant dans la demande visée à l'article 534/237, 1° et 5°, est possible. La Commission des caisses d'assurance soins effectue ce contrôle à la demande de l'agence. Le ministre peut définir les modalités d'exécution de ce contrôle.

Art. 534/241. La décision d'approbation ou de refus de la demande de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié contient les données suivantes :

1° l'approbation ou le refus ;

2° le cas échéant, les motifs du refus.

La caisse d'assurance soins informe l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette de la décision d'approbation ou de refus par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/244.

La caisse d'assurance soins communique la décision d'approbation de la demande d'intervention dans les frais de déplacement à l'utilisateur.

La caisse d'assurance soins communique la décision de refus de la demande d'intervention dans les frais de déplacement à l'utilisateur de toute manière permettant d'établir la date de réception avec certitude. Cette notification contient tous les éléments suivants :

1° les motifs du refus, conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;

2° les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé.

### Partie 3. Facturation

Art. 534/242. L'intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette est versée directement à l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette par la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié, via un droit de tirage de l'utilisateur.

La caisse d'assurance soins paie l'intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette au plus tard six semaines après avoir reçu la facture correcte et dûment remplie.

Les interventions dans les frais de déplacement visées à l'article 534/227 sont facturées et versées conformément aux modalités prévues par l'article 534/231. La caisse d'assurance soins paie l'intervention dans les frais de déplacement au plus tard six semaines après l'approbation de la demande visée à l'article 534/234, alinéa 1<sup>er</sup>, ou six semaines après avoir reçu la facture correcte et dûment remplie visée à l'article 534/231, alinéa 2.

Le ministre peut arrêter les modalités du paiement visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Art. 534/243. § 1<sup>er</sup>. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette valide les factures et les envoie par voie électronique aux caisses d'assurance soins par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/244.

L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette joint aux factures, par utilisateur et par caisse d'assurance soins, les données suivantes :

1° les coordonnées de l'utilisateur ;

2° les coordonnées de l'équipe d'avis ou de l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette ;

3° les coordonnées de la caisse d'assurance soins ;

4° le code de prestation pour l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette et la date à laquelle l'examen en vue de l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette a été pratiqué ;

5° le montant de l'intervention pour l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette.

Les factures sont établies conformément aux modèles et aux instructions de facturation déterminés par l'agence.

§ 2. Lorsque les factures sont introduites par le biais d'une application numérique telle que visée à l'article 534/244, les factures correctes et dûment remplies satisfont aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité conformément aux règles de protection de la vie privée en vigueur.

§ 3. L'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette transmet les factures mensuellement par caisse d'assurance soins et, au plus tard, jusqu'à 24 mois après la date de l'examen en vue de l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette, sans préjudice de l'application des cas où la prescription est suspendue ou interrompue. Le droit d'interrompre la prescription est établi par lettre recommandée adressée à la caisse d'assurance soins.

## Partie 4. Logiciels

Art. 534/244. § 1<sup>er</sup>. L'application numérique mentionnée dans l'article 534/233, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, l'article 534/235, alinéa 2, l'article 534/241, alinéa 2, et l'article 534/243, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 2, satisfait aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité que le ministre définit sur avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence se charge de la certification des applications numériques qui satisfont aux conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Les équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette qui n'utilisent pas d'application numérique telle que mentionnée dans le paragraphe 1<sup>er</sup> ne peuvent pas introduire les demandes visées à l'article 534/237 auprès des caisses d'assurance soins afin de recevoir des interventions pour les rapports d'avis en matière de voiturette et ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance soins conformément à l'article 534/243.

§ 3. Les experts visés au paragraphe 1<sup>er</sup> sont désignés par l'agence en concertation avec les organisations professionnelles concernées. Le ministre peut fixer les modalités relatives à la composition et au fonctionnement du groupe d'experts indépendants.

Art. 534/245. § 1<sup>er</sup>. Les développeurs de logiciels introduisent les demandes en vue de la certification visée à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, auprès de l'agence.

La demande datée et signée est introduite au moyen d'un formulaire dont l'agence fixe le modèle.

