

Für Arbeitnehmer, deren durchschnittlicher Tageslohn, erwähnt in Artikel 131^{ter} Absatz 3 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991, am 30. Juni 2021 dem an diesem Datum geltenden Grenzbetrag AX entsprach, wird ab dem 1. Juli 2021 ein durchschnittlicher Tageslohn berücksichtigt, der sich in der aufgrund von Artikel 119 Nr. 2 festgelegten Einkommensstufe befindet, in der der neue Grenzbetrag AX liegt.

Für alleinstehende Arbeitnehmer, die sich am 30. Juni 2021 im zweiten Entschädigungszeitraum befinden, die keine Alterszulage beziehen und deren durchschnittlicher Tageslohn, erwähnt in Artikel 114 § 1 Absatz 2 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991, am 30. Juni 2019 dem an diesem Datum geltenden Grenzbetrag AY entsprach, wird ab dem 1. Juli 2021 ein durchschnittlicher Tageslohn berücksichtigt, der sich in der aufgrund von Artikel 119 Nr. 2 festgelegten Einkommensstufe befindet, in der der neue Grenzbetrag AY liegt.

Für Arbeitnehmer, die die Regelung der Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag in Anspruch nehmen oder eine Zusatzentschädigung für entlassene ältere Grenzgänger beziehen, deren durchschnittlicher Tageslohn am 30. Juni 2021 dem an diesem Datum geltenden Grenzbetrag AZ entsprach, wird ab dem 1. Juli 2021 ein durchschnittlicher Tageslohn berücksichtigt, der sich in der aufgrund von Artikel 119 Nr. 2 festgelegten Einkommensstufe befindet, in der der neue Grenzbetrag AZ liegt.

Art. 10 - Der für die Beschäftigung zuständige Minister ist mit der Ausführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Gegeben zu Brüssel, den 14. Juli 2021

PHILIPPE

Von Königs wegen:

Der Minister der Beschäftigung

P.-Y. DERMAGNE

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2022/41687]

10 JUNI 2022. — Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging 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, 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 en het besluit van de Vlaamse Regering van 28 mei 2021 over de tenuitvoerlegging van BelRAI en tot wijziging van diverse besluiten van de Vlaamse Regering over het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

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;

- de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 114, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018, artikel 115, eerste lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 115, tweede lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018 en gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, en artikel 115, vijfde lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018;

- het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 37, § 1, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 38, derde lid, artikel 39, § 1, tweede lid, artikel 48, artikel 49, § 3, derde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 49, § 5, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 50, eerste, vierde en vijfde lid, artikel 60, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 65, vierde lid, artikel 74, eerste lid, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 82, artikel 145, § 1 en § 2, artikel 148, § 1 en § 2, artikel 152, § 1 en § 2, artikel 154/10, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 154/11, § 1, derde lid en § 2, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 154/13, § 1, § 2 en § 3, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021 en artikel 185;

- 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 20, artikel 24, § 1, artikel 75, § 2, artikel 78, artikel 81, en artikel 82, § 1;

- het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, artikel 38, tweede lid;

- 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 Inspectie van Financiën heeft advies gegeven op 8 december 2021 en op 17 februari 2022;

- De Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens heeft advies nr. 2022/033 gegeven op 19 april 2022.

- De Raad van State heeft advies 71.262/3 gegeven op 26 april 2022 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. In boek 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, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, wordt het opschrift van deel 1 vervangen door wat volgt:

“Deel 1. Definities en toepassingsgebied”.

Art. 2. In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, wordt een artikel 1/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 1/1. Dit besluit is niet van toepassing op de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings in revalidatievoorzieningen, met uitzondering van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72 en de tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland die behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72.

De tegemoetkomingen voor reiskosten die verbonden zijn aan de revalidatieverstrekkings, vermeld in het eerste lid, worden toegekend conform artikel 205 van het besluit van 7 december 2018.”.

Art. 3. In artikel 46, § 1, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de woorden “minister na advies van het agentschap” vervangen door de woorden “leidend ambtenaar van het agentschap”.

Art. 4. In artikel 48, § 2, van hetzelfde besluit wordt het woord “minister” vervangen door de woorden “leidend ambtenaar van het agentschap”.

Art. 5. In artikel 88 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, inleidende zin, wordt tussen de woorden “de verzekeringsinstellingen” en de woorden “de volgende gegevens” de zinsnede “en aan de Brusselse verzekeringsinstellingen, vermeld in artikel 2, 7°, van de ordonnantie van 21 december 2018 betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen,” ingevoegd;

2° in het eerste lid, 2°, worden tussen het woord “gefatureerde” en het woord “prestaties” de woorden “en aangevraagde” ingevoegd;

3° aan het eerste lid wordt een punt 4° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“4° aanvaarde, gefatureerde en aangevraagde prestaties in het kader van de revalidatievoorzieningen, waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72.”;

4° in het tweede lid wordt tussen de woorden “de verzekeringsinstellingen” en de woorden “aan de zorgkassen” de zinsnede “en de Brusselse verzekeringsinstellingen, vermeld in artikel 2, 7°, van de ordonnantie van 21 december 2018 betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen” ingevoegd;

5° in het tweede lid, 5°, worden tussen de woorden “in een revalidatieziekenhuis” en de woorden “heeft gemeld” de woorden “of in een revalidatievoorziening” ingevoegd;

6° in het tweede lid, 6°, worden tussen de woorden “in een revalidatieziekenhuis” en de woorden “heeft gemeld” de woorden “of een gebruik van of verblijf in een revalidatievoorziening” ingevoegd;

7° aan het tweede lid, 7°, wordt de zinsnede “, of in de revalidatievoorzieningen, vermeld in artikel 534/99” toegevoegd;

8° aan het tweede lid wordt een punt 8° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“8° aanvaarde, gefatureerde prestaties en aangevraagde prestaties in het kader van de pijler mobiliteitshulpmiddelen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op voorwaarde dat een aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel is ingediend bij de zorgkas.”.

Art. 6. Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 en 26 november 2021, wordt een titel 6, die bestaat uit artikel 111/16 tot en met artikel 111/23, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 6. Revalidatievoorzieningen

Art. 111/16. Met het oog op de indiening van de aanvraag van een tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekkings, vermeld in artikel 534/111, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan de revalidatievoorziening. De revalidatievoorziening verschafte 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. 111/17. Met het oog op de indiening van de aanvraag van een tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekkings, vermeld in artikel 534/111, bezorgt de revalidatievoorziening de volgende gegevens aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

1° de gegevens van de revalidatievoorziening;

- 2° de gegevens over de soort revalidatieverstrekking;
- 3° de periode waarin de revalidatieverstrekkingen plaatsvinden;
- 4° de geïnformeerde toestemming van de gebruiker conform artikel 534/111, 2°;
- 5° het medische verslag van de behandelende arts van de revalidatievoorziening conform artikel 534/111, 3°;
- 6° 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 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. 111/18. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door de revalidatievoorzieningen conform artikel 534/119 tot en met 534/121.

Art. 111/19. De revalidatievoorzieningen 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. 111/20. Het agentschap bewaart de documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/19, tot dertig jaar na het einde van de aanvraag in kwestie of tot vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/21. De documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/19 en 111/20, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 111/22. 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 111/16 en artikel 111/17, eerste lid, van dit besluit, met uitzondering van gegevens over de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 111/23. 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 111/17, eerste lid, 2°, van dit besluit.”.

Art. 7. In artikel 497, § 2, eerste lid, 3°, d), en 4°, van hetzelfde besluit worden de woorden “intern verzelfstandigd” opgeheven.

Art. 8. In artikel 534/37, derde lid, van hetzelfde besluit wordt het woord “vijfde” vervangen door het woord “vijftiende”.

Art. 9. In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, wordt een boek 3/6, dat bestaat uit artikel 534/90 tot en met artikel 534/138, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/6. Revalidatievoorzieningen

Deel 1. Financiering en tegemoetkoming

Titel 1. Tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen

Art. 534/90. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° eenheidsprijs: de tegemoetkoming voor de eenheidsverstrekking, vermeld in de revalidatieovereenkomst. Om de eenheidsprijs te berekenen, wordt rekening gehouden met de loonkosten van het personeel, de kosten voor infrastructuur en de werkingskosten van de voorziening, die worden geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst;

2° jaarenveloppe: het maximale totaalbedrag dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar mag aanrekenen aan de zorgkassen en dat wordt bepaald in de revalidatieovereenkomst.

§ 2. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzieningen wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = eenheidsprijs x 90 % van het theoretische aantal eenheidsverstrekkingen.

In het eerste lid wordt verstaan onder theoretisch aantal eenheidsverstrekkingen: het maximumaantal eenheidsverstrekkingen dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar kan verrichten als een bezettingsgraad van 100% wordt gerealiseerd en dat wordt geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst.

§ 3. Voor revalidatievoorzieningen die verschillende soorten revalidatieverstrekkingen kunnen leveren, wordt in de revalidatieovereenkomst bepaald hoe de verschillende soorten revalidatieverstrekkingen zich verhouden tot de eenheidsverstrekking. Bij alle revalidatieverstrekkingen waarvoor een tegemoetkoming kan worden aangerekend, wordt in voorkomend geval een mathematische waarde ten opzichte van de eenheidsverstrekking bepaald. De grenzen van de jaarenveloppes worden daarbij gerespecteerd.

§ 4. De revalidatievoorziening 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.

§ 5. De eenheidsprijs wordt vanaf 1 januari 2020 verminderd met 1,3%.

Art. 534/91. Het indexeerbare gedeelte van de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen wordt bepaald in de revalidatieovereenkomst. Tenzij het anders vermeld is, wordt het indexeerbare gedeelte gekoppeld aan het spilindexcijfer 107,20 (basis = 2013).

Het indexeerbare gedeelte, waarvan de grootte wordt vermeld in de overeenkomst, 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.

Als de termijn, vermeld in artikel 6 van de voormelde wet, niet wordt gerespecteerd, ontvangt de revalidatievoorziening een financiële vergoeding ter compensatie van de financiële schade die ze heeft geleden door de laattijdige toekenning.

Art. 534/92. Het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekingen wordt berekend in de revalidatieovereenkomst. Het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekingen wordt aan de reële personeelskosten aangepast zodra de werkelijke personeelsuitgaven ten gevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel 1% hoger liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen.

Om het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen en de aanpassing van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, vermeld in het eerste lid, te berekenen, bezorgt de revalidatievoorziening, volgens een model dat het agentschap bepaalt, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap.

Het personeelskostendossier vermeldt voor ieder personeelslid van wie de loonkosten in de berekening van de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekingen kunnen worden opgenomen, de volgende gegevens en documenten:

- 1° de voor- en achternaam;
- 2° de functie binnen de revalidatievoorziening;
- 3° een kopie van het diploma;
- 4° het aantal uren tewerkstelling per week binnen de revalidatievoorziening;
- 5° de anciënniteit op het moment van de berekening, uitgedrukt in jaren en maanden, en de bewijsstukken daarvan;
- 6° de loonschaal en het loonbarema;
- 7° de vermelding of de betrokkene al dan niet recht heeft op een functietoeslag;
- 8° in voorkomend geval, het bedrag van de functietoeslag;
- 9° de vermelding of de betrokkene al dan niet recht heeft op een haard- of standplaatsvergoeding;
- 10° in voorkomend geval, het bedrag van de haard- of standplaatsvergoeding;
- 11° de vermelding of de betrokkene al dan niet onregelmatige uren presteert;
- 12° de afstand, in enkele richting, van de woonplaats tot de revalidatievoorziening, uitgedrukt in aantal kilometer;
- 13° het bedrag van de vergoeding voor woon-werkverkeer;
- 14° het brutoloon van de betrokkene.

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

De revalidatievoorziening bewaart de personeelsgegevens, vermeld in het derde lid, tot één jaar na het vertrek van het personeelslid.

Als een personeelskostendossier niet beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in het derde en vierde lid, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. In voorkomend geval wordt dat meegegeeld aan de revalidatievoorziening binnen dertig dagen na de dag waarop het agentschap het personeelskostendossier heeft ontvangen.

De minister beslist over een vaststelling van de aanpassing van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, vermeld in het eerste lid. Het agentschap brengt de revalidatievoorziening en de zorgkassen op de hoogte van de beslissing van de minister. De aangepaste tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen wordt van kracht op de eerste dag van de vierde maand die volgt op de maand waarin het agentschap een onvankelijk personeelskostendossier heeft ontvangen.

Als het agentschap de termijn, vermeld in het zesde lid, niet naleeft, ontvangt de revalidatievoorziening een financiële vergoeding ter compensatie van de financiële schade die ze heeft geleden door de laattijdige toekenning.

Titel 2. Cumulatie van tegemoetkomingen

Art. 534/93. Een tegemoetkoming voor het verblijf in een revalidatievoorziening mag niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor het gebruik van of het verblijf in een andere revalidatievoorziening binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018 tijdens dezelfde periode, tenzij dat gebruik van of dat verblijf in beide revalidatievoorzieningen niet op dezelfde dag plaatsvindt.

Art. 534/94. Een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstreking in een revalidatievoorziening kan niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstreking op dezelfde dag in een andere revalidatievoorziening binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018 tijdens dezelfde periode.

Art. 534/95. Een tegemoetkoming voor een revalidatieverstreking in een revalidatievoorziening mag niet gecumuleerd worden met een andere tegemoetkoming voor een revalidatieverstreking in een revalidatievoorziening binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018 als dat cumulverbod bepaald is in een revalidatieovereenkomst.

Art. 534/96. De minister kan nadere regels bepalen voor de gevallen waarin kan worden afgeweken van een cumulatieverbod van tegemoetkomingen als vermeld in deze titel.

Art. 534/97. Een tegemoetkoming voor gebruik van of verblijf in een revalidatievoorziening 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, tenzij het gebruik of verblijf plaatsvindt buiten de periode van het verblijf in het ziekenhuis, of tenzij het ziekenhuis een revalidatievoorziening is binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018.

Art. 534/98. Een tegemoetkoming voor een revalidatieverstreking mag niet worden gecumuleerd met de volgende monodisciplinaire tegemoetkomingen die in dezelfde periode verstrekt zijn:

1° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in afdeling 3, artikel 7 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit, tenzij het over een andere aandoening gaat dan waarvoor de revalidatieverstreking verleend wordt;

3° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in afdeling 10, artikel 22, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit, bij een tegemoetkoming voor het gebruik van of het verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging of een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode, tenzij het over een andere aandoening gaat dan waarvoor de revalidatieverstreking verleend wordt;

4° een tegemoetkoming voor ergotherapeutische prestaties, met uitzondering van de prestaties die verricht zijn tijdens en na de ontslagprocedure in de revalidatievoorzieningen, waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.76.5 en 7.71 conform het besluit van 7 december 2018, of een tegemoetkoming voor psychotherapeutische prestaties.

