

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2023/15027]

23 DECEMBRE 2022. — Arrêté du Gouvernement flamand portant dissolution du Fonds d'Aide sociale aux Jeunes**Fondement juridique**

Le présent arrêté est fondé sur :

- le décret du 1^{er} mars 2019 portant dissolution du Fonds d'Aide sociale aux Jeunes et modifiant le décret du 30 avril 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Kind en Gezin » (Enfance et Famille) et le décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, articles 4 et 28, insérés par le décret du 26 avril 2019.

Formalité

La formalité suivante a été remplie :

- L'Inspection des Finances a rendu un avis le 6 décembre 2022.

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 :

Article 1^{er}. Les biens patrimoniaux, droits et obligations liés aux missions à transférer, sont transférés à leur valeur comptable le 1^{er} janvier 2023 à l'Agence Grandir régie dans l'état où ils se trouvent, y compris les droits et obligations découlant des procédures judiciaires en cours et à venir, et, s'il s'agit de biens immobiliers, y compris les éventuelles servitudes actives et passives, les charges et engagements spéciaux liés à l'acquisition, ainsi que les droits éventuellement accordés à des tiers.

Dans l'alinéa 1^{er}, on entend par Agence Grandir régie : l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique Grandir régie, visée à l'article 3 du décret du 30 avril 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Grandir régie » (« Opgroeien regie »).

Art. 2. Les transferts visés à l'article 1^{er} deviennent opposables aux tiers le 1^{er} janvier 2023 par la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Art. 3. Dans le chapitre VI du décret du 7 mars 2008 relatif à l'assistance spéciale à la jeunesse, modifié en dernier lieu par le décret du 21 mai 2021, la section Ire, comprenant les articles 54 à 65, est abrogée le 1^{er} janvier 2023.

Art. 4. À l'article 1^{er} de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 6 février 2015 et 12 mars 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 3°, les mots « et du fonds » sont abrogés ;

2° le point 14° est abrogé.

Art. 5. Dans l'article 40, paragraphe 3, du même arrêté, les mots « du fonds » sont remplacés par les mots « de l'Agence Grandir régie » et les mots « au fonds » sont remplacés par les mots « à l'Agence Grandir régie ».

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Art. 7. Le ministre flamand compétent pour le grandir est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 23 décembre 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

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2023/41182]

10 FEBRUARI 2023. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende wijziging van de regelgeving m.b.t. de Vlaamse sociale bescherming en de overnamereglementering wat betreft de psychiatrische verzorgingstehuizen**Rechtsgronden**

Dit besluit is gebaseerd op:

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

- het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 34, tweede lid, artikel 35, §1, eerste lid, en §2, eerste lid, artikel 37, §1, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 48, 49, §3, derde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, en §5 en §8, eerste lid, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 50, eerste lid, gewijzigd bij de decreten van 18 juni 2021 en 24 juni 2022, vierde en vijfde lid, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 60, tweede en derde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, vierde lid, en vijfde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 74, eerste lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 154/1, 154/4, en 154/7, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 185, gewijzigd bij de decreten van 15 februari 2019 en 18 juni 2021;

- het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, artikel 6, eerste lid, artikel 8, 4°, artikel 18, eerste lid, artikel 20, 21, eerste en tweede lid, artikel 24, §1, eerste, en derde lid;

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

- het decreet van 24 juni 2022 houdende diverse bepalingen over de beleidsvelden Vlaamse sociale bescherming, gezondheidspreventie, algemene ziekenhuizen en gezondheids- en woonzorg, artikel 38, eerste lid.

Vormvereisten

De volgende vormvereisten zijn vervuld:

- De Inspectie van Financiën heeft advies gegeven op 23 september 2022;
- De Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens heeft advies nr. 2022/108 gegeven op 8 november 2022;
- De Raad van State heeft advies 72.674/3 gegeven op 18 januari 2023, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2°, 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 artikel 44, §1, derde lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming wordt de zin “Voor de uitvoering van controle van de revalidatievoorzieningen, de revalidatieziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen conform artikel 24 en 25 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de taken van de Zorgkassencommissie in het kader van de subrogatie, worden er twee teams aangeduid over alle Vlaamse provincies heen.” vervangen door de zin “Voor de uitvoering van controle van de revalidatievoorzieningen en de initiatieven beschut wonen conform artikel 24 en 25 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de controle van de revalidatieziekenhuizen, de revalidatievoorzieningen en de psychiatrische verzorgingstehuizen conform artikel 34 van het decreet van 18 mei 2018 en de taken van de Zorgkassencommissie in het kader van de subrogatie, vermeld in artikel 121, tweede lid, worden er twee teams aangewezen over alle Vlaamse provincies heen.”.

Art. 2. In artikel 88 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 en 10 juni 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° aan het eerste lid wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° aanvaarde, gefactureerde en aangevraagde zorg in het kader van de psychiatrische verzorgingstehuizen.”;

2° aan het tweede lid, 7° wordt de zinsnede “, en noodzakelijk voor de berekening van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming in de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 534/147” toegevoegd;

3° aan het tweede lid worden een punt 9° en een punt 10° toegevoegd, die luiden als volgt:

“9° aanvaarde, gefactureerde zorg en aangevraagde zorg, op voorwaarde dat de zorgkas zorg in een psychiatrisch verzorgingstehuis heeft gemeld;

10° het feit of de gebruiker aanspraak maakt op de invaliditeitsuitkering, vermeld in artikel 93 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, op voorwaarde dat de zorgkas zorg in een psychiatrisch verzorgingstehuis heeft gemeld.”.

Art. 3. In artikel 89, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2011, worden de woorden “en multidisciplinair overleg” vervangen door de zinsnede “, multidisciplinair overleg en geestelijke gezondheidszorg”.

Art. 4. Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019, 26 november 2021 en 10 juni 2022, wordt een titel 7, die bestaat uit artikel 111/24 tot en met artikel 111/31, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 7. Psychiatrische verzorgingstehuizen

Art. 111/24. Om de aanvraag van een tegemoetkoming voor zorg, vermeld in artikel 534/156 van dit besluit, in te dienen, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan het psychiatrisch verzorgingstehuis. Het psychiatrisch verzorgingstehuis verschaft zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang tot informatie over al de volgende aspecten:

- 1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;
- 2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 3° de voor- en achternaam van de gebruiker;
- 4° de geboortedatum van de gebruiker;
- 5° het geslacht van de gebruiker;
- 6° de hoofdverblijfplaats van de gebruiker;
- 7° in voorkomend geval, de datum van overlijden van de gebruiker;
- 8° het feit of de gebruiker aanspraak maakt op een van de volgende elementen:
 - a) de inkomensgarantie voor ouderen, vermeld in artikel 2, 1°, van de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen;
 - b) de integratietegemoetkoming, vermeld in artikel 1 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;
 - c) de invaliditeitsuitkering, vermeld in artikel 93 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - d) de maatschappelijke integratie, vermeld in artikel 14 van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;

e) de verhoogde tegemoetkoming, vermeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 111/25. Om de aanvraag van een tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 534/156, in te dienen, bezorgt het psychiatrisch verzorgingstehuis al de volgende gegevens aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

- 1° de gegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis;
- 2° de periode van het verblijf in het psychiatrisch verzorgingstehuis waarvoor de aanvraag wordt ingediend;
- 3° de geïnformeerde toestemming van de gebruiker conform artikel 534/156, tweede lid, 2°;
- 4° het medisch verslag van de behandelende arts van de behandeling conform artikel 534/156, tweede lid, 3°;
- 5° de voor- en achternaam en het INSZ-nummer van de gebruiker.

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

Art. 111/26. Het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de facturatie door de psychiatrische verzorgingstehuizen conform artikel 534/162 tot en met 534/164.

Art. 111/27. De psychiatrische verzorgingstehuizen bewaren de documenten en gegevens die nodig zijn om dit besluit uit te voeren, gedurende een termijn van minimaal en maximaal tien jaar, tenzij dit besluit of een andere wetgeving die van toepassing is, een specifieke bewaartermijn bepaalt.

Art. 111/28. Het agentschap bewaart de documenten en de gegevens, vermeld in artikel 111/27, tot dertig jaar na het einde van de aanvraag in kwestie of vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/29. De documenten en gegevens, vermeld in artikel 111/27 en 111/28, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 111/30. 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 111/24 en 111/25, eerste lid, van dit besluit, met uitzondering van gegevens over de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 111/31. 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 111/25, eerste lid, 2°, van dit besluit.”.

Art. 5. In hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 juni 2022, wordt een boek 3/7, dat bestaat uit artikel 534/139 tot en met artikel 534/169, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/7. Psychiatrische verzorgingstehuizen

Deel 1. Financiering en tegemoetkoming

Titel 1. Tegemoetkomingen voor zorg

Hoofdstuk 1. Opnemingsprijs

Art. 534/139. De opnemingsprijs wordt vastgesteld per verblijfsdag.

Art. 534/140. De opnemingsprijs bestaat uit de volgende drie delen:

1° deel A bestaat uit de volgende onderdelen:

a) onderdeel A1 dekt de aanloopkosten en afschrijvingslasten, met inbegrip van de financiële lasten voor aangegane leningen, voor bouw of verbouwingen, uitrusting en apparatuur, grote onderhoudswerken en een eerste installatie;

b) onderdeel A2 dekt de korte termijnkredietlasten. Het dekt de financiële lasten van de kortetermijnkredietlasten om de normale werking van het psychiatrisch verzorgingstehuis te verzekeren;

2° deel B bestaat uit de volgende onderdelen:

a) onderdeel B1 dekt alle werkingskosten, met uitzondering van de lasten van het verzorgend en paramedisch personeel;

b) onderdeel B2 dekt de lasten van het verzorgend en paramedisch personeel;

c) onderdeel B3 dekt de kosten voor de registratie van minimale psychiatrische gegevens;

3° deel C bestaat uit onderdeel C2A en onderdeel C2B. Deel C bevat de inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van het budget dat vastgesteld is voor het lopende kalenderjaar, of van het budget dat vastgesteld is voor een of meer van de vorige kalenderjaren.

Art. 534/141. §1. Onderdeel A1, vermeld in artikel 534/140, 1°, a), van dit besluit, dekt de volgende kosten en lasten:

1° de volgende aanloopkosten:

a) de oprichtingskosten van een vereniging zonder winstoogmerk of van andere rechtspersonen zonder winstoogmerk;

b) de kosten van hypothecaire akten;

c) de bouwbelastingen;

d) de verzekeringskosten;

e) de verwarmingskosten;

f) de kosten van schoonmaak voor de ingebruikstelling;

g) de financiële lasten van leningen of overbruggingskredieten voor financiering van het eigen aandeel;

h) de notaris- en registratiekosten als een gevolg van de leningen, vermeld in punt g);

2° de afschrijvingslasten. De investeringslasten die gedekt worden door onderdeel A1 van de opnemingsprijs van de psychiatrische verzorgingstehuizen, worden afgeschreven conform de bepalingen en de termijnen, vermeld in het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen. De afschrijvingen voor de lasten van opbouw, uitrusting en apparatuur worden berekend op de werkelijke investeringswaarden en zijn begrensd tot de maximumbedragen die daarvoor gelden, verminderd met:

a) de om niet verkregen toelagen;

b) de schadeloosstelling, vermeld in artikel 10bis van het koninklijk besluit van 19 mei 1987 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuisdiensten, evenals van de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend.