Le formulaire visé à l'alinéa 2 comprend les données suivantes :

1<sup>o</sup> les données d'identification du demandeur ;

2<sup>o</sup> la description des mesures en matière de protection des données et de sécurité de l'information ;

3<sup>o</sup> la description de la structure architecturale du logiciel ;

4<sup>o</sup> les spécifications techniques qui permettent d'évaluer la possibilité de connexion à la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

§ 2. L'Agence évalue la demande d'attestation visée au paragraphe 1 et décide d'approuver ou de refuser l'organisation du processus d'attestation. L'agence peut solliciter l'avis du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/244, § 3, au sujet de la demande.

L'agence communique sa décision motivée d'approbation ou de refus de l'organisation du parcours de certification au plus tard dans les trente jours à compter du jour où elle a reçu la demande de certification visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>.

§ 3. En cas de modifications de l'un des éléments énoncés dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3, après la décision d'approbation de l'organisation du parcours de certification, cette décision d'approbation devient caduque de plein droit et le développeur de logiciels concerné introduit une nouvelle demande de certification.

§ 4. Après l'approbation de l'organisation du parcours de certification, le développeur de logiciels concerné peut introduire auprès de l'agence une demande en vue d'organiser des essais.

Dans les nonante jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/244, § 3, organise des essais consistant à vérifier si l'application numérique dont la certification a été demandée satisfait aux conditions visées à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et rédige un rapport d'essai.

Le ministre peut arrêter des modalités relatives à l'organisation des tests, visée à l'alinéa 2.

§ 5. Le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/244, § 3, transmet le rapport d'essai visé dans le paragraphe 4, alinéa 2, accompagné d'un avis correspondant à l'agence dans les cent vingt jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande d'organiser des essais conformément au paragraphe 4, alinéa 1<sup>er</sup>.

L'agence certifie l'application numérique ou refuse la certification de l'application numérique et informe le demandeur de cette décision dans les quinze jours à compter du jour où elle a reçu l'avis du groupe d'experts indépendants conformément à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Les certificats octroyés conformément à l'alinéa 2 sont valables dix ans, sans préjudice de l'application de l'article 534/246.

§ 6. Les délais mentionnés dans le paragraphe 2, alinéa 2, dans le paragraphe 4, alinéa 2, et dans le paragraphe 5, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, sont suspendus si l'agence ou le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/244, § 3, demande des informations supplémentaires au développeur de logiciels.

Les délais visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> continuent à courir à partir du lendemain du jour où l'agence ou le groupe d'experts indépendants a reçu les informations supplémentaires conformément à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 7. Les développeurs de logiciels qui mettent au point une application numérique peuvent toujours soumettre une nouvelle demande d'attestation à l'agence.

Art. 534/246. § 1<sup>er</sup>. Tant que le certificat délivré est valable, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont réputées continuer à satisfaire aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Un développeur de logiciels disposant d'une application numérique certifiée met en œuvre toutes les modifications des exigences fonctionnelles et techniques et des exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, selon la politique de gestion des versions de la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

Un développeur de logiciels qui, de sa propre initiative, apporte à l'application numérique certifiée des modifications affectant les exigences fonctionnelles et techniques et les exigences de fiabilité et de sécurité telles que visées à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, en informe l'agence. Dans cette notification à l'agence, le développeur de logiciels décrit les modifications apportées à l'application numérique certifiée.

§ 3. Si des modifications affectant les exigences fonctionnelles et techniques et les exigences de fiabilité et de sécurité telles que visées à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, sont apportées à l'application numérique certifiée conformément au paragraphe 2, l'agence peut décider, sur avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/244, § 3, de demander des explications supplémentaires au sujet des modifications notifiées ou d'imposer de nouveaux essais de l'application numérique.

§ 4. S'il existe des éléments indiquant qu'une application numérique ne satisfait plus aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/244, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence peut décider, sur avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/244, § 3, d'organiser de nouveaux essais. En fonction des résultats des tests, l'agence peut décider de confirmer ou de retirer l'attestation après avoir reçu l'avis conforme du groupe d'experts indépendants susmentionné.

Art. 534/247. Les certificats délivrés conformément aux dispositions de la présente partie sont publiés sur le site web de l'agence en mentionnant leur délai de validité. ».

CHAPITRE 2. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs*

**Art. 32.** L'article 1<sup>er</sup>/1 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 juin 2022 et remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, est abrogé.

**Art. 33.** Dans la partie 1<sup>re</sup> du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le titre 2, comportant les articles 2 et 3, est abrogé.