Titel 3. Eigen bijdrage

Art. 534/99. De revalidatievoorzieningen rekenen alleen een persoonlijk aandeel aan aan de gebruiker aan wie een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen wordt toegekend in het kader van een revalidatieovereenkomst.

Het persoonlijke aandeel, vermeld in het eerste lid, is een financiële bijdrage van de gebruiker in de zorgkosten.

Art. 534/100. In de revalidatievoorzieningen kunnen extra vergoedingen worden aangerekend aan de gebruiker.

Extra vergoedingen als vermeld in het eerste lid, zijn kosten voor de gebruiker voor diensten en goederen die verricht of geleverd worden door de revalidatievoorziening en die niet worden vergoed door de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, noch door het persoonlijke aandeel.

Extra vergoedingen als vermeld in het eerste lid, kunnen alleen worden aangerekend aan de gebruiker aan wie een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen wordt toegekend in het kader van een revalidatieovereenkomst als die extra vergoedingen limitatief vermeld worden in de revalidatieovereenkomst.

Art. 534/101. Voor ambulante revalidatie bedraagt het persoonlijke aandeel 1,88 euro per revalidatieverstreking.

In afwijking van het eerste lid zijn de gebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming voor ambulante revalidatie geen persoonlijk aandeel verschuldigd.

Art. 534/102. Voor een verblijf in een revalidatievoorziening bedraagt het persoonlijke aandeel voor de eerste dag van het verblijf 43,84 euro. Vanaf de tweede dag van het verblijf bedraagt het persoonlijke aandeel 16,57 euro per dag.

In afwijking van het eerste lid bedraagt het persoonlijke aandeel vanaf de eerste dag 16,57 euro per dag in de volgende gevallen:

1° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een ziekenhuis als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

2° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis;

3° het verblijf begint binnen zes maanden na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de voormelde gecoördineerde wet;

4° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie is beëindigd in dezelfde of een andere revalidatievoorziening binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018.

Art. 534/103. In afwijking van artikel 534/102 van dit besluit bedraagt het persoonlijke aandeel voor een verblijf in een revalidatievoorziening de eerste dag van het verblijf 33,16 euro en vanaf de tweede dag van het verblijf 5,89 euro per dag voor de volgende categorieën van gebruikers:

1° kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste, conform artikel 32, eerste lid, 2° en 23°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° gebruikers die minstens twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig uitkeringsgerechtigde werkloze, alleenstaande of met een gezin ten laste, of die ten laste zijn van een persoon die aan de voormelde voorwaarden voldoet, conform artikel 32, eerste lid, 3°, van de voormelde gecoördineerde wet.

In afwijking van het eerste lid bedraagt het persoonlijke aandeel voor de categorieën van gebruikers, vermeld in het eerste lid, vanaf de eerste dag 5,66 euro per dag in de volgende gevallen:

1° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een ziekenhuis als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

2° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis;

3° het verblijf begint binnen zes maanden na een ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de voormelde gecoördineerde wet;

4° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie is beëindigd in dezelfde of een andere revalidatievoorziening met een revalidatieovereenkomst binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018.

Art. 534/104. In afwijking van artikel 534/102 bedraagt het persoonlijke aandeel van de gebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening vanaf de eerste dag 5,89 euro per dag.

Artikel 534/105. De bedragen, vermeld in artikel 534/101 tot en met 534/104, worden, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan spilindex 107,20 op 1.03.2020 (basis 2013).

De bedragen, vermeld in het eerste lid, worden op 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van het indexcijfer, vermeld in het eerste lid.

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.

Deel 2. Aanvraagprocedure

Art. 534/106. In dit deel wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122, van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen;

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 534/122. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als alle onderdelen, vermeld in artikel 534/111, volledig zijn conform het voormelde artikel.

Art. 534/107. Een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings kan alleen worden toegekend als de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, de aangevraagde tegemoetkoming heeft goedgekeurd.

Art. 534/108. De revalidatievoorziening waartoe de gebruiker zich wendt, verstuurt de aanvraag naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, voordat de revalidatieverstrekkings worden verleend.

De revalidatievoorziening stelt de revalidatieovereenkomst ter beschikking van de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger voordat de aanvraag wordt ingediend.

De aanvraag wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122.

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

Art. 534/109. Er wordt geen tegemoetkoming toegekend voor revalidatieverstrekkings die vroeger dan dertig dagen voor de ontvangstdatum zijn verricht.

Art. 534/110. 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 door een negatief resultaat van de controle, vermeld in artikel 534/113.

Art. 534/111. De revalidatievoorziening stelt samen met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag op. De aanvraag wordt opgemaakt aan de hand van het model van aanvraagformulier dat is opgenomen in de revalidatieovereenkomst. Het aanvraagformulier bestaat uit de volgende delen:

1° deel 1 dat de administratieve informatie bevat. Die informatie wordt ingevuld door de verantwoordelijke van de revalidatievoorziening en bestaat uit een document dat al de volgende informatie bevat:

- a) de gegevens van de revalidatievoorziening;
- b) de gegevens over de soort revalidatieverstrekkings;
- c) de periode waarin de revalidatieverstrekkings plaatsvinden;

2° deel 2 dat het akkoord van de gebruiker met de vraag naar een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings bevat in de vorm van een geïnformeerde toestemming. De geïnformeerde toestemming kan alleen gegeven worden nadat de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft kennisgenomen van de revalidatieovereenkomst. 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 een behandelende arts van de revalidatievoorziening.

Art. 534/112. De aanvraag, vermeld in artikel 534/111, wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122.

Art. 534/113. 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 de revalidatieovereenkomst en in artikel 534/93 tot en met 534/98;
- 3° de volledigheid van de meegedeelde gegevens.

De zorgkas vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de gebruiker of de revalidatievoorziening. Als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt bij de revalidatievoorziening, 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 volledige of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekkings.

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 534/93 tot en met 534/98, vervuld zijn, wordt de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekkings die als laatste werd aangevraagd geweigerd.

Art. 534/114. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan de gebruiker en de revalidatievoorziening 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 de gebruiker en de revalidatievoorziening bezorgt, wordt de aanvraag geacht te zijn goedgekeurd.

Zodra de zorgkas vaststelt dat de gebruiker en de revalidatievoorziening 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 tot weigering van de aanvraag en brengt ze de gebruiker en de revalidatievoorziening 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 revalidatieverstrekkings die op zijn vroegst dertig dagen voor de ontvangstdatum en uiterlijk tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering plaatsvinden. 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 534/113, tweede lid. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen.

Art. 534/115. § 1. In de gevallen die de minister bepaalt na advies van het agentschap, in voorkomend geval na advies van de Expertencommissie aan het agentschap, neemt de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, een beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of tot weigering van de aanvraag na eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, rekening houdend met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 534/113.

§ 2. Als de aanvraag onderworpen is aan de controle door de Zorgkassencommissie, bezorgt de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, de aanvraag binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum aan de Zorgkassencommissie zodra ze heeft vastgesteld dat de voorwaarden, vermeld in artikel 534/113, eerste lid, zijn vervuld. Die termijn wordt geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 534/113, tweede lid. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen.

De Zorgkassencommissie bezorgt binnen twintig werkdagen na de dag waarop ze de aanvraag heeft ontvangen, een eensluitend advies over de aanvraag aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De Zorgkassencommissie houdt bij het advies, vermeld in het tweede lid, eveneens rekening met de bepalingen in de revalidatieovereenkomsten.

Als de Zorgkassencommissie binnen twintig werkdagen na de dag waarop ze de aanvraag heeft ontvangen, geen eensluitend advies over de aanvraag bezorgt aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, wordt het advies geacht eensluitend gunstig te zijn.

De Zorgkassencommissie kan ontbrekende informatie opvragen bij de gebruiker of de revalidatievoorziening als ze dat noodzakelijk acht in het kader van haar opdracht. Als de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvraagt, wordt de termijn, vermeld in het tweede en het vierde lid, geschorst. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de Zorgkassencommissie de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen. Als de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvraagt bij de revalidatievoorziening, brengt ze de gebruiker daarvan gelijktijdig op de hoogte.

De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of tot weigering van de aanvraag aan de gebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de dag waarop ze het eensluitend advies van de Zorgkassencommissie heeft ontvangen.

Als de Zorgkassencommissie geen eensluitend advies over de aanvraag bezorgt aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, binnen de termijn, vermeld in het tweede lid, bezorgt de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, de beslissing aan de gebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na afloop van de termijn, vermeld in het tweede lid.

Als de Zorgkassencommissie na de termijn, vermeld in het tweede lid, een ongunstig eensluitend advies over de aanvraag bezorgt aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de zorgkas een nieuwe beslissing aan de gebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de dag waarop ze het eensluitend advies van de Zorgkassencommissie heeft ontvangen. Die nieuwe beslissing geldt vanaf de tiende werkdag na de aangetekende kennisgeving ervan.

§ 3. De beslissing van de zorgkas en het eensluitend advies van de Zorgkassencommissie, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, zijn gebaseerd op een analyse van het type zorgaanbod en de medische problematiek van de doelgroep. Bij die analyse wordt rekening gehouden met de resultaten van de a-posteriori controle, vermeld in artikel 534/116.

Art. 534/116. Een a-posteriori controle van de conformiteit van de medische gegevens die worden beschreven in het gestandaardiseerde medische verslag, vermeld in artikel 534/111, 3°, is mogelijk. De Zorgkassencommissie voert die controle uit op basis van de bepalingen in de revalidatieovereenkomst in kwestie. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

Art. 534/117. De beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bevat de volgende gegevens:

1° de gegevens van de revalidatievoorziening;

2° de gegevens over de soort revalidatieverstrekking, de periode waarin en, in voorkomend geval, de frequentie waarmee de revalidatieverstrekingen, waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, worden verleend.

De zorgkas deelt de beslissing tot weigering van de aanvraag mee aan de gebruiker met een aangetekende zending of op 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 de revalidatievoorziening op de hoogte van de beslissing tot goedkeuring of weigering via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122.

Art. 534/118. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, kan een beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring van een aanvraag verlengen in een nieuwe beslissing.

Deel 3. Facturatie

Art. 534/119. De tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen die aan de gebruiker is toegekend conform de bepalingen van dit besluit, wordt via een trekingsrecht van de gebruiker rechtstreeks uitbetaald aan de revalidatievoorziening door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De zorgkas betaalt de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen uiterlijk twee maanden 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 eerste lid, bepalen.

Art. 534/120. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder eenheidsprijs: de tegemoetkoming voor de eenheidsverstreking, vermeld in de revalidatieovereenkomst. Om de eenheidsprijs te berekenen, wordt rekening gehouden met de loonkosten van het personeel, de kosten voor infrastructuur en de werkingskosten van de voorziening, die worden geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst.

De verantwoordelijke van de revalidatievoorziening valideert de facturen en stuurt ze elektronisch naar de zorgkassen via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122.

Bij de facturen wordt de revalidatievoorziening 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 revalidatievoorziening;

3° de gegevens van de zorgkas;

4° de gepresteerde revalidatieverstrekingen, inclusief de datum waarop die revalidatieverstrekingen zijn gepresteerd;

5° een overzicht van de eenheidsprijs;

- 6° een overzicht van de aangerekende extra vergoedingen die boven op de eenheidsprijs in rekening zijn gebracht;
- 7° het totale verschuldigde nettobedrag dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet betalen;
- 8° het bedrag van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen.

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 534/122. Door de indiening van de facturen en individuele kostennota's via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122, voldoen ze aan de functionele vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid conform de geldende privacyregels.

§ 3. De revalidatievoorzieningen bezorgen de facturen en de individuele onkostennota's maandelijks per zorgkas en uiterlijk tot 24 maanden na de laatste dag waarop de zorg verstrekt is, tenzij het anders bepaald is in de overeenkomst met de revalidatievoorziening en 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.

Art. 534/121. Het agentschap betaalt de revalidatievoorzieningen de financiële tegemoetkoming in het kader van de sociale akkoorden die gesloten zijn, en de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen.

Deel 4. Software

Art. 534/122. § 1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 534/106, 1° en 2°, artikel 534/108, derde lid, artikel 534/112, artikel 534/117, derde lid, en artikel 534/120, § 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. Revalidatievoorzieningen die niet gebruikmaken van een digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, kunnen de aanvragen, vermeld in artikel 534/111, niet indienen bij de zorgkassen om tegemoetkomingen voor de revalidatieverstrekingen te krijgen, en kunnen niet factureren aan de zorgkassen conform artikel 534/120.

§ 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. 534/123. § 1. De softwareontwikkelaars dienen de aanvragen tot attestering als vermeld in artikel 534/122, § 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 digitaal 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 534/122, § 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 aan 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 de organisatie van testen.

De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/122, § 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 534/122, § 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 534/122, § 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 534/124.

§ 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 534/122, § 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. 534/124. § 1. Zo lang 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 534/122, § 1, eerste lid.

§ 2. Een softwareontwikkelaar met een geattesteerde digitale applicatie implementeert alle wijzigingen aan de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/122, § 1, volgens het versiebeleid van het digitaal 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 534/122, § 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, met een impact op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid als vermeld in artikel 534/122, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/122, § 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 zou voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/122, § 1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/122, § 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. 534/125. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit deel, worden bekendgemaakt op de website van het agentschap met vermelding van hun geldigheidstermijn.

Deel 5. Tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland

Titel 1. Inleidende bepaling

Art. 534/126. Dit deel voorziet in de gedeeltelijk omzetting van richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Titel 2. Voorwaarden en bedrag van de tegemoetkomingen

Art. 534/127. § 1. Voor geplande revalidatieverstrekkings waarvoor de gebruiker minstens één nacht in een ziekenhuis moet verblijven in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België, of in IJsland, in Liechtenstein, in Noorwegen of in Zwitserland, is een voorafgaande toestemming voor geplande zorg vereist conform richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Voor alle andere vormen van revalidatieverstrekkings in het buitenland is een voorafgaande toestemming vereist, waarvoor dezelfde toetssteen wordt gehanteerd als voor de goedkeuring, vermeld in artikel 534/107.