De werkelijke investeringswaarden, vermeld in het tweede lid, worden beperkt tot 192.147,25 euro per gebruiker, vermeld in de opnamecapaciteit, verhoogd met het percentage van algemene kosten van 10% op het basisbedrag en de geldende btw. Het geldende maximumbedrag wordt jaarlijks aangepast aan de bouwindex. De basisindex is die van 1 januari 2018 (1,70703).

De investeringswaarden die de basis vormen voor de afschrijvingslasten, worden vastgesteld aan de hand van de bouwindex die van toepassing is in het eerste jaar nadat de investering in gebruik is genomen, behalve als die ingebruikname in de maand januari is. Dan geldt de bouwindex van het jaar in kwestie.

De afschrijvingslasten voor onroerende investeringen waarvoor geen toelagen kunnen worden verkregen, worden voor 100% van de werkelijke investeringswaarde gedekt in de opnemingsprijs van de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Voor de afschrijvingen van lasten van grote onderhoudswerken en ook voor de lasten van een eerste inrichting worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen, na aftrek van de eventuele subsidiëring.

De volgende lasten worden ook op reële basis vergoed:

1° de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting;

2° de lasten die verband houden met de afschrijving van de niet-medische uitrusting, met inbegrip van informatica-apparatuur en meubilair;

3° de lasten die verband houden met de afschrijving van het rollend materieel.

De aankoopprijs van de grond wordt uitgesloten van de vermelde afschrijving.

Voor de toepassing van deze paragraaf worden de lasten voor het huren van gebouwen gelijkgesteld met afschrijvingen.

§2. Voor de financiële lasten van leningen die zijn aangegaan ter financiering van de investeringen, vermeld in paragraaf 1, gedekt door onderdeel A1 van de opnemingsprijs, worden ook de werkelijke lasten in aanmerking genomen met dezelfde beperkingen als de beperkingen, vermeld in paragraaf 1.

§3. Voor onderdeel A2, vermeld in artikel 534/140, 1°, b), van dit besluit, gelden de bepalingen voor de psychiatrische ziekenhuizen, vermeld in artikel 30 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de verheffing van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Art. 534/142. Onderdeel B1, vermeld in artikel 534/140, 2°, a), van dit besluit, wordt vastgesteld op 42,12 euro per verblijfsdag. Dat bedrag wordt geïndexeerd conform de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld. De verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het eerste lid, wordt berekend en toegepast 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.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is gekoppeld aan het spilindexcijfer 118,36 (basis 2013=100).

Art. 534/143. Onderdeel B2, vermeld in artikel 534/140, 2°, b), wordt vastgesteld op 101,29 euro per verblijfsdag voor een gebruiker met een verstandelijke beperking en op 93,57 euro per verblijfsdag voor een andere gebruiker.

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

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

De bedragen, vermeld in het eerste lid, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 118,36 (basis 2013=100).

Onderdeel B2, vermeld in artikel 534/140, 2°, b), dekt de kosten van de volgende zorg:

1° de verzorging die verleend is door verpleegkundigen;

2° de kinesitherapieverstrekkingen en de logopedieverstrekkingen die worden verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn, met uitzondering van de kinesitherapieverstrekkingen die niet bij de psychiatrische behandeling aansluiten en die door een andere behandelende arts dan de coördinerende en behandelende psychiater worden voorgeschreven;

3° de bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven en elke handeling tot re-activatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;

4° de geneeskundige verstrekkingen die verleend zijn door de coördinerende en behandelende psychiater.

Art. 534/144. Onderdeel B3, vermeld in artikel 534/140, 2°, c), bedraagt 3.482,07 euro per erkend psychiatrisch verzorgingstehuis, vermeerderd met 75,47 euro per gebruiker, vermeld in de opnamecapaciteit.

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

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

De bedragen, vermeld in het eerste lid, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

Art. 534/145. De onderdelen C2A en C2B, vermeld in artikel 534/140, 3°, worden op de volgende wijze bepaald:

1° C2A: het verschil tussen het nog niet in aanmerking genomen inhaalbedrag van het psychiatrisch verzorgingstehuis, gedeeld door het aantal dagen dat overeenkomt met het gemiddelde aantal opgenomen gebruikers, zoals vermeld in de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis met een bezettingsgraad van 90%, en het onderdeel C2B;

2° C2B: het gemiddelde inhaalbedrag dat wordt verkregen door de som van de inhaalbedragen die nog niet in aanmerking zijn genomen voor het geheel van de erkende psychiatrische verzorgingstehuizen, te delen door het aantal dagen dat overeenkomt met het gemiddelde aantal opgenomen gebruikers van de sector met een bezettingsgraad van 90%, waarna van dat gemiddelde inhaalbedrag een bedrag van 1,60 euro wordt afgetrokken.

Het gemiddelde aantal opgenomen gebruikers, vermeld in het eerste lid, 1° en 2°, wordt berekend door gebruik te maken van de laatst bekende gegevens.

Als het resultaat van de berekening, vermeld in het eerste en tweede lid, negatief is, wordt onderdeel C2B teruggebracht tot nul.

Hoofdstuk 2. Tegemoetkoming voor zorg in de opnemingsprijs

Art. 534/146. De tegemoetkoming voor zorg, vermeld in artikel 154/4 van het decreet van 18 mei 2018, dekt de kosten van de onderdelen B2, B3 en C2A van de opnemingsprijs, vermeld in artikel 534/140, 2°, b) en c), en 3°, van dit besluit.

Hoofdstuk 3. Financiering ten laste van de gebruiker

Art. 534/147. De bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 154/7, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, is de som van de toepasselijke bedragen, vermeld in artikel 534/148 van dit besluit.

Art. 534/148. §1. In dit artikel wordt verstaan onder verhoogde tegemoetkoming: de verhoogde tegemoetkoming, vermeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§2. Een eerste deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 534/147, wordt vastgesteld op:

1° 18,42 euro per verblijfsdag voor de volgende gebruikers:

a) de gebruikers die personen ten laste hebben in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging of in het kader van een rechterlijke beslissing;

b) de gebruikers die in de verzekering voor geneeskundige verzorging ingeschreven staan als personen ten laste van een gebruiker;

2° 11,05 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming;

3° 5,53 euro per verblijfsdag voor alle andere gebruikers dan de gebruikers, vermeld in punt 1° en 2°.

De bedragen, vermeld in het eerste lid, worden geïndexeerd overeenkomstig de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld. De verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarvan het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

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

De bedragen, vermeld in het eerste lid, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 118,36 (basis 2013=100).

§3. In deze paragraaf wordt verstaan onder:

1° integratietegemoetkoming: de integratietegemoetkoming, vermeld in artikel 1 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

2° invaliditeitsuitkering: de invaliditeitsuitkering, vermeld in artikel 93 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Een tweede deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 534/147, van dit besluit, wordt vastgesteld op:

1° 8,67 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die aan een van de volgende voorwaarden beantwoorden:

a) ze hebben personen ten laste in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

b) ze zijn verplicht om, in het kader van een rechterlijke beslissing of notariële akte, onderhoudsgeld te storten;

c) ze staan in de verzekering voor geneeskundige verzorging ingeschreven als persoon ten laste van een gebruiker;

2° 15,92 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder de toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben:

1) geen recht op een integratietegemoetkoming;

2) recht op een integratietegemoetkoming categorie 1 als vermeld in artikel 6, §2, 1° van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

d) ze hebben recht op een van de volgende tegemoetkomingen:

1) een invaliditeitsuitkering als onregelmatige werknemer;

2) een maatschappelijke integratie als vermeld in artikel 14 van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;

3) een inkomensgarantie voor ouderen als vermeld in artikel 2, 1°, van de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen;

3° 12,50 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder de toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben geen recht op een integratietegemoetkoming of ze hebben recht op de integratietegemoetkoming categorie 1, vermeld in artikel 6, §2, 1° van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

d) ze hebben geen recht op een invaliditeitsuitkering of ze hebben recht op een andere invaliditeitsuitkering dan die voor een onregelmatige werknemer;

4° 9,42 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder de toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 2 of 3 als vermeld in artikel 6, §2, 2° en 3° van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

d) ze hebben recht op een invaliditeitsuitkering als onregelmatige werknemer;

5° 6,57 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder de toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 2 of 3 als vermeld in artikel 6, §2, 2° en 3° van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

d) ze hebben geen recht op een invaliditeitsuitkering of ze hebben recht op een andere invaliditeitsuitkering dan die voor een onregelmatige werknemer;

6° 6,57 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder de toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 4 of 5 als vermeld in artikel 6, §2, 4° en 5° van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

d) ze hebben recht op een invaliditeitsuitkering als onregelmatige werknemer;

7° 5,43 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder de toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 4 of 5 als vermeld in artikel 6, §2, 4° en 5° van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

d) ze hebben geen recht op een invaliditeitsuitkering of ze hebben recht op een andere invaliditeitsuitkering dan die voor een onregelmatige werknemer;

8° 4,88 euro per verblijfsdag voor de gebruikers die niet vallen onder de toepassing van punt 1° tot en met 7°.

De bedragen, vermeld in het tweede lid, worden geïndexeerd overeenkomstig de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarvan het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

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

De bedragen, vermeld in het tweede lid, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 118,36 (basis 2013=100).

Hoofdstuk 4. Extra categorie voor wie de persoonlijke bijdrage, vermeld in artikel 154/7, eerste lid van het decreet van 18 mei 2018, wordt verminderd met een bijkomende forfaitaire tegemoetkoming

Art. 534/149. §1. De psychiatrische verzorgingstehuizen kunnen de opnemingsprijs tijdens de individuele verlofdagen, vermeld in artikel 80 van het besluit van 7 december 2018, aanrekenen aan de zorgkassen tot maximaal 48 dagen verlof per kalenderjaar per rechthebbende gebruiker, naar rato van vier dagen per begonnen kalendermaand van opname.

Voor de individuele verlofdagen, vermeld in het eerste lid, kunnen de volgende elementen worden aangerekend:

1° aan de gebruiker de persoonlijke bijdrage in de opnemingsprijs, verminderd met 8,68 euro;

2° aan de zorgkassen de tegemoetkoming in de opnemingsprijs.

In afwijking van het tweede lid, 1°, is de gebruiker de persoonlijke bijdrage in de opnemingsprijs niet verschuldigd als die zijn individuele verlof doorbrengt in een van de volgende zorgvoorzieningen:

1° een dienst of organisatie die door het VAPH wordt erkend, vergund, gemachtigd, gesubsidieerd of geregistreerd;

2° een initiatief van beschut wonen;

3° een woonzorgcentrum;

4° een centrum voor kortverblijf.