**Art. 34.** Les articles 4, 5 et 6 du même arrêté sont abrogés.

**Art. 35.** Dans la partie 1<sup>re</sup> du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le titre 4, comportant les articles 14 à 68, est abrogé.

**Art. 36.** Dans la partie 4 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le titre 1<sup>er</sup>, comportant les articles 157 à 190, est abrogé en ce qui concerne les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.90.

**Art. 37.** Dans la partie 4 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 septembre 2023, le titre 2, comportant les articles 191 à 238, est abrogé.

**Art. 38.** À l'article 278 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1<sup>er</sup> les mots « au ministre » sont remplacés par les mots « à l'agence » ;

2° à l'alinéa 2, 4°, le numéro « 322 » est remplacé par le membre de phrase « 534/198 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

**Art. 39.** À l'article 279 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, le membre de phrase « Dans les trente jours de la réception de la demande, » est abrogé ;

2° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit :

« § 2. L'agence peut solliciter l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée concernant les aspects de fond de la demande. ».

**Art. 40.** À l'article 280 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 mai 2023, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « l'administration sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée » sont remplacés par les mots « l'administration peut solliciter l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée » ;

2° l'alinéa 2 est abrogé.

**Art. 41.** Les articles 281, 282 et 283 du même arrêté sont abrogés.

**Art. 42.** Dans l'article 284 du même arrêté, la phrase introductive est remplacée par ce qui suit :

« Lors de la rédaction de l'avis, la Commission d'experts ou la commission consultative sectorielle concernée peut : ».

**Art. 43.** L'article 285 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 285. Si aucun avis tel que visé à l'article 280 n'a été donné, l'agence poursuit le traitement de la demande. ».

**Art. 44.** À l'article 286 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le membre de phrase « tenir compte, le cas échéant, de l'avis commun visé à l'article 281 ou de l'un des avis ou des deux avis visés à l'article 283 » est remplacé par les mots « tenir compte, le cas échéant, de l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée » ;

2° les alinéas 2 et 3 sont remplacés par ce qui suit :

« L'agence transmet son avis au ministre.

L'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée est joint, le cas échéant, à l'avis de l'agence. ».

**Art. 45.** L'article 287 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 287. Dans le cadre de la mission d'avis visée à l'article 286, l'agence peut :

1° recueillir des renseignements complémentaires auprès de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée ;

2° recueillir des renseignements complémentaires auprès du demandeur ;

3° consulter des experts possédant une expertise spécifique dans le domaine de la proposition ou de la demande. ».



**Art. 46.** L'article 288 du même arrêté est abrogé.

**Art. 47.** Les articles 289 et 290 du même arrêté sont remplacés par ce qui suit :

« Art. 289. Le ministre approuve la demande ou la rejette sur la base de l'avis de l'agence et, le cas échéant, de l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée.

L'agence communique la décision du ministre au demandeur par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude.

Art. 290. Si l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée est sollicité conformément à l'article 280, les décisions du ministre visées à l'article 289 sont communiquées à titre d'information à la Commission d'experts ou à la commission consultative sectorielle concernée. ».

**Art. 48.** Dans l'article 292, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, les mots « au ministre » sont remplacés par le membre de phrase « à l'agence ».

**Art. 49.** À l'article 293 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 mai 2023, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, le membre de phrase « Dans les trente jours de la réception de la demande, » est abrogé ;

2° dans le paragraphe 2, le membre de phrase « Dans les trente jours de la réception de la demande recevable, L'administration sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée » est remplacé par le membre de phrase « L'Administration peut solliciter, au sujet de toute demande recevable conformément au paragraphe 1<sup>er</sup>, l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée ».

**Art. 50.** L'article 294 du même arrêté est abrogé.

**Art. 51.** L'article 295 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 295. Si aucun avis tel que visé à l'article 293, § 2, n'a été donné, l'agence poursuit le traitement de la demande. ».

**Art. 52.** À l'article 296 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le membre de phrase « de l'avis commun ou de l'un des avis ou des deux avis séparés visés à l'article 294 » est remplacé par les mots « de l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée » ;

2° l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« L'agence transmet son avis au ministre. L'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée est joint, le cas échéant, à chaque avis de l'agence. ».