§ 2. De gebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland als al de volgende voorwaarden zijn vervuld:

1° de revalidatieverstrekkings behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzienings waarvoor dit besluit in een tegemoetkoming voorziet;

2° de gebruiker voldoet aan de voorwaarden waaraan op basis van dit besluit moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings kan worden toegekend;

3° de revalidatieverstrekkings worden verstrekt door een verstrekker die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in het land waar de revalidatieverstrekkings plaatsvinden, of in een voorziening die kan worden gelijkgesteld met een revalidatievoorziening en die voldoende geneeskundige waarborgen biedt of erkend is door de overheid van het land waar ze zich bevindt;

4° de gebruiker heeft, conform artikel 534/129 tot en met 534/138, een voorafgaande aanvraag ingediend en een goedkeuring voor de revalidatieverstrekkings in kwestie verkregen van de zorgkas;

5° op het ogenblik waarop de tegemoetkoming wordt toegekend, heeft de gebruiker de kosten al betaald en levert hij daarvan het bewijs.

De minister kan bepalen hoe het bewijs, vermeld in het eerste lid, 5°, wordt geleverd.

Art. 534/128. Behalve in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 534/134, 1°, zijn vervuld, is het bedrag van de tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland het gewogen gemiddelde van de tegemoetkomingen die worden toegekend voor revalidatieverstrekkings die worden verleend in revalidatievoorzienings met een vergelijkbaar revalidatieprogramma en een vergelijkbare doelgroep. De tegemoetkoming kan niet hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten.

Titel 3. Aanvraagprocedure

Art. 534/129. In deze titel wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag van een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings in het buitenland;

2° 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 zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, een volledige aanvraag heeft ontvangen. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als alle onderdelen, vermeld in artikel 534/111, volledig zijn conform het voormelde artikel.

Art. 534/130. Vóór de geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland dient de gebruiker een aanvraag in voor de tegemoetkoming bij de zorgkas waarbij hij is aangesloten.

De aanvraag kan alleen worden ingediend nadat de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft kennisgenomen van de revalidatieovereenkomsten waarvan het revalidatieprogramma vergelijkbaar is met het voorgescreven buitenlandse revalidatieprogramma, vermeld in de aanvraag.

Art. 534/131. Het agentschap stelt op zijn website een aanvraagformulier ter beschikking. De zorgkas stelt ook een Franstalige, Engelstalige en Duitstalige versie van het aanvraagformulier ter beschikking.

Het aanvraagformulier bevat de volgende onderdelen:

- 1° een gedetailleerde omschrijving van het buitenlandse revalidatieprogramma dat wordt voorgeschreven;
- 2° de omschrijving van een soortgelijk revalidatieprogramma dat in een revalidatievoorziening bestaat;
- 3° de motivatie waarom niet voor een revalidatievoorziening wordt gekozen.

Bij het aanvraagformulier kunnen stukken ter motivatie van de aanvraag worden gevoegd.

Het aanvraagformulier wordt door een arts-specialist, gespecialiseerd in de revalidatie in kwestie, ingevuld, ondertekend en gedagtekend.

Art. 534/132. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, is belast met de administratieve controle van de aanvraag en 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 de revalidatieovereenkomst en in artikel 534/93 tot en met 534/98;
- 3° de volledigheid van de meegedeelde gegevens.

De cumulatie van tegemoetkomingen wordt onder meer gecontroleerd op basis van de cumulbepalingen, vermeld in de revalidatieovereenkomsten waarvan het revalidatieprogramma vergelijkbaar is met het voorgeschreven buitenlandse revalidatieprogramma, vermeld in de aanvraag.

De zorgkas vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de gebruiker.

Als de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, niet zijn vervuld, wordt de aanvraag geweigerd door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten. In afwijking van artikel 534/133 neemt de zorgkas die beslissing tot weigering zonder voorafgaand eensluitend advies van de Expertencmissie.

Als uit de controle, vermeld in het eerste lid, 2°, blijkt dat de toepassingsvoorwaarden voor een verbod op cumulatie, vermeld in artikel 534/93 tot en met 534/98, vervuld zijn, wordt de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekking die als laatste werd aangevraagd geweigerd.

De beslissing tot weigering van de aanvraag 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 het beroep moet worden aangetekend.

De beslissing tot weigering wordt aan de gebruiker bezorgd met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de ontvangstdatum met zekerheid vast te stellen.

Art. 534/133. De zorgkas bezorgt de aanvraag binnen tien werkdagen na de ontvangstdatum aan de Expertencmissie.

De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie vraagt aan de gebruiker. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de voormelde bijkomende informatie heeft ontvangen.

Art. 534/134. De Expertencmissie onderzoekt het dossier en oordeelt of er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- 1° de voorwaarden, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004;
- 2° de voorwaarden, vermeld in artikel 534/127, § 2, eerste lid, 1° tot en met 3°, van dit besluit.

Art. 534/135. De Expertencmissie brengt een eensluitend gemotiveerd advies uit aan de zorgkas binnen vijftien werkdagen na de dag waarop ze de aanvraag van de zorgkas heeft ontvangen.

Bij een positief advies in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 534/135, 1°, zijn vervuld, adviseert de Expertencmissie om een voorafgaande toestemming te verlenen in de vorm van een formulier S2.

Bij een positief advies in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 534/135, 2°, zijn vervuld, vermeldt het advies van de Expertencmissie al de volgende gegevens:

- 1° de periode van de tegemoetkoming;
- 2° de naam en het adres van de instelling waar de revalidatie wordt verleend;
- 3° de naam en het volledige adres van de verantwoordelijke buitenlandse arts;
- 4° een omschrijving van de revalidatieverstrekingen;
- 5° de periode en de frequentie van de revalidatieverstrekingen;
- 6° het bedrag van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen.

De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt geschorst als de Expertencmissie bijkomende informatie van de gebruiker nodig heeft. De Expertencmissie vraagt aan de zorgkas om de ontbrekende informatie te vragen aan de gebruiker. De termijn, vermeld in het eerste lid, begint opnieuw te lopen op de werkdag waarop de aanvraag opnieuw wordt behandeld door de Expertencmissie.

De Expertencmissie brengt een eensluitend, gemotiveerd en positief advies uit over de aanvraag als de voorwaarden, vermeld in artikel 534/127, § 2, 1° tot en met 3°, vervuld zijn en als die zorg in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet kan worden verleend binnen een termijn die medisch verantwoord is, op basis van een objectief medisch oordeel over al de volgende aspecten:

- 1° de gezondheidstoestand van de gebruiker;
- 2° de voorgeschiedenis en het te verwachten verloop van zijn ziekte;
- 3° de mate van pijn of de aard van zijn handicap op het tijdstip waarop de aanvraag is ingediend of opnieuw is ingediend.

Art. 534/136. Op basis van het eensluitend advies van de Expertencmissie neemt de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, een beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of tot weigering van de gevraagde tegemoetkoming.

Binnen vijftien werkdagen na de dag waarop de zorgkas het advies van de Expertencommissie heeft ontvangen, brengt de zorgkas de gebruiker op de hoogte van de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de gevraagde tegemoetkoming en, in voorkomend geval, van de redenen van de weigering conform artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De beslissing tot weigering wordt aan de gebruiker bezorgd met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de ontvangstdatum met zekerheid vast te stellen.

In de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 534/134, 1°, zijn vervuld, voegt de zorgkas het formulier S2, bij de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring.

In de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 534/134, 2°, zijn vervuld, vermeldt de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring van de zorgkas de gegevens die zijn opgenomen in het advies van de Expertencommissie, vermeld in artikel 534/135, derde lid.

Art. 534/137. De periode waarvoor de aangevraagde tegemoetkoming kan worden toegekend, begint op zijn vroegst te lopen op de dag nadat de gebruiker de beslissing van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, heeft ontvangen.

Als de zorgkas een beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring neemt en die beslissing niet binnen dertig werkdagen na de ontvangstdatum aan de gebruiker bezorgt, begint de periode waarvoor een tegemoetkoming kan worden toegekend, op zijn vroegst op de dag na een termijn van dertig werkdagen die volgt op de ontvangstdatum.

Als de zorgkas een beslissing tot weigering neemt en die beslissing niet binnen dertig werkdagen na de ontvangstdatum aan de gebruiker bezorgt, wordt de aanvraag geacht te zijn goedgekeurd door de zorgkas. De periode waarvoor in dat geval een tegemoetkoming kan worden toegekend, begint op zijn vroegst op de dag na een termijn van dertig werkdagen die volgt op de ontvangstdatum, en eindigt na een termijn van tien werkdagen die volgt op de dag van de kennisgeving van de beslissing tot weigering.

De termijnen, vermeld in het tweede en derde lid, worden geschorst als er conform artikel 534/132, derde lid, en artikel 534/135, vierde lid, aanvullende informatie bij de gebruiker wordt gevraagd. De termijnen beginnen opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas in het geval, vermeld in artikel 534/132, derde lid, en de Expertencommissie in het geval, vermeld in artikel 534/135, vierde lid, de bijkomende informatie hebben ontvangen.

Art. 534/138. Als de zorgkas conform artikel 534/132, vierde lid, een beslissing tot weigering heeft genomen op basis van een inbreuk op de cumulatieverboden, vermeld in deel 1, titel 2 van dit besluit, en de gebruiker een nieuwe aanvraag indient die dezelfde revalidatieverstrekkings tot voorwerp heeft als de oorspronkelijke aanvraag, voegt de gebruiker een bijkomende motivering voor de cumulatie van tegemoetkomingen bij de aanvraag.

De zorgkas vervolledigt de nieuwe aanvraag, vermeld in het eerste lid, met informatie over de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings die al zijn toegekend, op basis waarvan de cumulatiebepalingen opnieuw kunnen worden geëvalueerd. De zorgkas bezorgt de nieuwe aanvraag binnen de termijn, vermeld in artikel 534/133, eerste lid, aan het agentschap. In afwijking van artikel 534/132 beoordeelt niet de zorgkas, maar wel de Expertencommissie de naleving van de regels over de cumulatie. De Expertencommissie voert die beoordeling uit in het kader van het onderzoek, vermeld in artikel 534/134.”.

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. 10. In deel 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, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019, 17 april 2020 en 26 november 2021, wordt het opschrift van titel 1 vervangen door wat volgt:

“Titel 1. Definities en toepassingsgebied”.

Art. 11. In artikel 1, 18°, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,” opgeheven.

Art. 12. In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, wordt een artikel 1/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 1/1. Dit besluit is niet van toepassing op de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, en op de tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland die behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72.

In afwijking van het eerste lid is dit besluit van toepassing op de tegemoetkomingen voor de reiskosten die verband houden met de revalidatieverstrekkings, vermeld in het eerste lid.”.

Art. 13. In artikel 24, § 1, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt het woord “aan” opgeheven.

Art. 14. In artikel 159 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de inleidende zin worden de woorden “de minister” vervangen door de woorden “het agentschap”;

2° aan punt 3° wordt de zinsnede “in relatie tot het andere zorgaanbod in het werkingsgebied van het geestelijke gezondheidsnetwerk, als vermeld in artikel 2, 15°, van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod;” toegevoegd.

Art. 15. In artikel 160 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

2° in paragraaf 2, eerste lid, wordt de zinsnede “Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag, vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie” vervangen door de woorden “Het agentschap kan advies vragen aan de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie”;

3° in paragraaf 2 wordt het tweede lid opgeheven.

Art. 16. In artikel 161 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

2° het tweede lid wordt opgeheven.

Art. 17. Artikel 162, 163 en 164 van hetzelfde besluit worden opgeheven.

Art. 18. In artikel 165 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. 19. Artikel 166 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 20. Artikel 167 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 167. Als er geen advies als vermeld in artikel 161, is gegeven, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.”.

Art. 21. In artikel 168 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 162, of met een of de beide adviezen, vermeld in artikel 164” 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. 22. Artikel 169 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 169. In het kader van de adviesopdracht, vermeld in artikel 168, 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. 23. Artikel 170 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 24. Artikel 171 tot en met 172 van hetzelfde besluit worden vervangen door wat volgt:

“Art. 171. 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. 172. Als er conform artikel 161 advies is gevraagd aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie, worden de beslissingen van de minister, vermeld in artikel 171, ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie.”.

Art. 25. In artikel 174 van hetzelfde besluit worden de woorden “de minister” vervangen door de woorden “het agentschap”.

Art. 26. In artikel 175 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 wordt de zinsnede “Het agentschap vraagt over elke ontvankelijke aanvraag, vermeld in paragraaf 1, advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie” vervangen door de zinsnede “Het agentschap kan over elke aanvraag die ontvankelijk is conform paragraaf 1, advies vragen aan de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie”.

Art. 27. Artikel 176 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 28. Artikel 177 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 177. Als er geen advies als vermeld in artikel 175, § 2, is gegeven, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.”.

Art. 29. In artikel 178 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 176” 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. 30. Artikel 179 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 31. In artikel 181 van hetzelfde besluit wordt het tweede lid vervangen door wat volgt:

“Als er conform artikel 175, § 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. 32. In artikel 182, § 3, 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 revalidatieovereenkomst 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. 33. Artikel 183 en 184 van hetzelfde besluit worden vervangen door wat volgt:

“Art. 183. De Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie stellen een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 182, § 3. Ze bezorgen het advies aan het agentschap.

Art. 184. Als er geen advies als vermeld in artikel 182, § 3, is gegeven, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.”.

Art. 34. In artikel 185 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 tussen de woorden “en de reactie en” en de woorden “het voorstel” de zinsnede “, in voorkomend geval,” ingevoegd;

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, vermeld in artikel 182, § 2, gevoegd.”.

Art. 35. Artikel 186 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 36. In artikel 187 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 2, eerste lid, wordt tussen de zinsnede “vermeld in de revalidatieovereenkomst,” en de zinsnede “kan de minister,” de zinsnede “of aan de voorwaarden, vermeld in de geldende regelgeving,” ingevoegd;

2° in paragraaf 3 wordt tussen het woord “kan” en het woord “minister” het woord “de” ingevoegd.

Art. 37. Artikel 189 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 189. Als er conform artikel 182, § 3, advies is gevraagd aan de Expertencommissie of aan de sectorale adviescommissie in kwestie, wordt de beslissing van de minister, vermeld in artikel 187, ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie in kwestie.”.

Art. 38. In artikel 191 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 28 december 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 2 wordt de zinsnede “, 7.72” opgeheven;

2° in paragraaf 4 wordt de zinsnede “het nummer 7.74” vervangen door de zinsnede “het nummer “7.74.6”.