In geval van verlof in een psychiatrisch verzorgingstehuis mag de dag van vertrek alleen worden aangerekend aan de zorgkassen en de gebruiker als de gebruiker het psychiatrisch verzorgingstehuis verlaat na 10 uur en mag de dag van terugkeer alleen worden aangerekend aan de zorgkassen en de gebruiker als de gebruiker vóór 18 uur naar het psychiatrisch verzorgingstehuis terugkeert.

§2. Voor de collectieve verlofdagen, vermeld in artikel 80 van het besluit van 7 december 2018, kan het psychiatrisch verzorgingstehuis de opnemingsprijs en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming aanrekenen aan de zorgkassen en de persoonlijke bijdrage aan de gebruiker.

§3. Het psychiatrisch verzorgingstehuis brengt de zorgkas bij de indiening van de facturatie op de hoogte van alle opgenomen verlofdagen van de gebruiker en registreert per gebruiker al de volgende gegevens:

- 1° het aantal opgenomen verlofdagen;
- 2° per verlofdag: of die al dan niet is vergoed;
- 3° voor elk collectief vakantieverblijf: de plaats waar de vakantie plaatsvond.

De verloven worden geacht de opname niet te onderbreken.

§4. Het bedrag, vermeld in paragraaf 1, wordt geïndexeerd overeenkomstig de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld. De verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarvan het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

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

Het bedrag, vermeld in de eerste paragraaf, is gekoppeld aan het spilindexcijfer 118,36 (basis 2013=100).

Titel 2. Cumulatie van tegemoetkomingen

Art. 534/150. Een tegemoetkoming voor zorg in een psychiatrisch verzorgingstehuis mag niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor zorg in een ander psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor begeleiding in een initiatief van beschut wonen tijdens dezelfde periode;
- 3° een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging of een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode;
- 4° een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening binnen het toepassingsgebied van dit besluit of binnen het toepassingsgebied van het besluit van 7 december 2018, vermeld in artikel 1/1 van het voormelde besluit, als dat cumulverbod bepaald is in een revalidatieovereenkomst tijdens dezelfde periode;

5° een tegemoetkoming voor reiskosten als vermeld in artikel 18 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;

6° een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Deel 2. Aanvraagprocedure

Art. 534/151. In dit deel wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166, van de tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming;

2° ontvangstdatum: bij aanvraag via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166, de datum waarop de kennisgeving van ontvangst van de volledige aanvraag wordt verstuurd.

Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als alle delen, vermeld in artikel 534/156, tweede lid, volledig zijn conform het voormelde artikel.

Als er een nieuwe aanvraag voor dezelfde gebruiker in hetzelfde psychiatrisch verzorgingstehuis wordt ingediend binnen drie maanden na de afloop van de periode van de vorige goedgekeurde aanvraag conform artikel 534/159, wordt die nieuwe aanvraag als volledig beschouwd als deel 1, vermeld in artikel 534/156, tweede lid, 1°, volledig is.

Art. 534/152. Een tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming kunnen alleen worden toegekend als de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, een beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming heeft genomen.

Art. 534/153. Het psychiatrisch verzorgingstehuis waartoe de gebruiker zich wendt, verstuurt de aanvraag naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De aanvraag wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166.

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

Art. 534/154. Er wordt geen tegemoetkoming toegekend voor zorg die vroeger dan dertig dagen voor de ontvangstdatum is verleend.

Art. 534/155. Als de zorgkas de aangevraagde tegemoetkoming weigert, is de ontvangstdatum van de aanvraag niet meer van toepassing, behalve in de gevallen waarin de aanvraag wordt geweigerd ten gevolge van een negatief resultaat van de controle, vermeld in artikel 534/158.

Art. 534/156. Het psychiatrisch verzorgingstehuis stelt samen met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag van de tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming op.

De aanvraag wordt opgemaakt aan de hand van het model van aanvraagformulier dat het agentschap bepaalt. Het aanvraagformulier bestaat uit al de volgende delen:

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

- a) de gegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis;
- b) de periode waarin de zorg plaatsvindt;

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

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

Het psychiatrisch verzorgingstehuis brengt de zorgkas op de hoogte van het ontslag van de gebruiker met een formulier waarvan het agentschap het model heeft bepaald.

Art. 534/157. De aanvraag, vermeld in artikel 534/156, wordt ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166.

Art. 534/158. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, controleert al de volgende elementen:

- 1° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 2° de naleving door de gebruiker van de regels voor de cumulatie, vermeld in artikel 534/150;
- 3° de volledigheid van de meegeleverde gegevens.

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

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

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 534/150, vervuld zijn, worden de tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming die als laatste zijn aangevraagd, geweigerd.

Art. 534/159. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bezorgt de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan het psychiatrisch verzorgingstehuis binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum.

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

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

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

De beslissingstermijn van de zorgkas wordt geschorst als de zorgkas ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 534/158, tweede lid. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de zorgkas de bijkomende informatie heeft ontvangen.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis brengt de gebruiker op de hoogte van de beslissing van de zorgkas.

Art. 534/160. Voor de psychiatrische verzorgingstehuizen worden de aanvragen alleen aan de Zorgkassencommissie bezorgd voor een eventuele a-posterioriconrole.

Een a-posterioriconrole van de conformiteit van de medische gegevens, die worden beschreven in het gestandaardiseerde medische verslag, vermeld in artikel 534/156, tweede lid, 3°, is mogelijk. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

Art. 534/161. De beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, bevat al de volgende gegevens:

- 1° de gegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis;
- 2° de gegevens over de periode waarvoor een tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming worden toegekend.

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

- 1° de redenen van de weigering conform artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;
- 2° de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin beroep moet worden aangetekend.

De zorgkas brengt het psychiatrisch verzorgingstehuis op de hoogte van de beslissing tot volledige of gedeeltelijke goedkeuring of weigering via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166.

Deel 3. Facturatie

Art. 534/162. De tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming die aan de gebruiker zijn toegekend conform artikel 534/158, derde lid en artikel 534/159, tweede lid, worden via een trekkingsrecht van de gebruiker rechtstreeks uitbetaald aan het psychiatrisch verzorgingstehuis door de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

De zorgkas betaalt de tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming uiterlijk zestig dagen nadat ze de factuur ontvangen heeft. Bij laattijdige betaling is de zorgkas zonder ingebrekestelling een verwijlntrest verschuldigd voor het bedrag van de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek.

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

Art. 534/163. §1. De verantwoordelijke van het psychiatrisch verzorgingstehuis valideert de facturen en stuurt ze elektronisch naar de zorgkassen.

Bij de facturen voegt het psychiatrisch verzorgingstehuis per gebruiker en per zorgkas de digitale individuele kostennota's voor de verleende zorg.

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

- 1° de gegevens van de gebruiker;
- 2° de gegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis;
- 3° de gegevens van de zorgkas;
- 4° de gepresteerde verblijfsdagen, inclusief de datum waarop de verstrekkingen zijn gepresteerd;
- 5° een overzicht van de opnemingsprijs;
- 6° een overzicht van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming;
- 7° het totale verschuldigde nettobedrag dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet betalen;
- 8° het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in de opnemingsprijs.

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

§2. De facturen en individuele kostennota's worden ingediend via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166. Als de facturen en individuele kostennota's via een digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166, worden ingediend, voldoen ze aan de functionele vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid conform de geldende privacyregels.

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

Art. 534/164. Het agentschap betaalt het psychiatrisch verzorgingstehuis de financiële tegemoetkoming in het kader van de sociale akkoorden die gesloten zijn, en de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen.

Art. 534/165. De psychiatrische verzorgingstehuizen maken op het einde van elke maand per gebruiker een gebruikersfactuur op.

Een exemplaar van de gebruikersfactuur wordt bezorgd aan de gebruiker of elke natuurlijke of rechtspersoon die volledig of gedeeltelijk belast is met de betaling van de gebruikersfactuur.

De gebruikersfactuur mag elektronisch naar de gebruiker verstuurd worden als die daar expliciet voor gekozen heeft.

Als persoonlijke bijdragen en supplementen op basis van een contractuele of wettelijke bepaling rechtstreeks ten laste worden genomen door een derde, worden die op de gebruikersfactuur vermeld. Het psychiatrisch verzorgingstehuis vermeld onderaan op de gebruikersfactuur dat het bedrag ten laste van de gebruiker door het psychiatrisch verzorgingstehuis rechtstreeks aan die derde gefactureerd wordt.

De gebruikersfactuur wordt opgemaakt volgens het model dat door het agentschap ter beschikking wordt gesteld.

Deel 4. Software

Art. 534/166. §1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 534/151, eerste lid, 1° en 2°, artikel 534/153, tweede lid, artikel 534/157, 534/161, derde lid, en artikel 534/163, §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. Psychiatrische verzorgingstehuizen die geen digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, gebruiken, kunnen de aanvragen, vermeld in artikel 534/156, niet indienen bij de zorgkassen om tegemoetkomingen voor zorg te krijgen, en kunnen niet factureren aan de zorgkassen conform artikel 534/163.

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

Art. 534/167. §1. De softwareontwikkelaars dienen de aanvragen tot attestering, vermeld in artikel 534/166, §1, tweede lid, in bij het agentschap.

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

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

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

§2. Het agentschap beoordeelt de aanvraag tot attestering, vermeld in paragraaf 1, en beslist over de goedkeuring of weigering van de organisatie van het attesteringstraject, vermeld in paragraaf 4. Het agentschap kan aan de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/166, §3, advies vragen over de aanvraag.

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

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

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

De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/166, §3, organiseert binnen negentig dagen na de dag waarop het agentschap het verzoek, vermeld in het eerste lid, heeft ontvangen, testen waarbij wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor de attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/166, §1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

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

§5. De groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/166, §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 advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/166, §3, heeft ontvangen conform het eerste lid.

De attesten die toegekend worden conform het tweede lid, zijn geldig voor tien jaar, met behoud van de toepassing van artikel 534/168.

§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 534/166, §3, aanvullende informatie vraagt aan de softwareontwikkelaar in kwestie.

De termijnen, vermeld in het eerste lid, lopen verder vanaf de dag na de dag waarop het agentschap of de groep van onafhankelijke experts, vermeld in 534/166, §3, de bijkomende informatie heeft ontvangen conform het eerste lid.

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

Art. 534/168. §1. Zolang het uitgereikte attest geldig is, wordt de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele en technische vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/166, §1, eerste lid.

§2. Een softwareontwikkelaar met een geattesteerde digitale applicatie implementeert alle wijzigingen van de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/166, §1, eerste lid, volgens het versiebeleid van het digitale platform Vlaamse sociale bescherming.

Een softwareontwikkelaar die op eigen initiatief wijzigingen aanbrengt aan de geattesteerde digitale applicatie met een impact op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/166, §1, eerste lid, brengt het agentschap daarvan op de hoogte. In die melding aan het agentschap geeft de softwareontwikkelaar een beschrijving van de wijzigingen aan de geattesteerde digitale applicatie.

§3. Als er wijzigingen worden aangebracht aan de geattesteerde digitale applicatie conform paragraaf 2 die een impact hebben op de functionele en technische vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/166, §1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/166, §3, beslissen om bijkomende toelichtingen op te vragen bij de gemelde wijzigingen of om nieuwe testen op te leggen voor de digitale applicatie.