**Art. 53.** L'article 297 du même arrêté est abrogé.

**Art. 54.** Dans l'article 299 du même arrêté, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Si l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée est sollicité conformément à l'article 293, § 2, la décision du ministre visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est communiquée à titre d'information à la Commission d'experts ou à la commission consultative sectorielle concernée. ».

**Art. 55.** À l'article 301 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit :

« L'agence peut solliciter l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée au sujet de l'intention de résiliation de la convention avec une équipe d'accompagnement multidisciplinaire. » ;

2° à l'alinéa 2, le membre de phrase « , le cas échéant, » est inséré entre les mots « la réaction et » et les mots « la proposition ».

**Art. 56.** Les articles 302 et 303 du même arrêté sont remplacés par ce qui suit :

« Art. 302. La Commission d'experts ou la commission consultative sectorielle concernée rédige un avis sur les demandes d'avis visées à l'article 301. La Commission d'experts ou la commission consultative sectorielle transmet l'avis à l'agence.

Art. 303. Si aucun avis tel que visé à l'article 302 n'a été donné, l'agence poursuit le traitement de la demande. ».

**Art. 57.** À l'article 304 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « des avis visés » sont remplacés par les mots « de l'avis visé » ;

2° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le membre de phrase « de la proposition ou, le cas échéant, des propositions » est remplacé par le membre de phrase « , le cas échéant, de la ou des propositions » ;

3° l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« L'agence transmet son avis au ministre. L'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée et la réaction et, le cas échéant, la ou les propositions visées à l'article 300, § 2, sont joints, le cas échéant, à chaque avis de l'agence. ».

**Art. 58.** L'article 305 du même arrêté est abrogé.

**Art. 59.** Dans l'article 306, § 2, du même arrêté, le numéro « 322 » est remplacé par le membre de phrase « 321 du présent arrêté et à l'article 534/198 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

**Art. 60.** L'article 307 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 307. Si l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée est sollicité conformément à l'article 301, la décision du ministre visée à l'article 306, § 6, est communiquée à titre d'information à la Commission d'experts ou à la commission consultative sectorielle concernée. ».

CHAPITRE 3. — *Dispositions finales*

**Art. 61.** Les demandes d'interventions pour soins dans une initiative d'habitation protégée, dont la date de réception est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2024, continuent à être traitées en application des conditions énoncées dans la partie 1<sup>re</sup>, titre 4, chapitre 1<sup>er</sup>, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, telles qu'elles sont applicables au 31 décembre 2023.

À l'alinéa 1<sup>er</sup>, on entend par date de réception : la date à laquelle la demande complète a été reçue. En cas d'expédition par envoi recommandé, il s'agit de la date de la poste de la lettre par laquelle la demande complète a été expédiée. Si la date de la poste fait défaut, c'est la date à laquelle l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur est inscrit ou affilié a reçu une demande complète.

**Art. 62.** Les décisions d'approbation d'interventions pour soins dans une initiative d'habitation protégée, qui ont été prises avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024 par l'organisme assureur concerné en application de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs tel qu'en vigueur au 31 décembre 2023, sont mises en œuvre, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, par la caisse d'assurance soins concernée.

**Art. 63.** Jusqu'au 31 décembre 2025, les initiatives d'habitation protégée transmettent les factures à l'organisme assureur auquel l'utilisateur est affilié, si l'intervention facturée se rapporte à des prestations qui ont été dispensées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Les organismes assureurs traitent les factures conformément à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs tel qu'en vigueur au 31 décembre 2023.

**Art. 64.** § 1<sup>er</sup>. Une initiative d'habitation protégée qui, indépendamment de sa volonté, ne dispose pas d'une application numérique opérationnelle, telle que mentionnée dans l'article 534/189 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, et ne peut dès lors pas commencer, le 1<sup>er</sup> janvier 2024, à introduire des demandes conformément à l'article 534/180 de l'arrêté précité et à envoyer des factures conformément à l'article 534/186, § 2, de l'arrêté précité peut introduire auprès de l'agence une demande de dérogation exceptionnelle.

Les initiatives d'habitation protégée introduisent les demandes de dérogation visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2024.

§ 2. L'initiative d'habitation protégée soumet la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup> à l'agence par écrit et y joint une déclaration sur l'honneur selon laquelle elle ne peut pas effectuer les demandes et la facturation par le biais de l'application numérique visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

L'agence peut demander des pièces supplémentaires à l'appui de la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup>.