Art. 39. In artikel 193 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het zevende lid wordt de zinsnede “de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de minister de voormelde beslissing heeft genomen, en uiterlijk” opgeheven;

2° in het negende lid wordt de zinsnede “of 7.90” vervangen door de zinsnede “of 74.051.09”.

Art. 40. In artikel 193/1, § 1, derde lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 april 2020 en gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 2 april 2021, worden de woorden “tussen het het” vervangen door de woorden “tussen het”.

Art. 41. In artikel 204, 2°, van hetzelfde besluit wordt de zin “Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als ten minste de drie delen van het aanvraagformulier, vermeld in artikel 209, gedagtekend en ondertekend zijn.” vervangen door de zin “Een aanvraag wordt in de volgende gevallen als volledig beschouwd:

a) deel 1 en 2, vermeld in artikel 209, 1° en 2°, zijn ondertekend en gedagtekend en deel 3, vermeld in artikel 209, 3°, is ondertekend en gedagtekend. Een aanvraag voor reiskosten kan gedaan worden door deel 1, 2 en 3 aan te vullen in de aanvraag, vermeld in artikel 209, 1° tot en met 3°, met deel 4, vermeld in artikel 209, 4°, of door een afzonderlijke aanvraag in te dienen waarin deel 1 en 2, vermeld in artikel 209, 1° en 2°, ondertekend en gedagtekend zijn, en deel 4 ingevuld en onderbouwd is met het verslag conform artikel 209, 4°, waarbij de reiskosten gekoppeld zijn aan een revalidatieverstrekking waarvoor een tegemoetkoming door de verzekeringsinstelling is toegekend;

b) in afwijking van punt a) wordt een aanvraag voor reiskosten die verband houden met revalidatieverstrekkingen in revalidatievoorzieningen met het erkenningsnummer 7.72, als volledig beschouwd als deel 1 en 2, vermeld in artikel 209, 1° en 2°, ondertekend en gedagtekend zijn voor de reiskosten, en deel 4 ingevuld en onderbouwd is met het verslag conform artikel 209, 4°, waarbij de reiskosten gekoppeld zijn aan een revalidatieverstrekking waarvoor een tegemoetkoming is toegekend conform artikel 534/117 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. 42. In artikel 205 van hetzelfde besluit wordt tussen de woorden “die revalidatieverstrekkingen” en de zinsnede “, kan” de zinsnede “of de reiskosten die verband houden met revalidatieverstrekkingen in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het erkenningsnummer 7.72” ingevoegd.

Art. 43. In artikel 206 van hetzelfde besluit wordt tussen het tweede en het derde lid een lid ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Als het een aanvraag voor de reiskosten betreft die verband houden met revalidatieverstrekkingen in revalidatievoorzieningen met het erkenningsnummer 7.72, vermeld in artikel 204, 2°, b), verstuurt de revalidatievoorziening de aanvraag naar de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, voordat de verplaatsingen plaatsvinden waarop de reiskosten betrekking hebben.”.

Art. 44. In artikel 209, 4°, van hetzelfde besluit wordt vóór de woorden “in geval een” de zinsnede “deel 4:” ingevoegd.

Art. 45. In artikel 210, § 2, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt het woord “verzekeringsninstelling” vervangen door het woord “verzekeringsinstelling”.

Art. 46. In artikel 211, § 1, vierde lid, van hetzelfde besluit wordt het woord “dedoelgroep” vervangen door de woorden “de doelgroep”.

Art. 47. In artikel 220, tweede lid, 4°, van hetzelfde besluit wordt het woord “beëindigt” vervangen door het woord “beëindigd”.

Art. 48. In artikel 221, tweede lid, 2°, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018” vervangen door de zinsnede “artikel 2, 27°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

Art. 49. In artikel 371 van hetzelfde besluit worden in de tabel de rijen

“

7.72	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure

“

opgeheven.

HOOFDSTUK 3. — *Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 mei 2021 over de tenuitvoerlegging van BelRAI en tot wijziging van diverse besluiten van de Vlaamse Regering over het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*

Art. 50. In artikel 4, § 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 mei 2021 over de tenuitvoerlegging van BelRAI en tot wijziging van diverse besluiten van de Vlaamse Regering over het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt het vijfde lid vervangen door wat volgt:

“De minister bepaalt de duur van en de procedure voor de erkenning van de instanties, vermeld in artikel 3, eerste lid, 1°, c), en de duur van en de procedure voor de schorsing en de procedure voor de intrekking van de erkenning.”.

HOOFDSTUK 4. — *Slotbepalingen*

Art. 51. Aanvragen van tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, en van tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland die behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, met een ontvangstdatum vóór 1 oktober 2022, worden verder behandeld met toepassing van de voorwaarden, vermeld in deel 4, titel 2, hoofdstuk 3, en deel 4, titel 3, hoofdstuk 3 van het besluit van 7 december 2018, die op 30 september 2022 van toepassing zijn.

Art. 52. Beslissingen tot goedkeuring van tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, en van tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland die behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, die vóór 1 oktober 2022 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 30 september 2022, worden vanaf 1 oktober 2022 uitgevoerd door de betrokken zorgkas.

Art. 53. De revalidatievoorzieningen bezorgen tot en met 30 september 2022 de facturen aan de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft op prestaties die vóór 1 oktober 2022 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 30 september 2022.

Art. 54. § 1. Een revalidatievoorziening die, buiten haar eigen wil om, niet beschikt over een operationele digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122 van het besluit 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 oktober 2022 niet kan starten met het indienen van aanvragen conform artikel 534/112 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming en het versturen van de facturen conform artikel 534/120 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, kan bij het agentschap een uitzonderlijke aanvraag tot afwijking indienen.

De revalidatievoorzieningen dienen de aanvragen, vermeld in het eerste lid, uiterlijk op 1 september 2022 in.

§ 2. De afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, wordt door de revalidatievoorziening schriftelijk aan het agentschap bezorgd en wordt vergezeld van een verklaring op eer dat de revalidatievoorziening de aanvragen en facturatie, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, niet kan uitvoeren.

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

§ 3. Het agentschap beoordeelt de aanvraag en brengt de revalidatievoorziening in kwestie uiterlijk op 8 september 2022 op de hoogte van zijn beslissing over de aanvraag tot afwijking.

Art. 55. Voor de revalidatieverstrekkings die worden verleend tijdens de periode van 1 oktober 2022 tot en met 31 december 2022, kunnen de revalidatievoorzieningen die beschikken over de goedkeuring, vermeld in artikel 53, de aanvragen, vermeld in artikel 534/111 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, in afwijking van artikel 534/108 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, versturen, nadat de revalidatieverstrekkings worden verleend.

De revalidatievoorzieningen dienen alle aanvragen, vermeld in het eerste lid, chronologisch via de digitale applicatie in binnen de maand nadat de digitale applicatie als vermeld in artikel 534/122 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, operationeel is.

De revalidatievoorzieningen factureren alle revalidatieverstrekkingen, vermeld in het eerste lid, chronologisch via de digitale applicatie ten laatste vanaf 1 januari 2023.

Art. 56. In afwijking van artikel 534/120 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming en 534/121 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, ontvangen de revalidatievoorzieningen die beschikken over de goedkeuring, vermeld in artikel 53, van de zorgkas een maandelijks voorschot voor de maanden oktober, november en december 2022.

Het agentschap bepaalt per revalidatievoorziening het voorschot voor elke maand, vermeld in het eerste lid, dat de revalidatievoorziening per zorgkas ontvangt met de volgende formule: het product van het aantal eenheidsverstrekkingen in de overeenstemmende maand van het jaar 2019 met de vigerende eenheidsprijs zoals vermeld in artikel 534/90, § 1,1° van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, en rekening houdend met de jaarenveloppe van 2022 zoals bepaald conform artikel 534/90, § 2 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Art. 57. Elke zorgkas verrekent de ontvangen individuele kostennota's die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/21 van het besluit 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 revalidatievoorziening betaald zijn.

De eerste individuele kostennota na de volledige verrekening van het voorschotbedrag, die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/21 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, wordt door de zorgkas uitbetaald conform artikel 534/119 van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

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 revalidatievoorziening.

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 revalidatievoorziening.

Art. 58. Artikel 9, 12° en 14°, artikel 17, 2°, artikel 111 en artikel 114 van het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming treden in werking op 1 oktober 2022.

Artikel 39, 1° en 2°, van hetzelfde decreet treden in werking op 1 oktober 2022, wat de gebruiker of de vertegenwoordiger van de gebruiker betreft.

Artikel 61 en artikel 75 tot en met 81 van hetzelfde decreet treden in werking op 1 oktober 2022 voor de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, en voor de tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkingen in het buitenland die behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72.

Artikel 92 van hetzelfde decreet treedt in werking op 1 oktober 2022 voor de centra voor kortverblijf en voor de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen in revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72, en voor de tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkingen in het buitenland die behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.72.

Art. 59. Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2022.

Art. 60. De Vlaamse minister, bevoegd voor de sociale bescherming, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 10 juni 2022.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

J. JAMBON

De Vlaamse minister van van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

H. CREVITS

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2022/41687]

10 JUIN 2022. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, 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 et l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mai 2021 relatif à la mise en œuvre de BelRAI et modifiant divers arrêtés du Gouvernement flamand relatifs au domaine politique du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille

Fondements juridiques

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 ;
- la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, article 114, remplacé par le décret du 6 juillet 2018, article 115, alinéa 1^{er}, remplacé par le décret du 18 juin 2021, article 115, alinéa 2, remplacé par le décret du 6 juillet 2018 et modifié par le décret du 18 juin 2021, et article 115, alinéa 5, remplacé par le décret du 6 juillet 2018 ;

- le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 37, § 1^{er}, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 38, alinéa 3, article 39, § 1^{er}, alinéa 2, article 48, article 49, § 3, alinéa 3, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 49, § 5, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 50, alinéas 1^{er}, 4 et 5, article 60, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 65, alinéa 4, article 74, alinéa 1^{er}, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 82, article 145, § 1^{er} et § 2, article 148, § 1^{er} et § 2, article 152, § 1^{er} et § 2, article 154/10, alinéa 2, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 154/11, § 1^{er}, alinéa 3 et § 2, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 154/13, § 1^{er}, § 2 et § 3, inséré par le décret du 18 juin 2021 et article 185 ;

- 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 20, article 24, § 1^{er}, article 75, § 2, article 78, article 81, et article 82, § 1^{er} ; le décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019, article 38, alinéa 2 ;

- le décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande, article 117.

Formalités

Les formalités suivantes sont remplies :

- L'Inspection des Finances a rendu un avis les 8 décembre 2021 et 17 février 2022 ;

- La Commission de contrôle flamande du traitement des données à caractère personnel a rendu l'avis n° 2022/033 le 19 avril 2022 ;

- Le Conseil d'État a rendu l'avis n° 71.262/3 le 26 avril 2022, en application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, 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^{er}. — *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^{er}. Au livre 1^{er} de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, l'intitulé de la partie 1^{re} est remplacé par ce qui suit :

« Partie 1^{re}. Définitions et champ d'application ».

Art. 2. Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, il est inséré un article 1/1, rédigé comme suit :

« Art. 1/1. Le présent arrêté ne s'applique pas à l'intervention pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation, à l'exception de l'intervention pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72 et des interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger faisant partie de l'offre de soins des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72.

Les interventions pour frais de déplacement liés aux prestations de revalidation visées à l'alinéa 1^{er}, sont accordées conformément à l'article 205 de l'arrêté du 7 décembre 2018. ».

Art. 3. À l'article 46, § 1^{er}, alinéa 2, du même arrêté, les mots « ministre sur avis de l'agence » sont remplacés par les mots « fonctionnaire dirigeant de l'agence ».

Art. 4. À l'article 48, § 2, du même arrêté, le mot « ministre » est remplacé par les mots « fonctionnaire dirigeant de l'agence ».

Art. 5. À l'article 88 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, phrase introductive, le membre de phrase « et aux organismes assureurs bruxellois, visés à l'article 2, 7°, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes » est ajouté après les mots « aux organismes assureurs » ;

2° à l'alinéa 1^{er}, 2°, les mots « et demandées » sont insérés entre le mot « facturées » et les mots « dans le cadre » ;

3° à l'alinéa 1^{er}, il est ajouté un point 4°, rédigé comme suit :

« 4° les prestations admises, facturées et demandées dans le cadre des structures de revalidation, dont le numéro d'agrément commence par 7.72. » ;

4° à l'alinéa 2, le membre de phrase « et les organismes assureurs bruxellois, visés à l'article 2, 7°, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes » est inséré entre les mots « les organismes assureurs » et les mots « transmettent les informations » ;

5° à l'alinéa 2, 5°, les mots « ou dans une structure de revalidation » sont ajoutés après les mots « hôpital de revalidation » ;

6° à l'alinéa 2, 6°, les mots « ou l'utilisation d'une structure de revalidation ou un séjour dans une telle structure » sont ajoutés après les mots « dans un hôpital de revalidation » ;

7° l'alinéa 2, 7°, est complété par le membre de phrase « , ou dans les structures de revalidation, visées à l'article 534/99 » ;

8° à l'alinéa 2, il est ajouté un point 8°, rédigé comme suit :

« 8° les prestations admises et facturées et les prestations demandées dans le cadre du pilier aides à la mobilité dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, à condition qu'une demande d'intervention pour une aide à la mobilité ait été introduite auprès de la caisse d'assurance soins. ».

Art. 6. Au livre 1^{er}, partie 5, du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 28 juin 2019 et 26 novembre 2021, il est ajouté un titre 6, composé des articles 111/16 à 111/23, rédigé comme suit :

« Titre 6. Structures de revalidation

Art. 111/16. En vue de l'introduction de la demande d'intervention pour une prestation de revalidation visée à l'article 534/111, l'utilisateur transmet son numéro NISS à la structure de revalidation. La structure de revalidation 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 prénom et nom 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 du décès de l'utilisateur.

Art. 111/17. En vue de l'introduction de la demande d'intervention pour une prestation de revalidation visée à l'article 534/111, la structure de revalidation transmet les informations suivantes à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié :

- 1° les coordonnées de la structure de revalidation ;
- 2° les informations relatives au type de prestation de revalidation ;
- 3° la période au cours de laquelle les prestations de revalidation ont lieu ;
- 4° le consentement éclairé de l'utilisateur conformément à l'article 534/111, 2° ;
- 5° le rapport médical du médecin traitant de la structure de revalidation conformément à l'article 534/111, 3° ;
- 6° les nom et prénom et le numéro NISS de l'utilisateur.