§4. Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer voldoet aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/166, §1, eerste lid, kan het agentschap, na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/166, §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. 534/169. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit deel, worden bekendgemaakt op de website van het agentschap met vermelding van hun geldigheidstermijn.”

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. 6. In artikel 3, §4, tweede lid, 2°, 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 wordt de zinsnede “, met inbegrip van de gegevens over de eventuele bijdrage van de overheid in de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming voor de rechthebbende in de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 69, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018” opgeheven.

Art. 7. In artikel 15, §3, eerste lid, van hetzelfde besluit worden de woorden “en de psychiatrische verzorgingstehuizen” opgeheven.

Art. 8. In artikel 17 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, wordt paragraaf 3 opgeheven.

Art. 9. In artikel 22 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 17 april 2020 en 26 november 2021, wordt paragraaf 3 opgeheven.

Art. 10. Artikel 23 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 11. In artikel 24 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 en 10 juni 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, wordt de zinsnede “de psychiatrische verzorgingstehuizen,” opgeheven;

2° in paragraaf 3, tweede lid, worden de woorden “de psychiatrische verzorgingstehuizen en” opgeheven.

Art. 12. In artikel 29 van hetzelfde besluit wordt punt 1° opgeheven.

Art. 13. In artikel 30 van hetzelfde besluit wordt punt 1° opgeheven.

Art. 14. In artikel 31 van hetzelfde besluit worden de woorden “of in een psychiatrisch verzorgingstehuis” opgeheven.

Art. 15. In artikel 37 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021, wordt de zinsnede “een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis,” opgeheven.

Art. 16. In deel 2 van hetzelfde besluit worden titel 3, die bestaat uit artikel 110 tot en met 118, titel 4, die bestaat uit artikel 119, en titel 5, die bestaat uit artikel 120 en 121, opgeheven.

HOOFDSTUK 3. — Slotbepalingen

Art. 17. Aanvragen van tegemoetkomingen voor zorg in psychiatrische verzorgingstehuizen, met een ontvangstdatum vóór 1 april 2023, worden verder behandeld met toepassing van de voorwaarden, vermeld in deel 1, titel 4, hoofdstuk 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 maart 2023.

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

Art. 18. Beslissingen tot goedkeuring van tegemoetkomingen voor zorg in psychiatrische verzorgingstehuizen die vóór 1 april 2023 zijn genomen door de betrokken verzekeringsinstelling met toepassing van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 maart 2023, worden vanaf 1 april 2023 uitgevoerd door de betrokken zorgkas.

Art. 19. De psychiatrische verzorgingstehuizen bezorgen tot en met 31 maart 2025 de facturen aan de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft op prestaties die vóór 1 april 2023 zijn geleverd. De facturen worden behandeld door de verzekeringsinstellingen conform het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 maart 2023.

Art. 20. §1. Een psychiatrisch verzorgingstehuis dat, buiten zijn eigen wil om, niet beschikt over een operationele digitale applicatie als vermeld in artikel 534/166 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 april 2023 niet kan starten met de indiening van aanvragen conform artikel 534/157 van het voormelde besluit, en het versturen van de facturen conform artikel 534/163, §2, van het voormelde besluit, kan bij het agentschap een uitzonderlijke aanvraag tot afwijking indienen.

De psychiatrische verzorgingstehuizen dienen de aanvragen tot afwijking, vermeld in het eerste lid, uiterlijk op 15 mei 2023 in.

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

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

§3. Het agentschap beoordeelt de afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, en brengt het psychiatrisch verzorgingstehuis in kwestie uiterlijk op 31 mei 2023 op de hoogte van zijn beslissing over de afwijkingsaanvraag.

Art. 21. Voor de zorg die wordt verleend tijdens de periode van 1 april 2023 tot en met 30 juni 2023, kunnen de psychiatrische verzorgingstehuizen die beschikken over een goedkeuring van een afwijking als vermeld in artikel 20 van dit besluit, de aanvragen, vermeld in artikel 534/156 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 534/154 van het voormelde besluit van 30 november 2018, naar de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, versturen, nadat de zorg wordt verleend.

De psychiatrische verzorgingstehuizen dienen alle aanvragen, vermeld in het eerste lid, chronologisch in via de digitale applicatie, vermeld in artikel 534/166 van het voormelde besluit van 30 november 2018, binnen dertig dagen nadat de voormelde digitale applicatie operationeel is.

De psychiatrische verzorgingstehuizen factureren alle zorg, vermeld in het eerste lid, chronologisch via de digitale applicatie, vermeld in artikel 534/166 van het voormelde besluit van 30 november 2018, uiterlijk vanaf 1 juli 2023.

Het agentschap bepaalt per psychiatrisch verzorgingstehuis het voorschot voor elke maand, vermeld in het eerste lid, dat het psychiatrisch verzorgingstehuis per zorgkas ontvangt met de volgende formule: 80% van een twaalfde van het jaarbudget 2023 van het respectieve psychiatrische verzorgingstehuis.

Art. 22. §1. Een psychiatrisch verzorgingstehuis kan bij het agentschap een uitzonderlijke aanvraag indienen om van de zorgkas een maandelijks voorschot te ontvangen voor de maanden april, mei en juni 2023.

De psychiatrische verzorgingstehuizen dienen de aanvragen, vermeld in het eerste lid, uiterlijk in op 5 maart 2023.

§2. De afwijkingsaanvraag, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, wordt door het psychiatrisch verzorgingstehuis schriftelijk aan het agentschap bezorgd en er wordt een verklaring op erewoord bijgevoegd dat het psychiatrisch verzorgingstehuis een maandelijks voorschot voor de maanden april, mei en juni 2023 wil ontvangen.

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

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

Het agentschap bepaalt per psychiatrisch verzorgingstehuis het voorschot voor elke maand, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, dat het psychiatrisch verzorgingstehuis per zorgkas ontvangt met de volgende formule: 50% van een twaalfde van het jaarbudget 2023 van het respectieve psychiatrische verzorgingstehuis.

Art. 23. Elke zorgkas verrekent de ontvangen individuele kostennota's die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/163, §1, tweede tot en met vierde lid, 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 het psychiatrisch verzorgingstehuis betaald zijn.

De eerste individuele kostennota na de volledige verrekening van het voorschotbedrag, die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/163, §1, tweede tot en met vierde lid, van het voormelde besluit, wordt door de zorgkas uitbetaald conform artikel 534/162 van het voormelde besluit.

De zorgkas kan vanaf de zevende week na de week waarin de zorgkas het laatste voorschot heeft betaald, eventuele niet-verrekende voorschotten terugvorderen van het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Het agentschap is financieel verantwoordelijk voor de niet-verrekende voorschotten, vermeld in het derde lid, die niet door de zorgkassen teruggevorderd kunnen worden bij het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Art. 24. In afwijking van artikel 534/151, tweede lid, van het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming wordt een aanvraag als volledig beschouwd als de onderdelen, vermeld in artikel 534/156, tweede lid, 1° en 3°, van het voormelde besluit, volledig zijn. Deel 2, vermeld in artikel 534/156, tweede lid, 2°, van het voormelde besluit, wordt bewaard door het psychiatrisch verzorgingstehuis en hoeft niet via de digitale applicatie te worden bezorgd.

Art. 25. Artikel 9, 11°, 67, 69, 71, 73 van het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming treden in werking op 1 april 2023.

Artikel 61, 66, 68, 70, 72, 92, 106, 108 en 109 van het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming treden in werking op 1 april 2023 wat de psychiatrische verzorgingstehuis betreft.

Art. 26. Artikel 28 van het decreet van 24 juni 2022 houdende diverse bepalingen over de beleidsvelden Vlaamse sociale bescherming, gezondheidspreventie, algemene ziekenhuizen en gezondheids- en woonzorg treedt in werking op 1 april 2023.

Art. 27. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2023.

Art. 28. De Vlaamse minister, bevoegd voor de sociale bescherming, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 10 februari 2023.

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

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

—————
TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2023/41182]

10 FEVRIER 2023. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant la réglementation relative à la protection sociale flamande et au règlement de reprise en ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques

Fondement juridique

Le présent arrêté est fondé sur :

- la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, article 20, modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;
- le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 34, alinéa 2, article 35, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et § 2, alinéa 1^{er}, article 37, § 1^{er}, après modification par le décret du 18 juin 2021, article 48, 49, § 3, alinéa 3, après insertion par le décret du 18 juin 2021, et § 5 et § 8, alinéa 1^{er}, après modification par le décret du 18 juin 2021, article 50, alinéa 1^{er}, après modification par les décrets des 18 juin 2021 et 24 juin 2022, alinéas 4 et 5, après modification par le décret du 18 juin 2021, article 60, alinéas 2 et 3, après insertion par le décret du 18 juin 2021, alinéa 4, et alinéa 5, après insertion par le décret du 18 juin 2021, article 74, alinéa 1^{er}, après remplacement par le décret du 18 juin 2021, articles 154/1, 154/4, et 154/7, alinéa 2, après insertion par le décret du 18 juin 2021, article 185, après modification par les décrets des 15 février 2019 et 18 juin 2021 ;
- le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, article 6, alinéa 1^{er}, article 8, 4°, article 18, alinéa 1^{er}, articles 20, 21, alinéas 1^{er} et 2, article 24, § 1^{er}, alinéas 1^{er} et 3 ;
- le décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande, article 117 ;
- le décret du 24 juin 2022 portant diverses dispositions relatives aux secteurs politiques de la protection sociale flamande, de la prévention sanitaire, des hôpitaux généraux et des soins de santé et résidentiels, article 38, alinéa 1^{er}.

Formalités

Les formalités suivantes ont été remplies :

- L'Inspection des Finances a rendu un avis le 23 septembre 2022 ;
- La Commission de contrôle flamande du traitement des données à caractère personnel a donné son avis n° 2022/108 le 8 novembre 2022 ;
- Le Conseil d'État a donné son avis 72.674/3 le 18 janvier 2023 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2° 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}. Dans l'article 44, § 1^{er}, alinéa 3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, la phrase « Pour l'exécution du contrôle des structures de revalidation, des hôpitaux de revalidation, des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitation protégée, conformément aux articles 24 et 25 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des

maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, et des tâches de la Commission des caisses d'assurance soins dans le cadre de la subrogation, deux équipes sont désignées sur l'ensemble des provinces flamandes. » est remplacée par la phrase « Pour l'exécution du contrôle des structures de revalidation et des initiatives d'habitation protégée conformément aux articles 24 et 25 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, du contrôle des hôpitaux de revalidation, des structures de revalidation et des maisons de soins psychiatriques conformément à l'article 34 du décret du 18 mai 2018, et des tâches de la Commission des caisses d'assurance soins dans le cadre de la subrogation, figurant à l'article 121, alinéa 2, deux équipes sont désignées sur l'ensemble des provinces flamandes. ».