§ 3. L'agence évalue la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup> et informe l'initiative d'habitation protégée concernée de sa décision au sujet de cette demande au plus tard le 15 mars 2024.

§ 4. Les initiatives d'habitation protégée qui ont introduit une demande exceptionnelle telle que visée à l'article 66, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du présent arrêté ne peuvent pas introduire de demande de dérogation exceptionnelle telle que visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 65.** Pour les soins dispensés pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 31 mars 2024, les initiatives d'habitation protégée qui disposent d'une approbation de dérogation telle que visée à l'article 64 du présent arrêté peuvent, par dérogation à l'article 534/177 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, envoyer les demandes visées à l'article 534/180 de l'arrêté précité à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié après que les soins ont été dispensés.

Les initiatives d'habitation protégée introduisent toutes les demandes visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> par ordre chronologique, par le biais de l'application numérique visée à l'article 534/189 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018, dans les trente jours de la mise en service de l'application numérique précitée.

Les initiatives d'habitation protégée facturent tous les soins visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> par ordre chronologique, par le biais de l'application numérique visée à l'article 534/189 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2024 au plus tard.

L'agence détermine, pour chaque initiative d'habitation protégée, l'avance pour chaque mois de la période visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> que l'initiative d'habitation protégée reçoit par caisse d'assurance soins au moyen de la formule suivante : 80 % d'un douzième du budget annuel 2024 de l'initiative d'habitation protégée respective.

**Art. 66.** § 1<sup>er</sup>. Une initiative d'habitation protégée peut introduire auprès de l'agence une demande exceptionnelle afin de recevoir de la caisse d'assurance soins une avance mensuelle pour les mois de janvier, février et mars 2024.

Les initiatives d'habitation protégée introduisent les demandes de dérogation visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> au plus tard le 5 décembre 2023.

§ 2. L'initiative d'habitation protégée soumet la demande exceptionnelle mentionnée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, à l'agence par écrit et y joint une déclaration sur l'honneur selon laquelle elle ne peut pas encore introduire les demandes conformément à l'article 534/180 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande et ne peut pas encore envoyer les factures conformément à l'article 534/186 du même arrêté.

L'agence peut demander des pièces supplémentaires afin de clarifier la demande de dérogation visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 3. L'agence évalue la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et informe l'initiative d'habitation protégée concernée de sa décision au sujet de cette demande au plus tard le 31 décembre 2023.

L'agence détermine, pour chaque initiative d'habitation protégée, l'avance pour chaque mois, visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, que l'initiative d'habitation protégée reçoit par caisse d'assurance soins au moyen de la formule suivante : 50% d'un douzième du budget annuel 2024 de l'initiative d'habitation protégée respective.

§ 4. Les initiatives d'habitation protégée qui ont introduit une demande de dérogation exceptionnelle telle que visée à l'article 64 § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, ne peuvent pas introduire de demande telle que visée dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 67.** Chaque caisse d'assurance soins impute les montants d'avance qui ont été versés à l'initiative d'habitation protégée sur les notes de frais individuelles reçues qui satisfont aux conditions énoncées à l'article 534/186, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2 à 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.

La première note de frais individuelle intervenant après imputation intégrale du montant d'avance, qui satisfait aux conditions énoncées à l'article 534/186, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2 à 4, de l'arrêté précité, est payée par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 534/185 de l'arrêté précité.

À partir de la septième semaine suivant celle au cours de laquelle elle a versé la dernière avance, la caisse d'assurance soins peut récupérer les éventuelles avances non imputées auprès de l'initiative d'habitation protégée.

L'agence est financièrement responsable des avances non imputées visées à l'alinéa 3 que les caisses d'assurance soins ne peuvent pas récupérer auprès de l'initiative d'habitation protégée.

**Art. 68.** Par dérogation à l'article 534/174, alinéa 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, une demande est considérée comme complète si les éléments mentionnés dans l'article 534/179, alinéa 2, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, de l'arrêté précité, sont complets. Le volet 2 mentionné dans l'article 534/179, alinéa 2, 2<sup>o</sup>, de l'arrêté précité est conservé par l'initiative d'habitation protégée et ne doit pas nécessairement être transmis par le biais de l'application numérique.

**Art. 69.** Au plus tard deux mois après le décès de l'utilisateur, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs transmet les factures à l'organisme assureur auquel l'utilisateur est affilié, si l'intervention facturée se rapporte à des prestations qui ont été entamées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Les organismes assureurs traitent les factures conformément à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs tel qu'en vigueur au 31 décembre 2023.

