

JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/06/25/2021031880/justel>

Dossier numéro : 2021-06-25/11

Titre

25 JUIN 2021. - Arrêté du Gouvernement flamand instaurant un certain nombre de mesures de soutien aux centres de soins résidentiels, aux centres de court séjour, aux centres de soins de jour et aux centres d'accueil de jour suite à la crise du COVID-19 à partir du 1er avril 2021

Situation : Intégration des modifications en vigueur publiées jusqu'au 30-06-2022 inclus.

Source : AUTORITE FLAMANDE

Publication : Moniteur belge du 19-07-2021 page : 71181

Entrée en vigueur : 01-04-2021

Table des matières

[CHAPITRE 1er.](#) - Définitions

Art. 1

[CHAPITRE 2.](#) - Mesures en faveur des centres de soins résidentiels et des centres de court séjour

[Section 1re.](#) - Mesures financières

[Sous-section 1re.](#) - Garantie de continuité

Art. 2-6

[Sous-section 2.](#) - Prix à la journée résident

Art. 7-8

[Sous-section 3.](#) - Admission d'intervenants de proximité autonomes

Art. 9

[Sous-section 4.](#) - Facturation par trimestre

Art. 10

[Section 2.](#) - Mobilisation de collaborateurs supplémentaires

[Sous-section 1re.](#) - Extensions de contrat ou nouveaux recrutements à durée déterminée ou indéterminée

Art. 11-13

[Sous-section 2.](#) - Personnel intérimaire et project sourcing infirmiers

Art. 14-17

[Sous-section 3.](#) - Prestations d'étudiants jobistes

Art. 18-20

[Sous-section 4.](#) - Prestations d'indépendants, de personnel sous contrat d'emploi occupé auprès d'un autre employeur ou de personnel sous contrat d'emploi occupé auprès du même employeur mais dans un autre service

Art. 21-24

[Sous-section 5.](#) - Les prestations déclarées via le guichet électronique et pour lesquelles une indemnité par heure est demandée ne peuvent pas être déclarées dans le cadre du financement via l'intervention de base pour les soins dans un centre de soins résidentiels

Art. 25

[Sous-section 6.](#) - Plafonnement et paiement de l'indemnité pour le déploiement de personnel supplémentaire

Art. 26

[Section 3.](#) - Forfait infrastructure

Art. 27

[CHAPITRE 3.](#) - Mesures en faveur des centres de soins de jour

[Section 1re.](#) - Garantie de continuité de l'intervention de base pour les soins

Art. 28-35

[Section 2.](#) - Garantie de continuité du prix à la journée

Art. 36-41

[Section 3.](#) - Paiement de la garantie de continuité de l'intervention de base pour les soins et de la garantie de continuité du prix à la journée

Art. 42-43

[CHAPITRE 4.](#) - Mesures en faveur des centres d'accueil de jour

[Section 1re.](#) - Garantie de continuité du prix à la journée

Art. 44-48

[CHAPITRE 5.](#) - Mesures en faveur des centres de court séjour exploités dans des locaux de centres de convalescence destinés à cet effet

[Section 1re.](#) - Garantie de continuité du prix à la journée

Art. 49-53

[CHAPITRE 6.](#) - Récupération

Art. 54

[CHAPITRE 7.](#) - Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 11 décembre 2020 instaurant un certain nombre de mesures de soutien aux centres de soins résidentiels, aux centres de court séjour, aux centres de soins de jour et aux centres d'accueil de jour suite à la crise du COVID-19 à partir du 1er octobre 2020

Art. 55-58

[CHAPITRE 8.](#) - Dispositions finales

Art. 59-60

Texte

CHAPITRE 1er. - Définitions

Article 1er. Dans le présent arrêté, on entend par :

1° arrêté du 30 novembre 2018 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

2° intervention de base pour les soins CSJ : l'intervention de base pour les soins au 1er avril 2021 ;

3° heures assimilées : les heures non prestées qui sont assimilées à des heures de travail pour autant qu'elles donnent lieu au paiement d'une rémunération par la structure (notamment les vacances annuelles, les jours fériés, les périodes de maladie couvertes par un salaire garanti), à l'exception des jours ou des heures de disponibilité auprès d'une administration publique ;

4° nombre moyen d'heures facturées par jour en 2019 : le nombre moyen d'heures facturées par jour dans un centre d'accueil de jour, calculé sur la base des données d'occupation de 2019 transmises en application de l'article 2 de l'arrêté ministériel du 22 avril 2015 fixant le mode de subventionnement des centres de soins de jour, le nombre total d'heures facturées par centre d'accueil de jour pour l'année 2019 étant divisé par 250. En l'absence de données d'occupation pour 2019, le nombre moyen d'heures facturées par jour est fixé à dix-huit heures ;