Outre la consultation des informations visées à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, pour l'application de l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence, d'autre part, pour l'application de l'article 11, 2°, et de l'article 36, alinéa 1^{er}, du décret susmentionné, accèdent aux informations visées à l'alinéa 1^{er}, à l'aide du numéro NISS de l'utilisateur :

Art. 111/18. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la facturation par les structures de revalidation conformément aux articles 534/119 à 534/121.

Art. 111/19. Les structures de revalidation conservent les documents et les données nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une durée minimale et maximale de 10 ans, à moins que le présent arrêté ou une autre législation applicable ne prévoit un délai de conservation spécifique.

Art. 111/20. L'agence conserve les documents et données visés à l'article 111/19 jusqu'à trente ans après la fin de la demande en question ou jusqu'à cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/21. Les documents et données visés aux articles 111/19 et 111/20 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 111/22. Conformément à l'article 37, § 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, la Commission des caisses d'assurance soins a accès, pour les tâches qui lui sont imposées, aux données visées aux articles 111/16 et 111/17, alinéa 1^{er}, du présent arrêté, à l'exception des données relatives à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Art. 111/23. Les données, visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder, sont les données visées à l'article 111/17, alinéa 1^{er}, 2°, du présent arrêté. ».

Art. 7. À l'article 497, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, d), et 4°, du même arrêté, les mots « autonomisée interne » sont abrogés.

Art. 8. À l'article 534/37, alinéa 3, du même arrêté, le mot « cinquième » est remplacé par le mot « quinzième ».

Art. 9. Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, il est inséré un livre 3/6, composé des articles 534/90 à 534/138, rédigé comme suit :

« Livre 3/6. Structures de revalidation

Partie 1^{re}. Financement et intervention

Titre 1^{er}. Interventions pour des prestations de revalidation

Art. 534/90. § 1^{er}. Dans le présent article, on entend par :

1° prix unitaire : l'intervention pour la prestation unitaire visée dans la convention de revalidation. Pour le calcul du prix unitaire, il est tenu compte des coûts salariaux du personnel, des coûts d'infrastructure et des frais de fonctionnement de la structure qui sont concrétisés dans la convention de revalidation ;

2° enveloppe annuelle : le montant total maximal qu'une structure de revalidation peut porter en compte aux caisses d'assurance soins par année calendrier et qui est fixé dans la convention de revalidation ;

§ 2. L'enveloppe annuelle des structures de revalidation est calculée selon la formule suivante : enveloppe annuelle = prix unitaire x 90 % du nombre théorique de prestations unitaires.

À l'alinéa 1^{er}, on entend par nombre théorique de prestations unitaires : le nombre maximum de prestations unitaires qu'une structure de revalidation peut effectuer par année calendrier si un taux d'occupation de 100 % est réalisé et qui est concrétisé dans la convention de revalidation.

§ 3. Pour les structures de revalidation en mesure de fournir plusieurs types de prestations de revalidation, la convention de revalidation détermine la proportion des différents types de prestations de revalidation par rapport à la prestation unitaire. Pour toutes les prestations de revalidation pour lesquelles une intervention peut être portée en compte, une valeur mathématique est déterminée le cas échéant par rapport à la prestation unitaire. À cet égard, les limites des enveloppes annuelles sont respectées.

§ 4. La structure de revalidation respecte les exigences visées à 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 du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille.

§ 5. Le prix unitaire est réduit de 1,3 % à partir du 1^{er} janvier 2020.

Art. 534/91. La partie indexable des interventions pour des prestations de revalidation est fixée dans la convention de revalidation. Sauf disposition contraire, la partie indexable est liée à l'indice-pivot 107,20 (base=2013).

La partie indexable dont l'importance est mentionnée dans la convention, est adaptée 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^{er}, 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.

Si le délai visé à l'article 6 de la loi susmentionnée, n'est pas respecté, la structure de revalidation reçoit une indemnité financière en compensation du préjudice financier qu'elle a subi par suite de l'octroi tardif.

Art. 534/92. La part des frais de personnel dans les interventions pour des prestations de revalidation est calculée dans la convention de revalidation. La part des frais de personnel dans les interventions pour des prestations de revalidation est adaptée aux frais réels de personnel dès l'instant où les dépenses réelles de personnel dépassent de 1 % les frais de personnel compris dans l'intervention pour des prestations de revalidation en conséquence de l'évolution de l'ancienneté du personnel réellement occupé.

Afin de calculer la part des frais de personnel dans l'intervention pour des prestations de revalidation et l'adaptation de l'intervention pour des prestations de revalidation, visés à l'alinéa 1^{er}, la structure de revalidation transmet à l'agence un dossier des frais de personnel entièrement actualisé et documenté selon un modèle que l'agence a déterminé.

Le dossier des frais de personnel contient, pour chaque membre du personnel dont les coûts salariaux peuvent être repris dans le calcul des interventions pour des prestations de revalidation, les données et documents suivants :

- 1° les nom et prénom ;
- 2° la fonction au sein de la structure de revalidation ;
- 3° une copie du diplôme ;
- 4° le nombre d'heures d'occupation par semaine au sein de la structure de revalidation ;
- 5° l'ancienneté, au moment du calcul, exprimée en années et en mois, et ses justificatifs ;
- 6° l'échelle de traitement et le barème salarial ;
- 7° l'indication que l'intéressé a droit ou non à un supplément de fonction ;
- 8° le cas échéant, le montant du supplément de fonction ;
- 9° l'indication que l'intéressé a droit ou non à une allocation de foyer ou de résidence ;
- 10° le cas échéant, le montant de l'allocation de foyer ou de résidence ;
- 11° l'indication que l'intéressé preste ou non des heures irrégulières ;
- 12° la distance (aller simple) du domicile jusqu'à la structure de revalidation, exprimée en nombre de kilomètres ;
- 13° le montant de l'indemnité pour le trajet domicile-travail ;
- 14° le salaire brut de l'intéressé.

Le dossier des frais de personnel contient les justificatifs nécessaires des frais visés à l'alinéa 3.

La structure de revalidation conserve les données à caractère personnel visées à l'alinéa 3, jusqu'à un an après le départ du membre du personnel.

Si un dossier des frais de personnel ne répond pas aux conditions visées aux alinéas 3 et 4, l'agence le considère comme irrecevable. Le cas échéant, la structure de revalidation en sera informée dans les trente jours suivant le jour de la réception par l'agence du dossier des frais de personnel.

Le ministre prend une décision sur un constat de l'adaptation de l'intervention pour des prestations de revalidation visée à l'alinéa 1^{er}. L'agence informe la structure de revalidation et les caisses d'assurance soins de la décision du ministre. L'intervention adaptée pour des prestations de revalidation prend effet le premier jour du quatrième mois suivant celui au cours duquel l'agence a reçu un dossier des frais de personnel recevable.

Si l'agence ne respecte pas le délai visé à l'alinéa 6, la structure de revalidation reçoit une indemnité financière en compensation du préjudice financier qu'elle a subi par suite de l'octroi tardif.

Titre 2. Cumul d'interventions

Art. 534/93. Une intervention pour le séjour dans une structure de revalidation ne peut être cumulée avec une intervention pour l'utilisation d'une autre structure de revalidation ou pour un séjour dans celle-ci dans le cadre du champ d'application du présent arrêté ou de l'arrêté du 7 décembre 2018 au cours de la même période, sauf si cette utilisation ou ce séjour dans les deux structures de revalidation n'a pas lieu le même jour.

Art. 534/94. Une intervention pour une prestation ambulatoire de revalidation dans une structure de revalidation ne peut être cumulée avec une intervention pour une prestation ambulatoire de revalidation le même jour dans une autre structure de revalidation dans le cadre du champ d'application du présent arrêté ou de l'arrêté du 7 décembre 2018 au cours de la même période.

Art. 534/95. Une intervention pour une prestation de revalidation dans une structure de revalidation ne peut être cumulée avec une autre intervention pour une prestation de revalidation dans une structure de revalidation dans le cadre du champ d'application du présent arrêté ou de l'arrêté du 7 décembre 2018 si cette interdiction de cumul a été définie dans une convention de revalidation.

Art. 534/96. Le ministre peut déterminer les modalités pour les cas où il peut être dérogé à une interdiction de cumul d'interventions tel que visé dans le présent titre.

Art. 534/97. Une intervention pour l'utilisation d'une structure de revalidation ou pour un séjour dans celle-ci, ne peut être cumulée avec une indemnité pour 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, à moins que l'utilisation ou le séjour ne se situe en dehors de la période du séjour à l'hôpital ou à moins que l'hôpital ne soit une structure de revalidation dans le cadre du champ d'application du présent arrêté ou de l'arrêté du 7 décembre 2018.

Art. 534/98. Une intervention pour une prestation de revalidation ne peut être cumulée avec les interventions monodisciplinaires suivantes fournies au cours de la même période :

1° une intervention pour une prestation telle que visée à l'article 36 de l'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 ;

2° une intervention pour une prestation telle que visée à la section 3, article 7, de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné, à moins qu'il ne s'agisse d'une affection différente de celle pour laquelle la prestation de revalidation est dispensée ;

3° une intervention pour une prestation telle que visée à la section 10, article 22, de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné, lors d'une intervention pour l'utilisation d'un centre de soins résidentiels, d'un centre de soins de jour ou d'un centre de court séjour ou pour le séjour dans ceux-ci durant la même période, à moins qu'il ne s'agisse d'une affection différente de celle pour laquelle la prestation de revalidation est dispensée ;

4° une intervention pour des prestations d'ergothérapie, à l'exception des prestations dispensées durant ou après la procédure de sortie dans les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par les numéros 7.76.5 et 7.71 conformément à l'arrêté du 7 décembre 2018, ou une prestation de psychothérapie.

Titre 3. Contribution propre

Art. 534/99. Les structures de revalidation portent uniquement en compte une quote-part personnelle à l'utilisateur auquel une intervention pour des prestations de revalidation est octroyée dans le cadre d'une convention de revalidation.

La quote-part personnelle visée à l'alinéa 1^{er}, est une contribution financière de l'utilisateur dans le coût des soins.

Art. 534/100. Dans les structures de revalidation, des indemnités supplémentaires peuvent être portées en compte à l'utilisateur.

Des indemnités supplémentaires telles que visées à l'alinéa 1^{er}, sont les coûts à charge de l'utilisateur pour les services et biens fournis par la structure de revalidation et qui ne sont pas remboursés par l'intervention pour des prestations de revalidation ni par la quote-part personnelle.

Des indemnités supplémentaires telles que visées à l'alinéa 1^{er}, ne peuvent être portées en compte à l'utilisateur auquel une intervention pour des prestations de revalidation est octroyée dans le cadre d'une convention de revalidation que dans la mesure où ces indemnités supplémentaires sont mentionnées de manière limitative dans la convention de revalidation.

Art. 534/101. Pour la revalidation ambulatoire, la quote-part personnelle s'élève à 1,88 euro par prestation de revalidation.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les usagers ayant droit à une intervention majorée pour la revalidation ambulatoire ne sont pas redevables de la quote-part personnelle.

Art. 534/102. Pour un séjour dans une structure de revalidation, la quote-part personnelle pour le premier jour du séjour s'élève à 43,84 euros. À partir du deuxième jour du séjour, la quote-part personnelle s'élève à 16,57 euros par jour.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, la quote-part personnelle s'élève à 16,57 euros par jour à partir du premier jour dans les cas suivants :

1° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital tel que visé à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

2° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital de revalidation ;

3° si le séjour débute dans les six mois suivant la sortie d'un hôpital psychiatrique tel que visé à l'article 3 de la loi coordonnée susmentionnée ;

4° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la fin d'une admission pour revalidation résidentielle dans la même ou dans une autre structure de revalidation dans le cadre du champ d'application du présent arrêté ou de l'arrêté du 7 décembre 2018.

Art. 534/103. Par dérogation à l'article 534/102 du présent arrêté, la quote-part personnelle pour un séjour dans une structure de revalidation s'élève à 33,16 euros le premier jour du séjour et à 5,89 euros par jour à partir du deuxième jour du séjour pour les catégories suivantes d'usagers :

1° les enfants qui ont la qualité de personne à charge, conformément à l'article 32, alinéa 1^{er}, 20° et 23°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

2° les usagers qui, durant douze mois au moins, ont la qualité de chômeur complet indemnisé, isolé ou avec famille à charge, ou qui sont à charge d'une personne qui répond aux conditions susmentionnées, conformément à l'article 32, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi coordonnée susmentionnée.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, la quote-part personnelle pour les catégories d'usagers visées à l'alinéa 1^{er} s'élève à 5,66 euros par jour à partir du premier jour dans les cas suivants :

1° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital tel que visé à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

2° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital de revalidation ;

3° si le séjour débute dans les six mois suivant la sortie d'un hôpital psychiatrique tel que visé à l'article 3 de la loi coordonnée susmentionnée ;

4° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la fin d'une admission pour revalidation résidentielle dans la même ou dans une autre structure de revalidation avec une convention de revalidation dans le cadre du champ d'application du présent arrêté ou de l'arrêté du 7 décembre 2018.

Art. 534/104. Par dérogation à l'article 534/102, la quote-part personnelle des usagers ayant droit à une intervention majorée s'élève à 5,89 euros par jour à partir du premier jour pour un séjour dans une structure de revalidation.

Article 534/105. Sauf disposition contraire, les montants visés aux articles 534/101 à 534/104 sont liés à l'indice-pivot 107,20 au 1.03.2020 (base 2013).

Les montants visés à l'alinéa 1^{er}, sont adaptés au 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de l'indice visé à l'alinéa 1^{er}.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 1^{er}, 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. 534/106. Dans cette partie, on entend par :

1° demande : la demande via une application numérique telle que visée à l'article 534/122, de l'intervention pour des prestations de revalidation ;

2° date de réception : la date d'envoi de la notification de réception de la demande complète dans le cas d'une demande introduite via une application numérique telle que visée à l'article 534/122. Une demande est considérée comme complète si tous les éléments visés à l'article 534/111 sont complets conformément à l'article susmentionné.

Art. 534/107. Une intervention pour des prestations de revalidation ne peut être accordée que si la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié a approuvé l'intervention demandée.

Art. 534/108. La structure de revalidation à laquelle l'utilisateur s'adresse envoie la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié avant que les prestations de revalidation ne soient dispensées.

La structure de revalidation met la convention de revalidation à la disposition de l'utilisateur ou de son représentant légal avant d'introduire la demande.

La demande est introduite via une application numérique telle que visée à l'article 534/122.

Toute demande est adressée directement à un point de contact central déterminé par la caisse d'assurance soins concernée.