**Art. 70.** § 1<sup>er</sup>. Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs qui, indépendamment de sa volonté, ne dispose pas d'une application numérique opérationnelle, telle que mentionnée dans l'article 534/221 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, et ne peut dès lors pas commencer, le 1<sup>er</sup> janvier 2024, à introduire des demandes conformément à l'article 534/213 de l'arrêté précité et à envoyer des factures conformément à l'article 534/219, § 2, de l'arrêté précité peut introduire auprès de l'agence une demande de dérogation exceptionnelle.

Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs introduisent les demandes de dérogation visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2024.

§ 2. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs soumet la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup> à l'agence par écrit et y joint une déclaration sur l'honneur selon laquelle elle ne peut pas effectuer les demandes et la facturation par le biais de l'application numérique visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>.

L'agence peut demander des pièces supplémentaires à l'appui de la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup>.

§ 3. L'agence évalue la demande de dérogation visée au paragraphe 1<sup>er</sup> et informe l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs concernée de sa décision au sujet de cette demande au plus tard le 15 mars 2024.

**Art. 71.** Pour l'accompagnement dispensé pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 31 mars 2024, les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs qui disposent d'une approbation de dérogation telle que visée à l'article 70 du présent arrêté, peuvent, par dérogation à l'article 534/210, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, envoyer les demandes visées à l'article 534/212 de l'arrêté précité à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié après que les soins ont été dispensés.

Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs introduisent toutes les demandes visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> par ordre chronologique, par le biais de l'application numérique visée à l'article 534/221 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018, dans les trente jours de la mise en service de l'application numérique précitée.

Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs facturent tous les soins visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> par ordre chronologique, par le biais de l'application numérique visée à l'article 534/221 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2024 au plus tard.

L'agence détermine, pour chaque équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, l'avance pour chaque mois visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs reçoit par caisse d'assurance soins au moyen de la formule suivante : la moyenne du nombre de prestations facturées des mois de janvier, février et mars 2021 et 2022 multipliée par le prix forfaitaire applicable respectivement en janvier, février et mars 2024.

**Art. 72.** Chaque caisse d'assurance soins impute les montants d'avance qui ont été versés aux équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs sur les notes de frais individuelles reçues qui satisfont aux conditions énoncées à l'article 534/219, § 1<sup>er</sup>, alinéas 3 à 5, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

La première note de frais individuelle intervenant après imputation intégrale du montant d'avance, qui satisfait aux conditions énoncées à l'article 534/219, § 1<sup>er</sup>, alinéas 3 à 5, de l'arrêté précité, est payée par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 534/218 de l'arrêté précité.

À partir de la septième semaine suivant celle au cours de laquelle elle a versé la dernière avance, la caisse d'assurance soins peut récupérer les éventuelles avances non imputées auprès des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

L'agence est financièrement responsable des avances non imputées visées à l'alinéa 3 que les caisses d'assurance soins ne peuvent pas récupérer auprès des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

**Art. 73.** Si l'examen en vue de l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette a été pratiqué avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024, la demande d'intervention pour l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette à laquelle est jointe, le cas échéant, la demande d'intervention dans les frais de déplacement pour le transport, depuis et vers l'équipe d'avis ou l'équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette, dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, et la facturation sont traitées selon la réglementation, les procédures et les formulaires en vigueur au 31 décembre 2023.

**Art. 74.** Les services qui, conformément à l'article 75 ou à l'article 110 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, ont conclu une convention de revalidation 7.90.0, 7.90.1 ou 7.90.2 avec le Gouvernement flamand pour l'établissement de rapports d'avis en matière de voiturette sont agréés de plein droit, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, en tant qu'équipe d'avis ou équipe d'avis spécialisée en matière de voiturette conformément à l'article 358/9 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

**Art. 75.** L'article 9, 5°, 7°, 10° et 16°, l'article 52, 1° et 2°, les articles 74, 83, 84, l'article 97, 1° et 3°, les articles 98 à 103, les articles 110, 115 et 116 du décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**Art. 76.** Les articles 61, 66, 68, 70, 72, 92, 106, 108 et 109 du même décret du 18 juin 2021 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 en ce qui concerne les initiatives d'habitation protégée.