Art. 2. À l'article 88 du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 26 novembre 2021 et 10 juin 2022, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1^{er} est complété par un point 5°, rédigé comme suit :

« 5° les soins acceptés, facturés et demandés dans le cadre des maisons de soins psychiatriques. » ;

2° l'alinéa 2, 7°, est complété par le membre de phrase « , et nécessaires au calcul de l'intervention forfaitaire supplémentaire dans les maisons de soins psychiatriques, figurant à l'article 534/147 » ;

3° l'alinéa 2 est complété par un point 9° et un point 10°, rédigés comme suit :

« 9° les soins acceptés et facturés et les soins demandés, à condition que la caisse d'assurance soins ait déclaré des soins dans une maison de soins psychiatriques ;

10° si l'utilisateur a droit, ou non, à l'indemnité d'invalidité figurant à l'article 93 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à condition que la caisse d'assurance soins ait déclaré des soins dans une maison de soins psychiatriques. ».

Art. 3. Dans l'article 89, alinéa 1^{er} du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2011, les mots « et la concertation multidisciplinaire » sont remplacés par le membre de phrase « , la concertation multidisciplinaire et les soins de santé mentale ».

Art. 4. Le livre 1^{er}, partie 5, du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 28 juin 2019, 26 novembre 2021 et 10 juin 2022, est complété par un titre 7, composé des articles 111/24 à 111/31, rédigé comme suit :

« Titre 7. Maisons de soins psychiatriques

Art. 111/24. Afin d'introduire une demande d'intervention pour soins, figurant à l'article 534/156 du présent arrêté, l'utilisateur transmet son numéro NISS à la maison de soins psychiatriques. La maison de soins psychiatriques 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 situation en matière 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 ;

8° si l'utilisateur a droit ou non à l'un des éléments suivants :

a) la garantie de revenus aux personnes âgées, figurant à l'article 2, 1° de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;

b) l'allocation d'intégration, figurant à l'article 1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

c) l'indemnité d'invalidité figurant à l'article 93 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;

d) l'intégration sociale figurant à l'article 14 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;

e) l'intervention majorée figurant à l'article 37, § 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 111/25. Pour introduire la demande d'intervention pour soins et d'intervention forfaitaire supplémentaire, figurant à l'article 534/156, la maison de soins psychiatriques fournit l'ensemble des données suivantes à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié :

1° les coordonnées de la maison de soins psychiatriques ;

2° la période de séjour dans la maison de soins psychiatriques pour laquelle la demande est introduite ;

3° le consentement éclairé de l'utilisateur conformément à l'article 534/156, alinéa 2, 2° ;

4° le rapport médical du médecin traitant conformément à l'article 534/156, alinéa 2, 3° ;

5° les nom et prénom et le numéro NISS de l'utilisateur.

Outre la consultation des informations figurant 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, aux fins de l'article 22, alinéa 2 du décret précité, et l'agence, aux fins de l'article 11, 2°, et de l'article 36, alinéa 1^{er} du décret précité, accèdent aux données énumérées à l'alinéa 1^{er}, à l'aide du numéro NISS de l'utilisateur.

Art. 111/26. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la facturation par les maisons de soins psychiatriques conformément aux articles 534/162 à 534/164.

Art. 111/27. Les maisons de soins psychiatriques conservent les documents et les données nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une durée minimum et maximum de dix ans, à moins que le présent arrêté ou une autre législation applicable ne prévoit un délai de conservation spécifique.

Art. 111/28. L'agence conserve les documents et données figurant à l'article 111/27 jusqu'à trente ans après la fin de la demande en question ou jusqu'à cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/29. Les documents et données figurant aux articles 111/27 et 111/28 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 111/30. 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 figurant aux articles 111/24 et 111/25, 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. 111/31. Les données figurant à l'article 50, alinéas 4 et 5 du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services d'aide sociale 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 figurant à l'article 111/25, alinéa 1^{er}, 2^o du présent arrêté. ».

Art. 5. Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 juin 2022, il est inséré un livre 3/7, composé des articles 534/139 à 534/169, rédigé comme suit :

« Livre 3/7. Maisons de soins psychiatriques

Partie 1re. Financement et intervention

Titre 1^{er}. Interventions dans les soins

CHAPITRE 1^{er}. Prix d'hébergement

Art. 534/139. Le prix d'hébergement est fixé par jour de séjour.

Art. 534/140. Le prix d'hébergement se compose des trois parties suivantes :

1^o la partie A se compose des sous-parties suivantes :

a) la sous-partie A1 couvre les frais de pré-exploitation et les charges d'amortissement, y compris les charges financières d'emprunts contractés, de constructions ou de transformations, d'équipement et d'appareillage, de gros travaux d'entretien et de première installation ;

b) la sous-partie A2 couvre les charges de crédits à court terme. Elle couvre les charges financières des crédits à court terme contractés en vue d'assurer le fonctionnement normal de la maison de soins psychiatriques ;

2^o la partie B se compose des sous-parties suivantes :

a) la sous-partie B1 couvre l'ensemble des frais de fonctionnement à l'exception des charges du personnel soignant et paramédical ;

b) la sous-partie B2 couvre les charges du personnel soignant et paramédical ;

c) la sous-partie B3 couvre les coûts de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum ;

3^o la partie C se compose des sous-parties C2A et C2B. La partie C contient les montants de rattrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport au budget fixé pour l'année civile en cours ou au budget fixé pour une ou plusieurs années civiles antérieures.

Art. 534/141. § 1^{er}. La sous-partie A1, figurant à l'article 534/140, 1^o, a) du présent arrêté, couvre les frais et charges suivants :

1^o les frais de pré-exploitation suivants :

a) les frais de constitution d'une association sans but lucratif ou de toute personne morale sans but lucratif ;

b) les frais d'actes hypothécaires ;

c) les taxes de construction ;

d) les frais d'assurance ;

e) les frais de chauffage ;

f) les frais de nettoyage avant la mise en service ;

g) les charges financières d'emprunts ou de crédits de soudure pour le financement de la partie propre ;

h) les frais de notaire et d'enregistrement découlant des emprunts figurant au point g) ;

2^o les charges d'amortissement. Les charges d'investissement couvertes par la sous-partie A1 du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques sont amorties conformément aux dispositions et aux délais prévus par l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux. Les amortissements des charges de construction, d'équipement et d'appareillage sont calculés sur les valeurs réelles d'investissement et sont limités aux montants maxima déterminés à cet effet, sous déduction :

a) des subventions à fonds perdus ;

b) de l'indemnisation figurant à l'article 10bis de l'arrêté royal du 19 mai 1987 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation.

Les valeurs réelles d'investissement figurant à l'alinéa 2 sont limitées à 192 147,25 euros par usager figurant dans la capacité d'admission, augmentés du pourcentage de frais généraux de 10 % sur le montant de base et de la TVA en vigueur. Le montant maximum applicable est adapté annuellement à l'indice de la construction. L'indice de base est celui du 1^{er} janvier 2018 (1,70703).

Les valeurs d'investissement qui servent de base pour les charges d'amortissement sont fixées à l'aide de l'indice de la construction applicable la première année suivant la mise en service de l'investissement, sauf si cette mise en service intervient au mois de janvier. Dans ce cas, l'indice de la construction de l'année en question s'applique.

Les charges d'amortissement des investissements immeubles non subventionnables sont couvertes par le prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques à 100 % de leur valeur d'investissement réelle.

Pour les amortissements des charges de gros travaux d'entretien et des frais de première installation, les charges réelles sont retenues après déduction de l'éventuelle subvention.

Les charges suivantes sont également couvertes sur base réelle :

1^o les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical ;

2^o les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier ;

3° les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

Le prix d'achat du terrain est exclu de l'amortissement précité.

Pour l'application du présent paragraphe, les charges de loyer sont assimilées aux amortissements.

§ 2. Pour les charges financières des emprunts contractés pour le financement des investissements figurant au paragraphe 1^{er}, couvertes par la sous-partie A1 du prix d'hébergement, les charges réelles sont également retenues, avec les mêmes limitations que celles figurant au paragraphe 1^{er}.

§ 3. La sous-partie A2, figurant à l'article 534/ 140, 1°, b) du présent arrêté, est régie par les dispositions concernant les hôpitaux psychiatriques, figurant à l'article 30 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Art. 534/142. La sous-partie B1, figurant à l'article 534/140, 2°, a) du présent arrêté, est fixée à 42,12 euros par jour de séjour. Ce montant est indexé conformément à la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. L'augmentation ou la diminution est appliquée à partir du premier mois où l'indice atteint une valeur justifiant la modification.

La liaison à l'indice, figurant 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.

Le montant figurant à l'alinéa 1^{er} est lié à l'indice-pivot 118,36 (base 2013=100).

Art. 534/143. La sous-partie B2, figurant à l'article 534/140, 2°, b), est fixée à 101,29 euros par jour de séjour pour l'usager présentant un handicap intellectuel et à 93,57 euros par jour de séjour pour tout autre usager.

Les montants figurant à l'alinéa 1^{er} sont indexés conformément à la loi du 1 mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. L'augmentation ou la diminution est appliquée à partir du premier mois où l'indice atteint une valeur justifiant la modification.

La liaison à l'indice, figurant à l'alinéa 2, est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants figurant à l'alinéa 1^{er} sont liés à l'indice-pivot 118,36 (base 2013=100).

La sous-partie B2, figurant à l'article 534/140, 2°, b), couvre les coûts des soins suivants :

1° les soins dispensés par le personnel infirmier ;

2° les prestations de kinésithérapie et de logopédie dispensées par les prestataires de soins qualifiés à cet effet, à l'exception des prestations de kinésithérapie qui ne s'inscrivent pas dans le traitement psychiatrique et qui sont prescrites par un médecin traitant autre que le psychiatre coordinateur et traitant ;

3° l'assistance dans les actes de la vie quotidienne et tout acte de réactivation et de réintégration sociale, y compris l'ergothérapie ;

4° les prestations médicales dispensées par le psychiatre coordinateur et traitant.

Art. 534/144. La sous-partie B3, figurant à l'article 534/140, 2°, c), s'élève à 3 482,07 euros par maison de soins psychiatriques agréée, majorés de 75,47 euros par usager figurant dans la capacité d'admission.

Les montants figurant à l'alinéa 1^{er} sont indexés conformément à la loi du 1 mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. L'augmentation ou la diminution est appliquée à partir du premier mois où l'indice atteint une valeur justifiant la modification.

La liaison à l'indice, figurant à l'alinéa 2, est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants figurant à l'alinéa 1^{er} sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

Art. 534/145. Les sous-parties C2A et C2B, figurant à l'article 534/140, 3°, sont calculées comme suit :

1° C2A : la différence entre le montant de rattrapage non encore pris en compte de la maison de soins psychiatriques, divisé par le nombre de jours correspondant au nombre moyen d'usagers admis figurant dans la capacité d'admission de la maison de soins psychiatriques présentant un taux d'occupation de 90 % et la sous-partie C2B ;

2° C2B : le montant de rattrapage moyen obtenu en divisant la somme des montants de rattrapage non encore pris en compte pour l'ensemble des maisons de soins psychiatriques agréées, par le nombre de jours correspondant au nombre moyen d'usagers admis du secteur présentant un taux d'occupation de 90 %, ce montant de rattrapage moyen étant ensuite diminué d'un montant de 1,60 euro.