Art. 534/109. Il n'est pas accordé d'intervention pour des prestations de revalidation qui ont été effectuées plus de trente jours avant la date de réception.

Art. 534/110. Si la caisse d'assurance soins refuse l'intervention demandée, la date de réception de la demande n'est plus d'application, sauf dans les cas où la demande est refusée à la suite d'un résultat négatif du contrôle visé à l'article 534/113.

Art. 534/111. La structure de revalidation rédige la demande conjointement avec l'utilisateur ou son représentant. La demande est établie au moyen du modèle de formulaire de demande repris dans la convention de revalidation. Le formulaire de demande comporte les volets suivants :

1° le volet 1 contenant les informations administratives. Cette information est remplie par le responsable de la structure de revalidation et consiste en un document contenant toutes les informations suivantes :

- a) les coordonnées de la structure de revalidation ;
- b) les informations relatives au type de prestation de revalidation ;
- c) la période au cours de laquelle les prestations de revalidation ont lieu ;

2° le volet 2 contenant l'accord de l'utilisateur avec la demande d'intervention pour des prestations de revalidation sous la forme d'un consentement éclairé. Le consentement éclairé ne peut être donné que lorsque l'utilisateur ou son représentant légal a pris connaissance de la convention de revalidation. Ce volet est signé et daté par l'utilisateur ou son représentant légal ;

3° le volet 3 contenant un rapport médical. Ce volet est complété et daté par un médecin traitant de la structure de revalidation.

Art. 534/112. La demande visée à l'article 534/111, est introduite via une application numérique telle que visée à l'article 534/122.

Art. 534/113. 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 en matière de cumul visées dans la convention de revalidation et aux articles 534/93 à 534/98 ;

3° l'exhaustivité des données transmises.

La caisse d'assurance soins réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur ou de la structure de revalidation. Si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes auprès de la structure de revalidation, elle en informe en même temps l'utilisateur.

Un résultat positif du contrôle visé à l'alinéa 1^{er}, donne lieu à une décision d'acceptation totale ou partielle de la demande d'intervention pour la prestation de revalidation.

Un résultat négatif du contrôle visé à l'alinéa 1^{er}, donne lieu à une décision de refus de la demande.

Si le contrôle visé à l'alinéa 1^{er}, 2°, révèle que les conditions d'interdiction de cumul, telles que visées aux articles 534/93 à 534/98, sont remplies, l'intervention pour la prestation de revalidation demandée en dernier lieu est refusée.

Art. 534/114. 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'utilisateur et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception.

Si l'organisme assureur ne transmet pas la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à l'utilisateur et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, la demande est réputée avoir été approuvée.

Dès lors que la caisse d'assurance soins constate que l'utilisateur et la structure de revalidation 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 la structure de revalidation.

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 prestations de revalidation dispensées 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 534/113, alinéa 2. Le délai commence à nouveau à courir le jour ouvrable suivant celui de la réception par la caisse d'assurance soins des informations manquantes.

Art. 534/115. § 1^{er}. Dans les cas définis par le ministre sur avis de l'agence, le cas échéant sur avis de la Commission d'experts à l'agence, la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié prend une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande sur avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins, en tenant compte du résultat du contrôle visé à l'article 534/113.

§ 2. Si la demande est soumise au contrôle de la Commission des caisses d'assurance soins, la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié transmet la demande à la Commission des caisses d'assurance soins dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception dès lors qu'elle a constaté que les conditions visées à l'article 534/113, alinéa 1^{er}, sont remplies. Ce délai est suspendu si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes conformément à l'article 534/113, alinéa 2. Le délai commence à nouveau à courir le jour ouvrable suivant celui de la réception par la caisse d'assurance soins des informations manquantes.

Dans les vingt jours ouvrables suivant la réception de la demande, la Commission des caisses d'assurance soins transmet l'avis conforme au sujet de la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Dans son avis, tel que visé à l'alinéa 2, la Commission des caisses d'assurance soins prend également en compte les dispositions des conventions de revalidation.

Si la Commission des caisses d'assurance soins ne transmet pas d'avis conforme au sujet de la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié dans les vingt jours ouvrables suivant la réception de la demande, l'avis est réputé unanimement favorable.

La Commission des caisses d'assurance soins peut réclamer des informations manquantes auprès de l'utilisateur ou de la structure de revalidation si elle le juge nécessaire dans le cadre de sa mission. Lorsque la Commission des caisses d'assurance soins réclame des informations manquantes, le délai visé aux alinéas 2 et 4, est suspendu. Le délai commence à nouveau à courir le jour ouvrable suivant celui de la réception par la Commission des caisses d'assurance soins des informations manquantes. Si la Commission des caisses d'assurance soins réclame des informations manquantes auprès de la structure de revalidation, elle en informe en même temps l'utilisateur.

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'utilisateur et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables de la réception de l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins.

Si la Commission des caisses d'assurance soins ne transmet pas d'avis conforme au sujet de la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié dans le délai visé à l'alinéa 2, la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié transmet la décision à l'utilisateur et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables qui suivent l'expiration du délai visé à l'alinéa 2.

Si la Commission des caisses d'assurance soins transmet un avis conforme défavorable au sujet de la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié après le délai visé à l'alinéa 2, la caisse d'assurance soins transmet une nouvelle décision à l'utilisateur et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables de la réception de l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins. Cette nouvelle décision s'applique à compter du dixième jour ouvrable suivant sa notification recommandée.

§ 3. La décision de la caisse d'assurance soins et l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance, visés au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, sont basés sur une analyse du type d'offre de soins et de la problématique médicale du groupe-cible. Cette analyse tient compte des résultats du contrôle a posteriori visé à l'article 534/116.

Art. 534/116. Un contrôle a posteriori de la conformité des données médicales décrites dans le rapport médical standardisé visé à l'article 534/111, 3°, est possible. La Commission des caisses d'assurance soins effectue ce contrôle sur la base des dispositions de la convention de revalidation concernée. Le ministre peut définir les modalités d'exécution de ce contrôle.

Art. 534/117. La décision d'approbation totale ou partielle de la demande de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié contient les données suivantes :

1° les coordonnées de la structure de revalidation ;

2° les informations relatives au type de prestation de revalidation, la période et, le cas échéant, la fréquence de dispensation des prestations de revalidation pour lesquelles une intervention est octroyée.

La décision de refus de la demande est transmise par la caisse d'assurance soins à l'utilisateur par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude. Cette notification comprend 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 la structure de revalidation de la décision d'approbation ou de refus via une application numérique telle que visée à l'article 534/122.

Art. 534/118. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié peut prolonger une décision d'approbation totale ou partielle d'une demande dans une nouvelle décision.

Partie 3. Facturation

Art. 534/119. L'intervention pour des prestations de revalidation accordée à l'utilisateur conformément aux dispositions du présent arrêté est versée directement à la structure de revalidation 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 des prestations de revalidation au plus tard deux mois après réception de la facture. En cas de paiement tardif, la caisse d'assurance soins est redevable sans mise en demeure d'un intérêt de retard au taux légal en matière civile à la date de l'expiration du délai de paiement.

Le ministre peut déterminer les modalités du paiement visé à l'alinéa 1^{er}.

Art. 534/120. § 1^{er}. Dans le présent article, on entend par prix unitaire : l'intervention pour la prestation unitaire visée dans la convention de revalidation. Pour le calcul du prix unitaire, il est tenu compte des coûts salariaux du personnel, des coûts d'infrastructure et des frais de fonctionnement de la structure qui sont concrétisés dans la convention de revalidation.

Le responsable de la structure de revalidation valide les factures et les envoie par voie électronique aux caisses d'assurance soins via une application numérique telle que visée à l'article 534/122.

La structure de revalidation 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 contient toutes les rubriques suivantes :

1° les coordonnées de l'utilisateur ;

2° les coordonnées de la structure de revalidation ;

3° les coordonnées de la caisse d'assurance soins ;

4° les prestations de revalidation fournies, y compris la date à laquelle ces prestations ont été fournies ;

5° un aperçu du prix unitaire ;

6° un aperçu des indemnités supplémentaires facturées, portées en compte en sus du prix unitaire ;

7° le montant net total dû que l'utilisateur ou son représentant doit payer ;

8° le montant de l'intervention pour les prestations de revalidation.

Les factures et notes de frais individuelles sont établies conformément aux modèles et aux instructions de facturation définis par l'agence.

§ 2. Les factures et les notes de frais individuelles sont soumises via une application numérique telle que visée à l'article 534/122. En soumettant les factures et les notes de frais individuelles via une application numérique telle que visée à l'article 534/122, elles répondent aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité selon les règles de protection de la vie privée en vigueur.

§ 3. Les structures de revalidation transmettent les factures et les notes de frais individuelles mensuellement par caisse d'assurance soins et au plus tard jusqu'à 24 mois suivant le dernier jour de prestation des soins, sauf disposition contraire reprise dans la convention avec la structure de revalidation et sans préjudice de l'application des cas d'interruption ou de suspension de la période de prescription. Le droit d'interrompre le délai de prescription est démontré par lettre recommandée adressée à la caisse d'assurance soins.

Art. 534/121. L'agence paie aux structures de revalidation l'intervention financière dans le cadre des accords sociaux conclus et la compensation du préjudice financier d'octrois tardifs.

Partie 4. Logiciel

Art. 534/122. § 1^{er}. L'application numérique visée à l'article 534/106, 1° et 2°, à l'article 534/108, alinéa 3, à l'article 534/112, à l'article 534/117, alinéa 3, et à l'article 534/120, § 1^{er}, alinéa 2, et § 2, doit satisfaire aux exigences fonctionnelles et techniques ainsi qu'aux exigences de fiabilité et de sécurité fixées par le ministre, après avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence est chargée de la certification des applications numériques qui satisfont aux conditions visées à l'alinéa 1^{er}.

§ 2. Les structures de revalidation qui n'utilisent pas l'application numérique telle que visée au paragraphe 1^{er}, ne peuvent pas soumettre les demandes, visées à l'article 534/111, aux caisses d'assurance soins afin de recevoir des interventions pour les prestations de revalidation, et ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance soins conformément à l'article 534/120.

§ 3. Les experts visés au paragraphe 1^{er} 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. 534/123. § 1^{er}. Les développeurs de logiciels soumettent à l'agence les demandes de certification telle que visée à l'article 534/122, § 1^{er}, alinéa 2.

La demande datée et signée est introduite au moyen d'un formulaire dont l'agence détermine le modèle.

Le formulaire visé à l'alinéa 2, comprend l'ensemble des 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 progiciel ;

4° les spécifications techniques permettant d'évaluer la possibilité de se connecter à la plateforme numérique de la protection sociale flamande.

§ 2. L'agence évalue la demande de certification visée au paragraphe 1^{er}, et décide d'approuver ou de refuser l'organisation du processus de certification. L'agence peut demander l'avis du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/122, paragraphe 3, sur la demande.

L'agence communique sa décision motivée d'approuver ou de refuser l'organisation du processus de certification au plus tard dans les trente jours suivant la date de réception de la demande de certification visée au paragraphe 1^{er}.

§ 3. En cas de modification de l'un des éléments visés au paragraphe 1^{er}, alinéa 3, après la décision d'approbation de l'organisation du processus de certification, cette décision d'approbation est annulée de plein droit et le développeur de logiciels en question doit introduire une nouvelle demande de certification.

§ 4. À la suite de l'approbation de l'organisation du processus de certification, le développeur de logiciels en question peut soumettre à l'agence une demande d'organisation d'essais.

Le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/122, paragraphe 3, organise, dans un délai de nonante jours suivant le jour de réception par l'agence de la demande visée à l'alinéa 1^{er}, des essais destinés à vérifier si l'application numérique pour laquelle la certification a été demandée respecte les conditions visées à l'article 534/122, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, et établit un rapport d'essai.

Le ministre peut arrêter des modalités relatives à l'organisation des essais, visée à l'alinéa 2.

§ 5. Le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/122, paragraphe 3, soumet à l'agence le rapport d'essai visé au paragraphe 4, alinéa 2, accompagné d'un avis correspondant, dans un délai de cent vingt jours suivant la date de réception par l'agence de la demande d'organisation d'essais, conformément au paragraphe 4, alinéa 1^{er}.

L'agence certifie l'application numérique ou refuse de certifier l'application numérique et notifie sa décision au demandeur dans un délai de quinze jours suivant la date de réception de l'avis du groupe d'experts indépendants conformément à l'alinéa 1^{er}.

Les certificats délivrés conformément à l'alinéa 2 sont valables pendant dix ans, sans préjudice de l'application de l'article 534/124.

§ 6. Les délais visés au paragraphe 2, alinéa 2, au paragraphe 4, alinéa 2 et au paragraphe 5, alinéas 1^{er} et 2, sont suspendus si l'agence ou le groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/122, § 3, demande des informations complémentaires au développeur de logiciels.

Les délais visés à l'alinéa 1^{er}, continuent à courir à compter du jour suivant celui où l'agence ou le groupe d'experts indépendants a reçu les informations complémentaires conformément à l'alinéa 1^{er}.

§ 7. Les développeurs de logiciels qui conçoivent une application numérique peuvent à tout moment introduire une nouvelle demande de certification auprès de l'agence. ».

Art. 534/124. § 1^{er}. Au cours de la durée de validité du certificat délivré, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont supposées satisfaire aux exigences fonctionnelles et techniques ainsi qu'aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/122, § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

§ 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 534/122, § 1^{er}, conformément à la version de politique de la plateforme numérique de la protection sociale flamande.

Le développeur de logiciels qui, de sa propre initiative, apporte à l'application numérique certifiée des modifications ayant un impact sur les exigences fonctionnelles et techniques et sur les exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/122, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 sont apportées à l'application numérique certifiée conformément au paragraphe 2, entraînant un impact sur les exigences fonctionnelles et techniques et sur les exigences de fiabilité et de sécurité telles que visées à l'article 534/122, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'agence peut, après avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/122, § 3, décider de demander des explications complémentaires sur les modifications signalées ou d'imposer de nouveaux essais pour l'application numérique.

§ 4. S'il existe des indications selon lesquelles une application numérique ne satisferait plus aux exigences fonctionnelles ainsi qu'aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/122, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'agence peut, après avis conforme du groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/122, § 3, décider d'organiser de nouveaux essais. En fonction du résultat des essais, l'agence peut, après avis conforme du groupe d'experts indépendants susmentionné, décider de confirmer ou de retirer la certification. ».