5° occupation journalière moyenne en 2019 : l'occupation journalière moyenne du centre de soins de jour, calculée sur la base des données d'occupation de 2019 transmises en application de l'article 2 de l'arrêté ministériel du 22 avril 2015 fixant le mode de subventionnement des centres de soins de jour et de l'article 2 de l'arrêté ministériel du 22 avril 2015 fixant le mode de subventionnement des centres de soins palliatifs de jour. En l'absence de données d'occupation pour 2019, l'occupation journalière moyenne est fixée à dix usagers ;

6° heures prestées : les heures effectivement travaillées ;

7° jours fermés soins de cohorte : les jours, entre le 1er avril 2020 et le 30 juin 2021, où le centre de soins de jour a servi d'unité de cohorte et a, par conséquent, été contraint de fermer en tant que centre de soins de jour. Le centre de soins de jour transmet ces jours via le guichet électronique de l'agence ;

8° jours fermés défection de personnel : les jours, entre le 1er avril 2020 et le 30 juin 2021, où le centre de soins de jour a été contraint de fermer complètement en raison d'une pénurie de personnel, soit que tous les membres du personnel sont occupés dans un travail alternatif déterminé par leur employeur, ou dans l'offre agréée, autorisée ou subventionnée dans le cadre de la politique de la santé ou de la politique du bien-être et de la famille, soit qu'ils sont malades, de sorte que la continuité du centre de soins de jour ne peut pas être garantie. Le centre de soins de jour transmet ces jours via le guichet électronique de l'agence ;

9° taux d'occupation individuel agrément supplémentaire : le taux d'occupation individuel du centre de soins de jour au cours de la période de référence du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, le nombre de jours facturés, communiqué en application de l'article 456 de l'arrêté du 30 novembre 2018, étant divisé par le nombre maximum de jours d'ouverture durant cette période de référence sur la base du nombre de jours d'ouverture par semaine, communiqué dans les données d'occupation pour 2018 qui ont été soumises le 1er avril 2019 au plus tard en application de l'arrêté ministériel du 22 avril 2015 fixant le mode de subventionnement des centres de soins de jour et de l'arrêté ministériel du 22 avril 2015 fixant le mode de subventionnement des centres de soins palliatifs de jour, multiplié par le nombre individuel moyen d'unités de séjour agréées disposant d'un agrément supplémentaire au cours de la période de référence. En l'absence de données d'occupation sur la période de référence du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, le taux d'occupation individuel agrément supplémentaire est fixé à 0,8281. Le taux d'occupation individuel s'élève à 1 maximum ;

10° personnel d'appui :

a) le personnel du service de nettoyage, du service logistique et de la cuisine, le personnel préposé à l'accompagnement de vie ;

b) le personnel du service technique et de l'accueil ;

c) le collaborateur en appui du régime des visites ;

11° centre de soins résidentiels : un centre de soins résidentiels tel que visé à l'article 1er, 57°, de l'arrêté du 30 novembre 2018, avec ou sans centre de court séjour associé tel que visé à l'article 1er, 10°, de l'arrêté précité.

CHAPITRE 2. - Mesures en faveur des centres de soins résidentiels et des centres de court séjour

Section 1re. - Mesures financières

Sous-section 1re. - Garantie de continuité

Art. 2. Un centre de soins résidentiels agréé peut être éligible à une garantie de continuité chaque mois durant la période du 1er avril 2020 au 31 décembre 2021.

Art. 3. Pour être éligible à la garantie de continuité, visée à l'article 2, pour un mois donné, un centre de soins résidentiels communique les données visées à l'alinéa 3 au plus tard le vingt du mois qui suit le mois en question, à l'exception des données pour les mois de juin et juillet 2021 qui doivent être communiquées le 31 août 2021 au plus tard. Les données sont communiquées via le guichet électronique de l'agence.

La structure perd le droit à la garantie de continuité pour le mois en question si les données n'ont pas été communiquées à temps conformément à l'alinéa 1er.

Les données suivantes sont communiquées via le guichet électronique de l'agence conformément à l'alinéa 1er :

1° le nombre de résidents effectivement présents : la somme du nombre de résidents effectivement présents pour chaque jour du mois en question ;

2° le nombre de résidents temporairement absents : la somme du nombre de résidents temporairement absents pour chaque jour du mois en question.

Art. 4. § 1er. La garantie de continuité visée à l'article 2 comporte, pour les mois d'avril 2021 à juin 2021, les composantes suivantes :

1° une composante intervention de base pour les soins ;

2° une composante prix à la journée.

La garantie de continuité visée à l'article 2 ne comporte, pour les mois de juillet 2021 à décembre 2021, qu'une composante intervention de base pour les soins.

§ 2. La composante intervention de base pour les soins visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, 1°, et alinéa 2, est calculée par mois comme suit :

1° composante intervention de base pour les soins : (((le nombre moyen pondéré de logements agréés durant le mois en question x le nombre de jours durant le mois en question x l'occupation de référence) - (le nombre de résidents effectivement présents durant le mois en question)) x l'intervention de base pour les soins) ;

2° le montant est limité comme suit : (pourcentage de limitation x le nombre moyen pondéré de logements agréés durant le mois en question x le nombre de jours durant le mois en question x l'intervention de base pour les soins).