Le nombre moyen d'usagers admis, figurant à l'alinéa 1^{er}, 1° et 2°, est calculé sur la base des dernières données connues.

Si le résultat du calcul, figurant aux alinéas 1^{er} et 2, est négatif, la sous-partie C2B est ramenée à zéro.

CHAPITRE 2. — Intervention pour soins dans le prix d'hébergement

Art. 534/146. L'intervention pour soins, figurant à l'article 154/4 du décret du 18 mai 2018, couvre les coûts des sous-parties B2, B3 et C2A du prix d'hébergement, figurant à l'article 534/140, 2°, b) et c), et 3°, du présent arrêté.

CHAPITRE 3. Financement à charge de l'usager

Art. 534/147. L'intervention forfaitaire supplémentaire, figurant à l'article 154/7, alinéa 2 du décret du 18 mai 2018 est la somme des montants applicables, figurant à l'article 534/148 du présent arrêté.

Art. 534/148. § 1^{er}. Aux fins du présent article, on entend par intervention majorée : l'intervention majorée figurant à l'article 37, § 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Une première partie de l'intervention forfaitaire supplémentaire, figurant à l'article 534/147, est fixée à :

1° 18,42 euros par jour de séjour pour les usagers suivants :

a) les usagers ayant des personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou dans le cadre d'une décision judiciaire ;

b) les usagers inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge d'un usager ;

2° 11,05 euros par jour de séjour pour les usagers qui ont droit à l'intervention majorée ;

3° 5,53 euros par jour de séjour pour tous les usagers autres que ceux mentionnés aux points 1° et 2°.

Les montants figurant à l'alinéa 1^{er} sont indexés conformément à la loi du 1 mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. L'augmentation ou la diminution est appliquée à partir du premier mois qui suit le mois où l'indice atteint le chiffre justifiant la modification.

La liaison à l'indice, figurant à l'alinéa 2, est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants figurant à l'alinéa 1^{er} sont liés à l'indice-pivot 118,36 (base 2013=100).

§ 3. Dans le présent paragraphe on entend par :

1° allocation d'intégration : l'allocation d'intégration, figurant à l'article 1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

2° indemnité d'invalidité : l'indemnité d'invalidité figurant à l'article 93 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Une seconde partie de l'intervention forfaitaire supplémentaire, figurant à l'article 534/147 du présent arrêté, est fixée à :

1° 8,67 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'une des conditions suivantes :

- a) ils ont des personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ;
- b) ils sont tenus de verser une pension alimentaire dans le cadre d'une décision judiciaire ou d'un acte notarié ;
- c) ils sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personne à charge d'un usager ;

2° 15,92 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;
- b) ils ont droit à l'intervention majorée ;
- c) ils relèvent d'un des cas suivants :
 - 1) ils n'ont pas droit à l'allocation d'intégration ;
 - 2) ils ont droit à l'allocation d'intégration, catégorie 1, figurant à l'article 6, § 2, 1° de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

d) ils ont droit à l'une des interventions suivantes :

- 1) l'indemnité d'invalidité en tant que travailleur irrégulier ;
- 2) l'intégration sociale figurant à l'article 14 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;
- 3) la garantie de revenus aux personnes âgées, figurant à l'article 2, 1° de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;

3° 12,50 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;
- b) ils ont droit à l'intervention majorée ;
- c) ils n'ont pas droit à l'allocation d'intégration ou ils ont droit à l'allocation d'intégration, catégorie 1, figurant à l'article 6, § 2, 1° de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- d) ils n'ont pas droit à l'indemnité d'invalidité ou ils ont droit à une indemnité d'invalidité autre que celle prévue pour les travailleurs irréguliers ;

4° 9,42 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;
- b) ils ont droit à l'intervention majorée ;
- c) ils ont droit à l'allocation d'intégration, catégories 2 ou 3, figurant à l'article 6, § 2, 2° et 3° de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- d) ils ont droit à l'indemnité d'invalidité en tant que travailleur irrégulier ;

5° 6,57 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;
- b) ils ont droit à l'intervention majorée ;
- c) ils ont droit à l'allocation d'intégration, catégories 2 ou 3, figurant à l'article 6, § 2, 2° et 3° de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- d) ils n'ont pas droit à l'indemnité d'invalidité ou ils ont droit à une indemnité d'invalidité autre que celle prévue pour les travailleurs irréguliers ;

6° 6,57 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;
- b) ils ont droit à l'intervention majorée ;
- c) ils ont droit à l'allocation d'intégration, catégories 4 ou 5, figurant à l'article 6, § 2, 4° et 5° de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- d) ils ont droit à l'indemnité d'invalidité en tant que travailleur irrégulier ;

7° 5,43 euros par jour de séjour pour les usagers de soins répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;
- b) ils ont droit à l'intervention majorée ;
- c) ils ont droit à l'allocation d'intégration, catégories 4 ou 5, figurant à l'article 6, § 2, 4° et 5° de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- d) ils n'ont pas droit à l'indemnité d'invalidité ou ils ont droit à une indemnité d'invalidité autre que celle prévue pour les travailleurs irréguliers ;

8° 4,88 euros par jour de séjour pour les usagers de soins qui ne tombent pas sous le coup des points 1° à 7°.

Les montants figurant à l'alinéa 2 sont indexés conformément à la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit le mois où l'indice atteint le chiffre justifiant la modification.

La liaison à l'indice, figurant à l'alinéa 3, est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants figurant à l'alinéa 2 sont liés à l'indice-pivot 118,36 (base 2013=100).

CHAPITRE 4. Catégorie supplémentaire : les cas où la cotisation personnelle, figurant à l'article 154/7, alinéa 1^{er}, du décret du 18 mai 2018 est diminuée d'une intervention forfaitaire supplémentaire

Art. 534/149. § 1^{er}. Les maisons de soins psychiatriques peuvent facturer aux caisses d'assurance soins le prix d'hébergement durant les jours de congé individuel, figurant à l'article 80 de l'arrêté du 7 décembre 2018, avec un maximum de 48 jours de congé par année civile par usager bénéficiaire, à raison de quatre jours par mois civil d'admission entamé.

Pour les jours de congé individuels, figurant au paragraphe 1^{er}, les éléments suivants peuvent être facturés :

1° à l'usager, une cotisation personnelle dans le prix d'hébergement, diminuée de 8,68 euros ;

2° aux caisses d'assurance soins, l'intervention dans le prix d'hébergement.

Contrairement à l'alinéa 2, 1°, l'usager n'est pas redevable de la cotisation personnelle dans le prix d'hébergement s'il passe son congé individuel dans l'une des structures de soins suivantes :

1° un service ou une organisation agréé, autorisé, habilité, subventionné ou enregistré par la VAPH ;

2° une initiative d'habitation protégée ;

3° un centre de soins résidentiels ;

4° un centre de court séjour.

En cas de congé dans une maison de soins psychiatriques, le jour de départ ne peut être facturé aux caisses d'assurance soins et à l'usager que si l'usager quitte la maison de soins psychiatriques après 10 heures, et le jour de retour ne peut être facturé aux caisses d'assurance soins et à l'usager que si l'usager rentre dans la maison de soins psychiatriques avant 18 heures.

§ 2. Pour les jours de congé collectif, figurant à l'article 80 de l'arrêté du 7 décembre 2018, la maison de soins psychiatriques peut facturer le prix d'hébergement et l'intervention forfaitaire supplémentaire aux caisses d'assurance soins et la cotisation personnelle à l'usager.

§ 3. Lors de la présentation des factures, la maison de soins psychiatriques informe la caisse d'assurance soins de tous les jours de congé pris par l'usager et enregistre par usager l'ensemble des données suivantes :

1° le nombre de jours de congé pris ;

2° par jour de congé : si ce jour a été indemnisé ou non ;

3° pour chaque séjour de vacances collectif : le lieu où a eu lieu le congé.

Les congés sont réputés ne pas interrompre l'admission.

§ 4. Le montant figurant au paragraphe 1^{er} est indexé conformément à la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. L'augmentation ou la diminution est appliquée à partir du premier mois qui suit le mois où l'indice atteint le chiffre justifiant la modification.

La liaison à l'indice, figurant 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.

Le montant figurant au paragraphe 1^{er} est lié à l'indice-pivot 118,36 (base 2013=100).

Titre 2. Cumul d'interventions

Art. 534/150. L'intervention pour soins dans une maison de soins psychiatriques n'est pas cumulable avec :

1° l'intervention pour soins dans une autre maison de soins psychiatriques durant la même période ;

2° l'intervention pour un accompagnement dans une initiative d'habitation protégée durant la même période ;

3° l'intervention pour soins dans un centre de soins résidentiels, un centre de soins de jour ou un centre de court séjour durant la même période ;

4° l'intervention pour un séjour dans une structure de revalidation relevant du champ d'application du présent arrêté ou du champ d'application de l'arrêté du 7 décembre 2018, figurant à l'article 1/1 de l'arrêté précité, si cette interdiction de cumul est stipulée dans une convention de revalidation au cours de la même période ;

5° l'intervention dans les frais de déplacement, figurant à l'article 18 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 ;

6° l'indemnité d'hospitalisation pour au moins une nuitée en vertu du régime fédéral d'assurance maladie-invalidité.

Partie 2. Procédure de demande

Art. 534/151. Dans la présente partie, on entend par :

1° demande : la demande au moyen d'une application numérique, figurant à l'article 534/166, de l'intervention pour soins et de l'intervention forfaitaire supplémentaire ;

2° date de réception : lors de la demande au moyen d'une application numérique, figurant à l'article 534/166, la date d'envoi de la notification de réception de la demande complète.

La demande est considérée comme complète si toutes les parties, figurant à l'article 534/156, alinéa 2, sont complètes conformément à l'article précité.

Lorsqu'une nouvelle demande pour le même usager dans la même maison de soins psychiatriques est introduite dans les trois mois suivant l'expiration de la période de la précédente demande approuvée conformément à l'article 534/159, cette nouvelle demande est considérée comme complète si la partie 1re, figurant à l'article 534/156, alinéa 2, 1°, est complète.

Art. 534/152. L'intervention pour soins et l'intervention forfaitaire supplémentaire ne peuvent être accordées que si la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié a pris une décision approuvant l'intervention et l'intervention forfaitaire supplémentaire demandées.

Art. 534/153. La maison de soins psychiatriques à laquelle l'usager s'adresse envoie la demande à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

La demande est introduite via une application numérique, figurant à l'article 534/166.

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

Art. 534/154. Aucune intervention n'est accordée pour les soins qui ont été dispensés plus de trente jours avant la date de réception.

Art. 534/155. 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, figurant à l'article 534/158.

Art. 534/156. La maison de soins psychiatriques, de concert avec l'usager ou son représentant, prépare la demande d'intervention pour soins et d'intervention forfaitaire supplémentaire.