Art. 534/125. Les certificats délivrés conformément aux dispositions de la présente partie sont publiés sur le site internet de l'agence, avec mention de leur délai de validité.

Partie 5. Interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger

Titre 1^{er}. Disposition introductive

Art. 534/126. La présente partie transpose partiellement la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Titre 2. Conditions et montant des interventions

Art. 534/127. § 1^{er}. Les prestations de revalidation programmées pour lesquelles l'utilisateur doit séjourner une nuit au moins à l'hôpital dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, sont soumises à une autorisation préalable pour soins programmés conformément à la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Toutes les autres formes de prestations de revalidation à l'étranger requièrent une autorisation préalable soumise au même critère que l'approbation visée à l'article 534/107.

§ 2. L'utilisateur peut prétendre à une intervention pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° les prestations de revalidation font partie de l'offre de soins des structures de revalidation pour lesquelles le présent arrêté prévoit une intervention ;

2° l'utilisateur satisfait aux conditions à remplir en vertu du présent arrêté afin qu'une intervention pour des prestations de revalidation puisse être accordée ;

3° les prestations de revalidation sont dispensées par un prestataire légalement autorisé à exercer la médecine dans le pays où les prestations de revalidation ont lieu ou dans une structure qui peut être assimilée à une structure de revalidation et qui offre des garanties médicales suffisantes ou est agréée par l'autorité du pays où elle se trouve ;

4° l'utilisateur a introduit, conformément aux articles 534/129 à 534/138, une demande préalable et a obtenu une approbation de la caisse d'assurance soins pour les prestations de revalidation concernées ;

5° au moment de l'octroi de l'intervention, l'utilisateur a déjà payé les frais et en apporte la preuve.

Le ministre peut déterminer la manière dont la preuve visée à l'alinéa 1^{er}, 5°, est apportée.

Art. 534/128. Sauf dans les cas où les conditions visées à l'article 534/134, 1°, sont remplies, le montant de l'intervention pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger est la moyenne pondérée des interventions octroyées pour des prestations de revalidation dispensées dans des structures de revalidation au programme de revalidation comparable pour un groupe-cible comparable. L'intervention ne peut pas être supérieure aux frais réellement exposés.

Titre 3. Procédure de demande

Art. 534/129. Dans le présent titre, on entend par :

1° demande : la demande d'intervention pour des prestations de revalidation à l'étranger ;

2° date de réception : la date de réception de la demande complète. En cas d'envoi par courrier recommandé, il s'agit de la date postale de la lettre par laquelle la demande complète a été expédiée. Si la date postale est manquante, la date à laquelle la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié a reçu une demande complète fait foi. Une demande est considérée comme complète si tous les éléments visés à l'article 534/111 sont complets conformément à l'article susmentionné.

Art. 534/130. Préalablement aux prestations de revalidation programmées à l'étranger, l'utilisateur introduit une demande d'intervention auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié

La demande ne peut être introduite que lorsque l'utilisateur ou son représentant légal a pris connaissance des conventions de revalidation dont le programme de revalidation est comparable au programme de revalidation étranger prescrit visé dans la demande.

Art. 534/131. L'agence met un formulaire de demande à disposition sur son site internet. La caisse d'assurance soins met également à disposition une version française, anglaise et allemande du formulaire de demande.

Le formulaire de demande comporte les parties suivantes :

1° une description détaillée du programme de revalidation étranger prescrit ;

2° la description d'un programme de revalidation similaire existant dans une structure de réhabilitation ;

3° les motifs pour lesquels une structure de revalidation n'a pas été choisie.

Des pièces motivant la demande peuvent être jointes au formulaire de demande.

Le formulaire de demande est complété, signé et daté par un médecin spécialiste, spécialisé dans la revalidation concernée.

Art. 534/132. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié est chargée du contrôle administratif de la demande et vérifie l'ensemble des éléments suivants :

1° le statut d'assurance de l'utilisateur ;

2° le respect par l'utilisateur des règles en matière de cumul visées dans la convention de revalidation et aux articles 534/93 à 534/98 ;

3° l'exhaustivité des données transmises.

Le cumul d'interventions est notamment vérifié sur la base des dispositions en matière de cumul visées dans les conventions de revalidation dont le programme de revalidation est comparable au programme de revalidation étranger prescrit visé dans la demande.

La caisse d'assurance soins réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur.

Si les conditions visées à l'alinéa 1^{er}, n'ont pas été remplies, la demande est refusée par la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié. Par dérogation à l'article 534/133, la caisse d'assurance soins prend la décision de refus sans l'avis conforme préalable de la Commission d'experts.

Si le contrôle visé à l'alinéa 1^{er}, 2°, révèle que les conditions d'interdiction de cumul, telles que visées aux articles 534/93 à 534/98, sont remplies, l'intervention pour la prestation de revalidation demandée en dernier lieu est refusée.

La décision de refus de la demande contient l'ensemble des 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 décision de refus est transmise à l'utilisateur par courrier recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude.

Art. 534/133. La caisse d'assurance soins envoie la demande à la Commission d'experts dans les dix jours ouvrables suivant la date de réception.

Le délai visé à l'alinéa 1^{er}, est suspendu si la caisse d'assurance soins demande des informations manquantes à l'utilisateur. Le délai commence à nouveau à courir le jour ouvrable suivant celui de la réception par la caisse d'assurance soins des informations manquantes.

Art. 534/134. La Commission d'experts examine le dossier et juge si les conditions suivantes sont remplies :

1° les conditions visées au règlement (CE) n° 883/2004 ;

2° les conditions visées à l'article 534/127, § 2, alinéa 1^{er}, 1° à 3°, du présent arrêté :

Art. 534/135. La Commission d'experts rend un avis motivé conforme à la caisse d'assurance soins dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception de la demande de la caisse d'assurance soins.

En cas d'avis positif dans les situations où les conditions visées à l'article 534/135, 1°, sont remplies, la Commission d'experts recommande d'accorder une autorisation préalable sous la forme d'un formulaire S2.

En cas d'avis positif dans les situations où les conditions visées à l'article 534/135, 2°, sont remplies, l'avis de la Commission d'experts mentionne l'ensemble des données suivantes :

1° la période de l'intervention ;

2° le nom et l'adresse de l'établissement où la revalidation est dispensée ;

3° le nom et l'adresse complète du médecin étranger responsable ;

4° une description des prestations de revalidation ;

5° la période et la fréquence des prestations de revalidation ;

6° le montant de l'intervention pour les prestations de revalidation.

Le délai visé à l'alinéa 1^{er}, est suspendu si la Commission d'experts a besoin d'informations supplémentaires sur l'utilisateur. La Commission d'experts demande à la caisse d'assurance soins de réclamer les informations manquantes à l'utilisateur. Le délai visé à l'alinéa 1^{er}, commence à nouveau à courir le jour ouvrable où la demande est à nouveau traitée par la Commission d'experts.

La Commission d'experts émet un avis conforme, motivé et positif sur la demande si les conditions, visées à l'article 534/127, § 2, 1° à 3°, sont remplies et si ces soins ne peuvent être dispensés dans la région néerlandophone ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans un délai médicalement justifiable, sur la base d'un avis médical objectif à propos de l'ensemble des aspects suivants :

1° l'état sanitaire de l'utilisateur ;

2° les antécédents et l'évolution attendue de sa maladie ;

3° le degré de douleur ou la nature de son handicap au moment où la demande a été (à nouveau) introduite.

Art. 534/136. Sur la base de l'avis conforme de la Commission d'experts, la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié prend une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de l'intervention demandée.

Dans les quinze jours ouvrables suivant le jour de réception de l'avis de la Commission d'experts, la caisse d'assurance soins informe l'utilisateur de la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de l'intervention demandée et, le cas échéant, des motifs du refus, conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des possibilités de recours et des délais dans lesquels le recours contre la décision doit être formé. La décision de refus est transmise à l'utilisateur par courrier recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude.

Dans les cas où les conditions visées à l'article 534/134, 1°, sont remplies, la caisse d'assurance soins joint le formulaire S2 à la décision d'approbation totale ou partielle.

Dans les cas où les conditions visées à l'article 534/134, 2°, sont remplies, la décision d'approbation totale ou partielle de la caisse d'assurance soins mentionne les données reprises dans l'avis de la Commission d'experts visées à l'article 534/135, alinéa 3.

Art. 534/137. La période pour laquelle l'intervention demandée peut être octroyée commence à courir au plus tôt le jour suivant la réception par l'utilisateur de la décision de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié.

Si la caisse d'assurance soins prend une décision d'approbation totale ou partielle et ne transmet pas cette décision à l'utilisateur dans les trente jours ouvrables suivant la date de réception, la période pour laquelle une intervention peut être octroyée commence à courir au plus tôt le lendemain d'un délai de trente jours ouvrables qui suit la date de réception.

Si la caisse d'assurance soins prend une décision de refus et ne transmet pas cette décision à l'utilisateur dans les trente jours ouvrables suivant la date de réception, la demande est réputée avoir été approuvée par la caisse d'assurance soins. Dans ce cas, la période pour laquelle une intervention peut être octroyée commence à courir au plus tôt le lendemain d'un délai de trente jours ouvrables qui suit la date de réception et prend fin à l'issue d'un délai de dix jours ouvrables qui suit le jour de la notification de la décision de refus.

Les délais visés aux alinéas 2 et 3, sont suspendus si des informations complémentaires sont demandées à l'utilisateur conformément à l'article 534/132, alinéa 3, et à l'article 534/135, alinéa 4. Les délais recommencent à courir le jour ouvrable suivant le jour où la caisse d'assurance soins dans le cas visé à l'article 534/132, alinéa 3, et la Commission d'experts dans le cas visé à l'article 534/135, alinéa 4, ont reçu les informations complémentaires.

Art. 534/138. Si la caisse d'assurance soins a pris conformément à l'article 534/132, alinéa 4, une décision de refus fondée sur une infraction aux interdictions de cumul visées à la partie 1^{re}, titre 2, du présent arrêté et si l'usager introduit une nouvelle demande ayant pour objet les mêmes prestations de revalidation que la demande originale, l'usager joint à la demande une motivation supplémentaire au sujet du cumul d'interventions.

La caisse d'assurance soins complète la nouvelle demande visée à l'alinéa 1^{er}, à l'aide d'informations au sujet des interventions pour des prestations de revalidation qui ont déjà été octroyées, sur la base desquelles les dispositions en matière de cumul peuvent être réévaluées. La caisse d'assurance soins transmet la nouvelle demande à l'agence dans le délai visé à l'article 534/133, alinéa 1^{er}. Par dérogation à l'article 534/132, le respect des règles de cumul n'est pas évalué par la caisse d'assurance soins mais bien par la Commission d'experts. La Commission d'experts procède à cette évaluation dans le cadre de l'examen visé à l'article 534/134. ».

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. 10. Dans la partie 1^{re} 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, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 17 mai 2019, 17 avril 2020 et 26 novembre 2021, l'intitulé du titre 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

« Titre 1^{er}. Définitions et champ d'application ».

Art. 11. À l'article 1^{er}, 18°, du même arrêté, le membre de phrase « relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, » est abrogé.

Art. 12. Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, est inséré un article 1/1, rédigé comme suit :

« Art. 1/1. Le présent arrêté ne s'applique pas aux interventions pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72 et aux interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger faisant partie de l'offre de soins des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le présent décret s'applique aux interventions dans les frais de déplacement encourus dans le cadre des prestations de revalidation visées à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 13. Dans la version néerlandaise, à l'article 24, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même arrêté, le mot « aan » est abrogé.

Art. 14. À l'article 159 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° dans la phrase introductive, les mots « au ministre » sont remplacés par les mots « à l'agence » ;

2° au point 3°, le membre de phrase « par rapport à l'autre offre de soins de la zone d'action du réseau de santé mentale, tel que visé à l'article 2, 15°, du décret du 5 avril 2019 relatif à l'organisation et au soutien de l'offre de santé mentale ; » est ajouté.

Art. 15. À l'article 160 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa 2, le membre de phrase « Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence » est remplacé par les mots « L'agence » ;

2° au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, le membre de phrase « Dans les trente jours de la réception de la demande recevable, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée » est remplacé par le membre de phrase « L'agence peut solliciter l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée » ;

3° au paragraphe 2, l'alinéa 2 est abrogé.

Art. 16. À l'article 161 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée » sont remplacés par les mots « peut solliciter l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée » ;

2° l'alinéa 2 est abrogé.

Art. 17. Les articles 162, 163 et 164 du même arrêté sont abrogés.

Art. 18. À l'article 165 du même arrêté, la phrase introductive est remplacée par ce qui suit :

« Lors de la rédaction d'un avis, la Commission d'experts ou la commission consultative sectorielle concernée peut : ».

Art. 19. L'article 166 du même arrêté est abrogé.

Art. 20. L'article 167 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 167. Si aucun avis tel que visé à l'article 161 n'a été rendu, l'agence poursuit le traitement de la demande. ».

Art. 21. À l'article 168 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, le membre de phrase « tenir compte, le cas échéant, de l'avis commun visé à l'article 162 ou de l'un des avis ou des deux avis visés à l'article 164. » est remplacé par les mots « tenir compte 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 l'agence est accompagné, le cas échéant, de l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée. ».

Art. 22. L'article 169 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 169. Dans le cadre de sa mission consultative, visée à l'article 168, l'agence peut :

1° demander des informations complémentaires auprès de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée ;

2° demander des informations complémentaires au demandeur ;

3° consulter des experts possédant une expertise spécifique dans le domaine de la proposition ou de la demande. ».

Art. 23. L'article 170 du même arrêté est abrogé.

Art. 24. Les articles 171 à 172 du même arrêté sont remplacés par ce qui suit :

« Art. 171. Le ministre approuve ou rejette la demande 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. 172. Si l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée a été demandé conformément à l'article 161, les décisions du ministre visées à l'article 171 sont communiquées à la Commission d'experts ou à la commission consultative sectorielle concernée pour information. ».

Art. 25. À l'article 174 du même arrêté, les mots « au ministre » sont remplacés par les mots « à l'agence ».

Art. 26. À l'article 175 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa deux, le membre de phrase « Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence » est remplacé par les mots « L'agence »

2° au paragraphe 2, le membre de phrase « L'agence sollicite, au sujet de chaque demande recevable visée au paragraphe 1^{er}, l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée » est remplacé par le membre de phrase « L'agence peut solliciter, au sujet de toute demande recevable conformément au paragraphe 1^{er}, l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée ».

Art. 27. L'article 176 du même arrêté est abrogé.