**Art. 77.** Les articles 89 à 91 du même décret du 18 juin 2021 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 en ce qui concerne les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs et les équipes d'avis et équipes d'avis spécialisées en matière de voiturette.

**Art. 78.** L'article 92 du même décret du 18 juin 2021 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour les interventions pour des prestations de revalidation dans les structures de revalidation, en ce qui concerne les initiatives d'habitation protégée et les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

**Art. 79.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**Art. 80.** Le ministre flamand qui a la Protection sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 10 novembre 2023.

Le ministre-président du Gouvernement flamand,

J. JAMBON

La ministre flamande du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille,

H. CREVITS

## VLAAMSE OVERHEID

[C – 2023/48437]

**1 DECEMBER 2023. — Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 juli 2017 houdende de delegatie van diverse bevoegdheden inzake de organisatie van de gemeenteraadsverkiezingen, de stadsdistrictsraadsverkiezingen, de verkiezingen van de raad voor maatschappelijk welzijn en de provincieraadsverkiezingen aan de Vlaamse minister, bevoegd voor de binnenlandse aangelegenheden**

### Rechtsgronden

Dit besluit is gebaseerd op:

- de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20, gewijzigd bij de bijzondere wet van 16 juli 1993;
- het Lokaal en Provinciaal Kiesdecreet van 8 juli 2011, artikel 16, § 1, eerste lid, vervangen bij het decreet van 30 juni 2017 en gewijzigd bij het decreet van 27 oktober 2023, artikel 54, tweede lid, gewijzigd bij het decreet van 27 oktober 2023, artikel 56, § 2, 7°, gewijzigd bij het decreet van 16 juli 2021, artikel 149, gewijzigd bij het decreet van 27 oktober 2023, artikel 171, vierde lid, ingevoegd bij het decreet van 27 oktober 2023, artikel 175, 186, vierde lid, ingevoegd bij het decreet van 27 oktober 2023, artikel 191, § 4, gewijzigd bij het decreet van 27 oktober 2023;
- het Digitaal Kiesdecreet van 25 mei 2012, artikel 22, derde lid, vervangen bij het decreet van 27 oktober 2023.

### Vormvereisten

De volgende vormvereisten zijn vervuld:

- De Inspectie van Financiën heeft advies gegeven op 18 november 2023.

### Motivering

Dit besluit is gebaseerd op de volgende motieven:

- Voor een ordentelijke organisatie en het goede verloop van de verkiezingen is het noodzakelijk dat de betrokken actoren, waaronder de hoofdbureaus, de gemeenten en provincies, en ook de mogelijke kandidaten zo snel mogelijk kunnen beschikken over de nodige uitvoeringsbesluiten, met inbegrip van de modellen en formulieren. Die actoren en kandidaten moeten op korte termijn op de hoogte gebracht worden van de aanvullende regels voor de verkiezingsorganisatie. Dat vereist een soepele werkwijze, die kan worden bereikt door delegatie aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het binnenlands bestuur en het stedenbeleid, zodat die onmiddellijk de nodige besluiten kan nemen en de modellen, formulieren en onderrichtingen kan vaststellen.

- Voor het goede verloop van de verkiezingen is het noodzakelijk dat de besluiten die nodig zijn om de desbetreffende artikelen van het Lokaal en Provinciaal Kiesdecreet van 8 juli 2011 en het Digitaal Kiesdecreet van 25 mei 2012 uit te voeren, dringend genomen worden.

- Sommige bepalingen in het Lokaal en Provinciaal Kiesdecreet van 8 juli 2011 en in het Digitaal Kiesdecreet van 25 mei 2012 waarin opdrachten aan de Vlaamse Regering worden gegeven, zijn gewijzigd of opgeheven. Daarnaast zijn er nieuwe bepalingen in de voormelde decreten opgenomen waarmee nieuwe opdrachten aan de Vlaamse Regering worden gegeven. Dat impliceert dat het besluit van de Vlaamse Regering van 7 juli 2017 houdende de delegatie van diverse bevoegdheden inzake de organisatie van de gemeenteraadsverkiezingen, de stadsdistrictsraadsverkiezingen, de verkiezingen van de raad voor maatschappelijk welzijn en de provincieraadsverkiezingen aan de Vlaamse minister, bevoegd voor de binnenlandse aangelegenheden moet worden gewijzigd.