La demande est établie au moyen du modèle de formulaire déterminé par l'agence. Le formulaire de demande comporte l'ensemble des parties suivantes :

1° la partie 1re contenant les informations administratives. Ces informations sont remplies par le responsable de la maison de soins psychiatriques et consistent en un document contenant l'ensemble des informations suivantes :

a) les coordonnées de la maison de soins psychiatriques ;

b) la période pendant laquelle sont dispensés les soins ;

2° la partie 2 contenant l'accord de l'usager avec la demande d'intervention pour soins et d'intervention forfaitaire supplémentaire sous la forme d'un consentement éclairé. Cette partie est signée et datée par l'usager ou son représentant légal ;

3° la partie 3 contenant un rapport médical. Cette partie est complétée et datée par le médecin traitant.

La maison de soins psychiatriques informe la caisse d'assurance soins de la sortie de l'usager, au moyen d'un formulaire dont l'agence a déterminé le modèle.

Art. 534/157. La demande, figurant à l'article 534/156, est introduite via une application numérique, figurant à l'article 534/166.

Art. 534/158. La caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié vérifie l'ensemble des éléments suivants :

1° le situation en matière d'assurance de l'usager ;

2° le respect par l'usager des règles en matière de cumul, figurant à l'article 534/150 ;

3° l'exhaustivité des données transmises.

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

Un résultat positif du contrôle, figurant à l'alinéa 1^{er}, donne lieu à une décision d'approbation totale ou partielle de la demande d'intervention pour soins et d'intervention forfaitaire supplémentaire.

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

Si le contrôle figurant à l'alinéa 1^{er}, 2°, révèle que les conditions d'application de l'interdiction de cumul, figurant à l'article à 534/150, sont remplies, l'intervention pour soins et l'intervention forfaitaire supplémentaire qui ont été demandées en dernier lieu sont refusées.

Art. 534/159. La caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié transmet la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à la maison de soins psychiatriques dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception.

Si la caisse d'assurance soins ne transmet pas la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à la maison de soins psychiatriques dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, la demande est réputée approuvée.

Dès lors que la caisse d'assurance soins constate que la maison de soins psychiatriques n'a pas reçu de décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, elle prend une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande et en informe immédiatement la maison de soins psychiatriques.

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 celle-ci concerne des soins qui ont été dispensés au plus tôt trente jours avant la date de réception et au plus tard dix jours ouvrables après la notification de la décision de refus. La décision de refus peut prendre effet au plus tôt dix jours ouvrables après la notification de la décision de refus.

Le délai de décision de la caisse d'assurance soins est suspendu si la caisse d'assurance soins réclame des informations manquantes conformément à l'article 534/158, alinéa 2. Le délai recommence à courir le jour ouvrable suivant celui où la caisse d'assurance soins reçoit les informations manquantes.

La maison de soins psychiatriques informe l'usager de la décision de la caisse d'assurance soins.

Art. 534/160. En ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques, les demandes sont transmises à la Commission des caisses d'assurance soins à seule fin d'un éventuel contrôle a posteriori.

Un contrôle a posteriori de la conformité des données médicales décrites dans le rapport médical standardisé, figurant à l'article 534/156, alinéa 2, 3°, est possible. Le ministre peut définir les modalités d'exécution de ce contrôle.

Art. 534/161. La décision d'approbation totale ou partielle de la demande de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié contient l'ensemble des données suivantes :

1° les coordonnées de la maison de soins psychiatriques ;

2° les données de la période pour laquelle l'intervention pour soins et l'intervention forfaitaire supplémentaire sont accordées.

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 avec certitude la date de réception. Cette notification comprend 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 caisse d'assurance soins informe la maison de soins psychiatriques de la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus via une application numérique, figurant à l'article 534/166.

Partie 3. — Facturation

Art. 534/162. L'intervention pour soins et l'intervention forfaitaire supplémentaire accordées à l'usager conformément à l'article 534/158, alinéa 3, et à l'article 534/159, alinéa 2, sont versées directement à la maison de soins psychiatriques par la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié, par le biais d'un droit de tirage de l'usager.

La caisse d'assurance soins verse l'intervention pour soins et l'intervention forfaitaire supplémentaire au plus tard soixante jours après réception de la facture. En cas de paiement tardif, la caisse d'assurance soins est redevable sans mise en demeure du montant de l'intérêt de retard au taux légal en matière civile à la date de l'expiration du délai de paiement.

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

Art. 534/163. § 1^{er}. Le responsable de la maison de soins psychiatriques valide les factures et les envoie par voie électronique aux caisses d'assurance de soins.

La maison de soins psychiatriques 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, figurant à l'alinéa 2, comprend l'ensemble des données suivantes :

- 1° les coordonnées de l'usager ;
- 2° les coordonnées de la maison de soins psychiatriques ;
- 3° les coordonnées de la caisse d'assurance soins ;
- 4° les jours de séjour prestés, y compris la date à laquelle les dispensations ont été prestées ;
- 5° un aperçu du prix d'hébergement ;
- 6° un aperçu de l'intervention forfaitaire supplémentaire ;
- 7° le montant net total dû par l'usager ou son représentant ;
- 8° le montant de l'intervention pour soins dans le prix d'hébergement.

Les factures et les notes de frais individuelles, figurant aux alinéas 1^{er} à 3, sont établies conformément aux modèles et aux instructions de facturation déterminés par l'agence.

§ 2. Les factures et les notes de frais individuelles sont soumises via une application numérique, figurant à l'article 534/166. Les factures et les notes de frais individuelles soumises via une application numérique, figurant à l'article 534/166, répondent aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité conformément aux règles de protection de la vie privée en vigueur.

§ 3. À l'exception des cas dans lesquels la prescription est suspendue ou interrompue, les maisons de soins psychiatriques transmettent, pour chaque caisse d'assurance soins, les factures et les notes de frais individuelles mensuellement et au plus tard 24 mois suivant la période, ou le dernier jour, de prestation des soins. Le droit d'interrompre la prescription est démontré par lettre recommandée adressée à la caisse d'assurance soins.

Art. 534/164. L'agence verse à la maison de soins psychiatriques l'intervention financière dans le cadre des accords sociaux conclus, ainsi que la compensation du préjudice financier d'octrois tardifs.

Art. 534/165. À la fin de chaque mois, les maisons de soins psychiatriques établissent une facture usager pour chaque usager.

Un exemplaire de la facture usager est envoyée à l'usager ou à toute personne physique ou morale qui est entièrement ou partiellement chargée du paiement de la facture usager.

La facture usager peut être envoyée par voie électronique à l'usager s'il en a fait la demande expresse.

Si les cotisations personnelles et les suppléments sont directement pris en charge par un tiers sur la base d'une disposition contractuelle ou légale, ils figurent sur la facture usager. La maison de soins psychiatriques indique au bas de la facture usager que le montant à prendre en charge par l'usager est facturé directement à ce tiers par la maison de soins psychiatriques.

La facture usager est établie conformément au modèle fourni par l'agence.

Partie 4. Logiciels

Art. 534/166. § 1^{er}. L'application numérique, figurant à l'article 534/151, alinéa 1^{er}, 1° et 2°, à l'article 534/153, alinéa 2, à l'article 534/157, à l'article 534/161, alinéa 3, et à l'article 534/163, § 2, satisfait 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, figurant à l'alinéa 1^{er}.

§ 2. Les maisons de soins psychiatriques qui n'utilisent pas l'application numérique, figurant au paragraphe 1^{er}, ne peuvent pas soumettre les demandes, figurant à l'article 534/156, aux caisses d'assurance soins afin de recevoir des interventions pour soins, et ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance soins conformément à l'article 534/163.

§ 3. L'agence et les organisations professionnelles concernées désignent les experts, figurant au paragraphe 1^{er}. Le ministre peut arrêter les modalités concernant la composition et le fonctionnement du groupe d'experts indépendants, figurant au paragraphe 1^{er}.

Art. 534/167. § 1^{er}. Les développeurs de logiciels soumettent à l'agence les demandes de certification, figurant à l'article 534/166, § 1^{er}, alinéa 2.

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

Le formulaire, figurant 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 logiciel ;
- 4° les spécifications techniques permettant d'évaluer les possibilités de connexion à la plate-forme numérique de la protection sociale flamande.

§ 2. L'agence évalue la demande de certification, figurant au paragraphe 1^{er}, et décide d'approuver ou de refuser l'organisation du processus de certification, figurant au paragraphe 4. L'agence peut demander l'avis du groupe d'experts indépendants, figurant à l'article 534/166, § 3, sur la demande.

L'agence communique sa décision d'approuver ou de refuser l'organisation du processus de certification, figurant au paragraphe 4, dans un délai de trente jours suivant le jour de la réception de la demande de certification, figurant au paragraphe 1^{er}.

§ 3. En cas de modification d'une des données, figurant au paragraphe 1^{er}, alinéa 3, après la décision d'approuver l'organisation du processus de certification, figurant au paragraphe 4, cette décision d'approuver est annulée de plein droit et le développeur de logiciels concerné introduit une nouvelle demande de certification.

§ 4. Après l'approbation de l'organisation du processus de certification, figurant au paragraphe 4, le développeur de logiciels en question peut soumettre à l'agence une demande d'organiser des tests.

Dans un délai de nonante jours à compter de la date de réception par l'agence de la demande figurant à l'alinéa 1^{er}, le groupe d'experts indépendants figurant à l'article 534/166, § 3, organise des tests pour vérifier si l'application numérique pour laquelle la certification a été demandée remplit les conditions énoncées à l'article 534/166, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et établit un rapport de test.

Le ministre peut arrêter les modalités relatives à l'organisation des tests, figurant à l'alinéa 2.

§ 5. Dans un délai de cent vingt jours à compter du jour où l'agence a reçu la demande d'organiser des tests conformément au paragraphe 4, alinéa 1^{er}, le groupe d'experts indépendants, figurant à l'article 534/166, § 3, soumet à l'agence le rapport de test, figurant au paragraphe 4, alinéa 2, assorti de l'avis correspondant.

Dans un délai de quinze jours à compter du jour où elle a reçu l'avis du groupe d'experts indépendants, figurant à l'article 534/166, § 3, conformément à l'alinéa 1^{er}, l'agence certifie l'application numérique ou refuse de certifier l'application numérique et notifie sa décision au demandeur.

Les certificats délivrés conformément à l'alinéa 2 ont une validité de dix ans, sans préjudice de l'application de l'article 534/168.

§ 6. Les délais figurant au paragraphe 2, alinéa 2, au paragraphe 4, alinéa 2, et au paragraphe 5, alinéas 1^{er} et 2, sont suspendus lorsque l'agence ou le groupe d'experts indépendants, figurant à l'article 534/166, § 3, demande des informations complémentaires au développeur de logiciels en question.

Les délais figurant à l'alinéa 1^{er} recommencent à courir à compter du jour suivant celui où l'agence ou le groupe d'experts indépendants, figurant à l'article 534/166, § 3, reçoit 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. 534/168. § 1^{er}. Tant que le certificat délivré est valable, la version certifiée de l'application numérique et son évolution sont réputées continuer à satisfaire aux exigences fonctionnelles et techniques et aux exigences de fiabilité et de sécurité, figurant à l'article 534/166, § 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, figurant à l'article 534/166, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, conformément à la politique de gestion des versions de la plate-forme 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 figurant à l'article 534/166, § 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 ayant un impact sur les exigences fonctionnelles et techniques et sur les exigences de fiabilité et de sécurité figurant à l'article 534/166, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, sont apportées à l'application numérique certifiée, conformément au paragraphe 2, l'agence, après avoir reçu l'avis conforme du groupe d'experts indépendants figurant à l'article 534/166, § 3, peut décider de demander des explications supplémentaires concernant les modifications signalées ou d'imposer de nouveaux tests à l'application numérique.