Art. 28. L'article 177 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 177. Si aucun avis tel que visé à l'article 175, § 2, n'a été rendu, l'agence poursuit le traitement de la demande. ».

Art. 29. À l'article 178 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, le membre de phrase « l'avis commun ou de l'un des avis ou des deux avis séparés visés à l'article 176. » est remplacé par le membre de phrase « 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. Tout avis de l'agence est accompagné, le cas échéant, de l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée. ».

Art. 30. L'article 179 du même arrêté est abrogé.

Art. 31. À l'article 181 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 a été demandé conformément à l'article 175, § 2, la décision du ministre visée à l'alinéa 1^{er} est communiquée à la Commission d'experts ou à la commission consultative sectorielle concernée pour information. ».

Art. 32. À l'article 182, § 3, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1^{er} 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 mettre fin à la convention de revalidation. » ;

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. 33. Les articles 183 et 184 du même arrêté sont remplacés par ce qui suit :

« Art. 183. La Commission d'experts ou la commission consultative sectorielle concernée rédige un avis sur les demandes d'avis visées à l'article 182, § 3. Ils transmettent l'avis à l'agence.

Art. 184. Si aucun avis tel que visé à l'article 182, § 3, n'a été rendu, l'agence poursuit le traitement de la demande. ».

Art. 34. À l'article 185 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « des avis visés » sont remplacés par les mots « de l'avis visé » ;

2° à l'alinéa 1^{er}, le membre de phrase « , le cas échéant, » est inséré entre les mots « de la réaction et » et les mots « de la proposition » ;

3° l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« L'agence transmet son avis au ministre. Tout avis de l'agence est accompagné, le cas échéant, de l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée et de la réaction et, le cas échéant, de la proposition visée à l'article 182, paragraphe 2. ».

Art. 35. L'article 186 du même arrêté est abrogé.

Art. 36. À l'article 187 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, le membre de phrase « ou aux conditions visées dans la réglementation en vigueur, » est inséré entre le membre de phrase « la convention de revalidation, » et les mots « le ministre peut » ;

2° dans la version néerlandaise, au paragraphe 3, le mot « de » est inséré entre le mot « kan » et le mot « minister ».

Art. 37. L'article 189 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 189. Si l'avis de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée a été demandé conformément à l'article 182, § 3, la décision du ministre visée à l'article 187, est communiquée à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée pour information. ».

Art. 38. À l'article 191 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 décembre 2019, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 2, le membre de phrase « , 7.72 » est abrogé.

2° au paragraphe 4, le membre de phrase « le numéro 7.74 » est remplacé par le membre de phrase « le numéro 7.74.6 ».

Art. 39. À l'article 193 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 7, le membre de phrase « le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le ministre a pris la décision précitée et, au plus tard, » est abrogé ;

2° à l'alinéa 9, le membre de phrase « ou 7.90 » est remplacé par le membre de phrase « ou 74.051.09 ».

Art. 40. Dans la version néerlandaise, à l'article 193/1, § 1^{er}, alinéa 3, du même arrêté, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 avril 2020 et modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 avril 2021, les mots « tussen het het » sont remplacés par les mots « tussen het ».

Art. 41. À l'article 204, 2°, du même arrêté, le membre de phrase « Une demande est considérée complète si au moins les trois volets du formulaire de demande visé à l'article 209 ont été datés et signés. » est remplacé par le membre de phrase « Une demande est considérée complète dans les cas suivants :

a) les volets 1 et 2, visés à l'article 209, 1° et 2°, ont été signés et datés, et le volet 3, visé à l'article 209, 3°, a été signé et daté. Une demande de frais de déplacement peut être introduite en remplissant les volets 1, 2 et 3 de la demande visés à l'article 209, 1° à 3°, au moyen du volet 4 visé à l'article 209, 4°, ou en introduisant une demande séparée dans laquelle les volets 1 et 2 visés à l'article 209, 1° et 2°, sont signés et datés, et le volet 4 est complété et étayé à l'aide du rapport conformément à l'article 209, 4°, les frais de déplacement étant liés à une prestation de revalidation pour laquelle une intervention a été accordée par l'organisme assureur ;

b) par dérogation au point a), une demande de frais de déplacement liés à des prestations de revalidation fournies dans des structures de revalidation portant le numéro d'agrément 7.72, est considérée comme complète si les volets 1 et 2, visés à l'article 209, 1° et 2°, sont signés et datés pour les frais de déplacement, et si le volet 4 est complété et étayé à l'aide du rapport conformément à l'article 209, 4°, les frais de déplacement étant liés à une prestation de revalidation pour laquelle une intervention a été accordée conformément à l'article 534/117 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. 42. À l'article 205 du même arrêté, le membre de phrase « ou les frais de déplacement liés à des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.72, » est inséré entre les mots « ces prestations de revalidation » et les mots « ne peut être accordée que si l'organisme assureur ».

Art. 43. Dans l'article 206 du même arrêté, il est inséré un alinéa entre les alinéas 2 et 3, rédigé comme suit :

« S'il s'agit d'une demande de remboursement des frais de déplacement liés à des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.72, visée à l'article 204, 2°, b), la structure de revalidation envoie la demande à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit, avant les déplacements auxquels les frais de déplacement se rapportent. ».

Art. 44. À l'article 209, 4°, du même arrêté, le membre de phrase « le volet 4 : » est inséré avant les mots « dans le cas où ».

Art. 45. Dans la version néerlandaise, à l'article 210, § 2, alinéa 1^{er}, du même arrêté, le mot « verzekeringsninstelling » est remplacé par le mot « verzekeringsinstelling ».

Art. 46. Dans la version néerlandaise, à l'article 211, § 1^{er}, alinéa 4, du même arrêté, le mot « dedoelgroep » est remplacé par les mots « de doelgroep ».

Art. 47. Dans la version néerlandaise, à l'article 220, alinéa 2, 4°, du même arrêté, le mot « beëindigt » est remplacé par le mot « beëindigd ».

Art. 48. À l'article 221, alinéa 2, 2°, du même arrêté, le membre de phrase « l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 » est remplacé par le membre de phrase « l'article 2, 27°, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 49. À l'article 371 du même arrêté, dans le tableau, les lignes

«

7.72	tous les centres	première demande	procédure de demande simplifiée
		demande de prolongation	procédure de demande standard

»

sont abrogées.

CHAPITRE 3. — *Modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mai 2021 relatif à la mise en œuvre de BelRAI et modifiant divers arrêtés du Gouvernement flamand relatifs au domaine politique du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille*

Art. 50. À l'article 4, § 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mai 2021 relatif à la mise en œuvre de BelRAI et modifiant divers arrêtés du Gouvernement flamand relatifs au domaine politique du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille, l'alinéa 5 est remplacé par ce qui suit :

« Le ministre détermine la durée et la procédure d'agrément des instances, visées à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1^o, c), ainsi que la durée et la procédure de suspension et de retrait de l'agrément. ».

CHAPITRE 4. — *Dispositions finales*

Art. 51. Le traitement des demandes d'interventions pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72 et d'interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger faisant partie de l'offre de soins des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72, dont la date de réception est antérieure au 1^{er} octobre 2022, est poursuivi sur la base des conditions visées à la partie 4, titre 2, chapitre 3, et à la partie 4, titre 3, chapitre 3, de l'arrêté du 7 décembre 2018, applicables au 30 septembre 2022.

Art. 52. Les décisions d'approbation d'interventions pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72 et d'interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger faisant partie de l'offre de soins des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72, prises avant le 1^{er} octobre 2022 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 30 septembre 2022, seront mises en œuvre par la caisse d'assurance soins concernée à partir du 1^{er} octobre 2022.

Art. 53. Les structures de revalidation envoient jusqu'au 30 septembre 2022 les factures à l'organisme assureur auquel l'utilisateur est affilié si l'intervention facturée concerne des prestations fournies avant le 1^{er} octobre 2022. Les factures sont traitées par les organismes assureurs 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 30 septembre 2022.

Art. 54. § 1^{er}. Une structure de revalidation qui, indépendamment de sa volonté, ne dispose pas d'une application numérique opérationnelle telle que visée à l'article 534/122 de l'arrêté 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 au 1^{er} octobre 2022 à introduire des demandes conformément à l'article 534/112 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande et à envoyer les factures conformément à l'article 534/120 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, peut introduire auprès de l'agence une demande de dérogation exceptionnelle.

Les structures de revalidation introduisent les demandes visées à l'alinéa 1^{er}, au plus tard le 1^{er} septembre 2022.

§ 2. La demande de dérogation, visée au paragraphe 1^{er}, est transmise par écrit par la structure de revalidation à l'agence et est accompagnée d'une déclaration sur l'honneur selon laquelle la structure de revalidation ne peut exécuter les demandes et la facturation visées au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}.

L'agence peut demander des documents supplémentaires afin de clarifier la demande de dérogation visée à l'alinéa 1^{er}.

§ 3. L'agence évalue la demande et informe la structure de revalidation concernée de sa décision concernant la demande de dérogation au plus tard le 8 septembre 2022.

Art. 55. Pour les prestations de revalidation fournies pendant la période du 1^{er} octobre 2022 au 31 décembre 2022, les structures de revalidation qui ont reçu l'approbation visée à l'article 53, peuvent envoyer les demandes visées à l'article 534/111 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande par dérogation à l'article 534/108 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié après que les prestations de revalidation ont été dispensées.

Les structures de revalidation introduisent toutes les demandes visées à l'alinéa 1^{er}, chronologiquement via l'application numérique dans un délai d'un mois suivant la mise en service de l'application numérique visée à l'article 534/122 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

Les structures de revalidation facturent toutes les prestations de revalidation visées à l'alinéa 1^{er}, chronologiquement via l'application numérique au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2023.

Art. 56. Par dérogation à l'article 534/120 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande et 534/121 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, la caisse d'assurance soins verse aux structures de revalidation qui ont reçu l'approbation visée à l'article 53, une avance mensuelle pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2022.

L'agence détermine, pour chaque structure de revalidation, l'avance pour chaque mois, visée à l'alinéa 1^{er}, que la structure de revalidation reçoit par caisse d'assurance soins, sur la base de la formule suivante : le produit du nombre de prestations unitaires du mois correspondant de l'année 2019 avec le prix unitaire en vigueur tel que visé à l'article 534/90, § 1^{er}, 1^o de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la

protection sociale flamande, et compte tenu de l'enveloppe annuelle de 2022 telle que déterminée conformément à l'article 534/90, § 2, de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

Art. 57. Chaque caisse d'assurance soins porte en compte les notes de frais individuelles reçues qui répondent aux conditions visées à l'article 534/21 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande avec les montants d'avance payés à la structure de revalidation.

La première note de frais individuelle suivant le règlement intégral du montant d'avance, qui remplit les conditions visées à l'article 534/21 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, est payée par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 534/119 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

La caisse d'assurance soins peut, à partir de la septième semaine suivant celle au cours de laquelle elle a versé la dernière avance, recouvrer auprès de la structure de revalidation les avances éventuelles non réglées.

L'agence est financièrement responsable des avances non réglées, visées à l'alinéa 3, qui ne peuvent être recouvrées par les caisses d'assurance soins auprès de la structure de revalidation.

Art. 58. L'article 9, 12° et 14°, l'article 17, 2°, l'article 111 et l'article 114 du décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2022.

L'article 39, 1° et 2°, du même décret entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2022, en ce qui concerne l'utilisateur ou son représentant.

L'article 61 et les articles 75 à 81 du même décret entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2022 pour les interventions pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72 et pour les interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger faisant partie de l'offre de soins des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72.

L'article 92 du même décret entre en vigueur le 1^{er} octobre 2022 pour les centres de court séjour et pour les interventions pour des prestations de revalidation dans des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72 et pour les interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger faisant partie de l'offre de soins des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par 7.72.

Art. 59. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} octobre 2022.

Art. 60. Le ministre flamand ayant la protection sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 10 juin 2022.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
J. JAMBON

La Ministre flamande du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille,
H. CREVITS

REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

SERVICE PUBLIC DE WALLONIE

[C - 2022/33474]

19 JUILLET 2022. — Arrêté du Gouvernement wallon accordant à Infrabel une dérogation à l'utilisation de pesticide pour l'entretien des chemins de fer

Le Gouvernement wallon,

Vu le décret du 10 juillet 2013 instaurant un cadre pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable et modifiant le Livre I^{er} du Code de l'Environnement, le Livre II du Code de l'Environnement, contenant le Code de l'Eau, la loi du 28 décembre 1967 relative aux cours d'eau non navigables et le décret du 12 juillet 2001 relatif à la formation professionnelle en agriculture, l'article 4/1 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement wallon du 11 juillet 2013 relatif à une application des pesticides compatible avec le développement durable et modifiant le Livre II du Code de l'Environnement, contenant le Code de l'Eau et l'arrêté de l'Exécutif régional wallon du 5 novembre 1987 relatif à l'établissement d'un rapport sur l'état de l'environnement wallon, l'article 10, 8° ;

Considérant la demande de dérogation sollicitée par Infrabel le 1^{er} février 2022 en vue de pouvoir appliquer des pesticides pour procéder à l'entretien des voies de chemin de fer ;

Considérant l'impossibilité matérielle, humaine et économique pour le demandeur d'adopter à grande échelle des techniques alternatives aux pesticides pour la gestion des voies ferrées et de leurs abords ;

Considérant la raison impérieuse d'assurer la sécurité tant des voyageurs que du personnel ;

Considérant qu'Infrabel est un utilisateur professionnel dans la mesure où l'application des pesticides se fera dans le cadre de l'exploitation des chemins de fer en vue de permettre le transport des voyageurs en toute sécurité ;

Considérant qu'il n'existe pas d'autre solution satisfaisante au regard des objectifs poursuivis pour la propreté du ballast et des pistes longeant les voies et, dès lors, que le demandeur se trouve dans l'incapacité d'assurer ses missions de service public et la sécurité de l'exploitation dans le respect des dispositions légales et réglementaires relatives à la réduction des pesticides ;

Considérant que l'arrêté du Gouvernement wallon du 25 juin 2020 accordant à Infrabel une dérogation à l'utilisation de pesticide pour l'entretien des chemins de fer, a établi des règles de base, qui doivent être complétées ;

Considérant que les règles établies dans l'arrêté du Gouvernement wallon du 8 juillet 2021 accordant à Infrabel une dérogation à l'utilisation de pesticides pour l'entretien des chemins de fer, doivent être complétées à nouveau afin de correspondre aux objectifs de réduction de pesticides d'Infrabel ;