§ 4. S'il existe des indications selon lesquelles une application numérique ne répond plus aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité figurant à l'article 534/166, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'agence, après avoir reçu l'avis conforme du groupe d'experts indépendants figurant à l'article 534/166, § 3, peut décider d'organiser de nouveaux tests. En fonction des résultats des tests, l'agence, après avoir reçu l'avis conforme du groupe d'experts indépendants précité, peut décider de confirmer ou de retirer la certification.

Art. 534/169. 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. ».

CHAPITRE 2. — *Modification 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. 6. Dans l'article 3, § 4, alinéa 2, 2^o, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, le membre de phrase « , en ce compris les données relatives à l'éventuelle contribution de l'autorité dans l'intervention forfaitaire supplémentaire pour le bénéficiaire dans les maisons de soins psychiatriques, visée à l'article 69, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018 » est abrogé.

Art. 7. Dans l'article 15, § 3, alinéa 1^{er} du même arrêté, les mots « et les maisons de soins psychiatriques » sont abrogés.

Art. 8. Dans l'article 17 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, le paragraphe 3 est abrogé.

Art. 9. Dans l'article 22 du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 17 avril 2020 et 26 novembre 2021, le paragraphe 3 est abrogé.

Art. 10. L'article 23 du même arrêté est abrogé.

Art. 11. À l'article 24 du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 26 novembre 2021 et 10 juin 2022, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, le membre de phrase « les maisons de soins psychiatriques, » est abrogé ;

2° au paragraphe 3, alinéa 2, les mots « les maisons de soins psychiatriques et » sont abrogés.

Art. 12. Dans l'article 29 du même arrêté le point 1° est abrogé.

Art. 13. Dans l'article 30 du même arrêté le point 1° est abrogé.

Art. 14. Dans l'article 31 du même arrêté, les mots « ou dans une maison de soins psychiatriques » sont abrogés.

Art. 15. Dans l'article 37 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021, le membre de phrase « une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques, » est abrogé.

Art. 16. Dans la partie 2 du même arrêté, le titre 3, comprenant les articles 110 à 118, le titre 4, comprenant l'article 119, et le titre 5, comprenant les articles 120 et 121, sont abrogés.

CHAPITRE 3. — *Dispositions finales*

Art. 17. Les demandes d'intervention pour soins dans les maisons de soins psychiatriques dont la date de réception est antérieure au 1^{er} avril 2023 continuent d'être traitées dans les conditions prévues à la partie 1re, titre 4, chapitre 1^{er} de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, tel qu'en vigueur au 31 mars 2023.

Aux fins de l'alinéa 1^{er} on entend par date de réception : la date de réception de la demande complète. En cas d'envoi par courrier recommandé, il s'agit de la date de la poste de la lettre par laquelle la demande complète a été expédiée. Si la date de la poste fait défaut, la date de réception est la date à laquelle l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur est inscrit ou affilié a reçu une demande complète.

Art. 18. Les décisions d'approbation d'interventions pour soins dans les maisons de soins psychiatriques prises avant le 1^{er} avril 2023 par l'organisme assureur concerné en application de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, tel qu'en vigueur au 31 mars 2023, sont mises en œuvre à partir du 1^{er} avril 2023 par la caisse d'assurance soins concernée.

Art. 19. Lorsque l'intervention facturée concerne des prestations fournies avant le 1^{er} avril 2023, les maisons de soins psychiatriques envoient jusqu'au 31 mars 2025 les factures à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur est affilié. 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 31 mars 2023.

Art. 20. § 1^{er}. La maison de soins psychiatriques qui, indépendamment de sa volonté, ne dispose pas d'une application numérique opérationnelle, figurant à l'article 534/166 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} avril 2023 à introduire des demandes conformément à l'article 534/157 de l'arrêté précité et à envoyer les factures conformément à l'article 534/163, § 2, de l'arrêté précité, peut introduire auprès de l'agence une demande exceptionnelle de dérogation.

Les maisons de soins psychiatriques introduisent les demandes de dérogation, figurant à l'alinéa 1^{er}, au plus tard le 15 mai 2023.

§ 2. La maison de soins psychiatriques transmet la demande de dérogation, figurant au paragraphe 1^{er}, par écrit à l'agence, assortie d'une déclaration sur l'honneur selon laquelle la maison de soins psychiatriques ne peut exécuter les demandes et la facturation au moyen de l'application numérique, figurant au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}.

L'agence peut réclamer des documents supplémentaires étayant la demande de dérogation, figurant au paragraphe 1^{er}.

§ 3. L'agence évalue la demande de dérogation, figurant au paragraphe 1^{er}, et notifie sa décision sur la demande de dérogation au plus tard le 31 mai 2023 à la maison de soins psychiatriques concernée.

Art. 21. Pour les soins dispensés pendant la période du 1^{er} avril 2023 au 30 juin 2023, les maisons de soins psychiatriques ayant reçu l'approbation d'une dérogation, figurant à l'article 20 du présent arrêté, peuvent envoyer les demandes figurant à l'article 534/156 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 534/154 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018, à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié, après que les soins ont été dispensés.

Dans un délai de trente jours à compter de la mise en service de l'application numérique précitée, les maisons de soins psychiatriques introduisent l'ensemble des demandes, figurant à l'alinéa 1^{er}, chronologiquement via l'application numérique, figurant à l'article 534/166 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018.

Au plus tard le 1^{er} juillet 2023, les maisons de soins psychiatriques facturent l'ensemble des soins, figurant à l'alinéa 1^{er}, chronologiquement via l'application numérique, figurant à l'article 534/166 de l'arrêté précité du 30 novembre 2018.

L'agence détermine par maison de soins psychiatriques l'avance pour chaque mois, figurant à l'alinéa 1^{er}, que la maison de soins psychiatriques perçoit par caisse d'assurance soins, sur la base de la formule suivante : 80 % d'un douzième du budget annuel pour 2023 de la maison de soins psychiatriques concernée.

Art. 22. § 1^{er}. La maison de soins psychiatriques peut introduire auprès de l'agence une demande exceptionnelle de recevoir une avance mensuelle de la caisse d'assurance soins pour les mois d'avril, mai et juin 2023.

Les maisons de soins psychiatriques introduisent les demandes figurant à l'alinéa 1^{er}, au plus tard le 5 mars 2023.

§ 2. La maison de soins psychiatriques transmet la demande de dérogation, figurant au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, par écrit à l'agence, assortie d'une déclaration sur l'honneur selon laquelle la maison de soins psychiatriques souhaite recevoir une avance mensuelle pour les mois d'avril, mai et juin 2023.

L'agence peut réclamer des documents supplémentaires étayant la demande de dérogation, figurant au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}.

§ 3. L'agence évalue la demande de dérogation, figurant au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, et notifie sa décision sur la demande de dérogation au plus tard le 31 mars 2023 à la maison de soins psychiatriques concernée.

L'agence détermine par maison de soins psychiatriques l'avance pour chaque mois, figurant à l'alinéa 1^{er}, alinéa 1^{er}, que la maison de soins psychiatriques perçoit par caisse d'assurance soins, sur la base de la formule suivante : 50 % d'un douzième du budget annuel pour 2023 de la maison de soins psychiatriques concernée.

Art. 23. Chaque caisse d'assurance soins déduit les avances versées à la maison de soins psychiatriques des notes de frais individuelles reçues qui répondent aux conditions énoncées à l'article 534/163, § 1^{er}, alinéas 2 à 4 de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande.

La première note de frais individuelle après déduction intégrale du montant d'avance, qui remplit les conditions figurant à l'article 534/163, § 1^{er}, alinéas 2 à 4 de l'arrêté précité, est payée par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 534/162 de l'arrêté précité.

À partir de la septième semaine suivant celle au cours de laquelle elle a versé la dernière avance, la caisse d'assurance soins peut recouvrer auprès de la maison de soins psychiatriques les éventuelles avances non déduites.

L'agence est financièrement responsable des avances non déduites, figurant à l'alinéa 3, qui ne peuvent être recouvrées par les caisses d'assurance soins auprès de la maison de soins psychiatriques.

Art. 24. Par dérogation à l'article 534/151, alinéa 2, de l'arrêté du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, une demande est considérée comme complète si les parties, figurant à l'article 534/156, alinéa 2, 1^o et 3^o, de l'arrêté précité sont complètes. La partie 2, figurant à l'article 534/156, alinéa 2, 2^o, de l'arrêté précité, est conservée par la maison de soins psychiatriques et ne doit pas être fournie via l'application numérique.

Art. 25. Les articles 9, 11^o, 67, 69, 71 et 73 du décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande entrent en vigueur le 1^{er} avril 2023.

Les articles 61, 66, 68, 70, 72, 92, 106, 108 et 109 du décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande entrent en vigueur le 1^{er} avril 2023 pour ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques.

Art. 26. L'article 28 du décret du 24 juin 2022 portant diverses dispositions relatives aux secteurs politiques de la protection sociale flamande, de la prévention sanitaire, des hôpitaux généraux et des soins de santé et résidentiels entre en vigueur le 1^{er} avril 2023.

Art. 27. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} avril 2023.

Art. 28. Le ministre flamand qui a la protection sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 10 février 2023.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

J. JAMBON

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

H. CREVITS

AUTRES ARRETES — ANDERE BESLUITEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
CHANCELLERIE DU PREMIER MINISTRE
ET AUTORITE FLAMANDE

[C – 2023/40101]

4 SEPTEMBRE 2022. — Ordre nationaux

L'arrêté royal du 4 septembre 2022 dispose ce qui suit :

Article 1^{er}. Monsieur VANSEVENANT Marc, auteur et président de l'asbl Vrienden van het Godelievemuseum à Gistel, est nommé Chevalier de l'Ordre de la Couronne.

Art. 2. Il prend rang dans l'Ordre à la date de ce jour.

Art. 3. Le Ministre des Affaires étrangères, ayant la gestion de l'Ordre dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
KANSELARIJ VAN DE EERSTE MINISTER
EN VLAAMSE OVERHEID

[C – 2023/40101]

4 SEPTEMBER 2022. — Nationale Orde

Bij Koninklijk besluit van 4 september 2022 wordt het volgende bepaald:

Artikel 1. De heer VANSEVENANT Marc, auteur en voorzitter van vzw Vrienden van het Godelievemuseum te Gistel, wordt benoemd tot Ridder in de Kroonorde.

Art. 2. Hij neemt zijn rang in de Orde in op de datum van vandaag.

Art. 3. De Minister van Buitenlandse Zaken, tot wiens bevoegdheid het beheer der Orde behoort, is belast met de uitvoering van dit besluit.