§ 3. La composante prix à la journée visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, 2°, est calculée par mois, pour les mois d'avril à juin, comme suit :

1° composante prix à la journée : (((le nombre moyen pondéré de logements agréés durant le mois en question x le nombre de jours durant le mois en question x l'occupation de référence) - (le nombre de résidents effectivement présents durant le mois en question + le nombre de résidents temporairement absents)) x le prix à la journée x 70 %) ;

2° le montant est limité comme suit : ((pourcentage de limitation x le nombre moyen pondéré de logements agréés durant le mois en question x le nombre de jours durant le mois en question) x le prix à la journée x 70 %).

§ 4. Le pourcentage de limitation visé au paragraphe 2, 2°, et au paragraphe 3, 2°, est déterminé comme suit :

1° dans un centre de soins résidentiels sans flambée durant la période du 1er octobre 2020 au 30 juin 2021, le pourcentage de limitation est de 3 % ;

2° dans un centre de soins résidentiels confronté à une flambée grave durant la période du 1er octobre 2020 au 31 décembre 2020 et sans flambée durant la période du 1er janvier 2021 au 30 juin 2021, le pourcentage de limitation est de 5 % ;

3° dans un centre de soins résidentiels confronté à une flambée grave durant la période du 1er janvier 2021 au 30 juin 2021, le pourcentage de limitation est de 10 % ;

4° dans un centre de soins résidentiels confronté à une flambée très grave durant la période du 1er octobre 2020 au 31 décembre 2020 et à une flambée grave ou sans flambée durant la période du 1er janvier 2021 au 30 juin 2021, le pourcentage de limitation est de 15 % ;

5° dans un centre de soins résidentiels confronté à une flambée très grave durant la période du 1er janvier 2021 au 30 juin 2021, le pourcentage de limitation est de 20 %.

Si un centre de soins résidentiels se trouve dans plusieurs des situations visées à l'alinéa 1er, le pourcentage le plus élevé est appliqué.

Par dérogation à l'alinéa 1er, 1° à 5°, le pourcentage de limitation est toujours de 3 % pour un centre de soins résidentiels ayant obtenu un premier agrément durant la période du 1er octobre 2020 au 31 décembre 2021.

Un centre de soins résidentiels sans flambée tel que visé à l'alinéa 1er est un centre de soins résidentiels pour lequel, pour les jours de la période en question, il n'y a, dans les enregistrements dans le formulaire du guichet électronique " notification obligatoire nombre de patients COVID-19 (potentiels) (résidents et personnel) ", aucun jour où la valeur de " (C2) le nombre total de cas COVID-19 confirmés dans votre structure en ce moment " est supérieure à cinq.

Un centre de soins résidentiels confronté à une flambée grave tel que visé à l'alinéa 1er est un centre de soins résidentiels pour lequel, pour la période en question, dans les enregistrements dans le formulaire du guichet électronique " notification obligatoire nombre de patients COVID-19 (potentiels) (résidents et personnel) ", toutes les conditions suivantes ont été remplies :

1° pour les jours de la période en question, il y a au moins un jour où la valeur de " (C2) le nombre total de cas COVID-19 confirmés dans votre structure en ce moment " est supérieure à cinq ;

2° pour tous les jours de la période en question, le résultat de la formule : ((C2) le nombre total de cas COVID-19 confirmés dans votre structure en ce moment / (A) occupation réelle (y compris les résidents hospitalisés)) est inférieur à 15 %.

Un centre de soins résidentiels confronté à une flambée très grave tel que visé à l'alinéa 1er est un centre de soins résidentiels pour lequel, pour la période en question, dans les enregistrements dans le formulaire du guichet électronique " notification obligatoire nombre de patients COVID-19 (potentiels) (résidents et personnel) ", toutes les conditions suivantes ont été remplies :

1° pour les jours de la période en question, il y a au moins un jour où la valeur de " (C2) le nombre total de cas COVID-19 confirmés dans votre structure en ce moment " est supérieure à cinq ;

2° pour les jours de la période en question, il y a au moins un jour où le résultat de la formule : ((C2) le nombre total de cas COVID-19 confirmés dans votre structure en ce moment / (A) occupation réelle (y compris les résidents hospitalisés)) est égal ou supérieur à 15 %.

Le pourcentage de limitation est déterminé sur la base des enregistrements dans le formulaire du guichet électronique " notification obligatoire nombre de patients COVID-19 (potentiels) (résidents et personnel) ", tels

que communiqués par les centres de soins résidentiels via le guichet électronique au 31 août 2021.

§ 5. Si le résultat de la composante intervention de base pour les soins visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, 1°, et alinéa 2, ou de la composante prix à la journée visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, 2°, est négatif, le montant pour la composante concernée est ramené à 0 euro pour le mois en question.

§ 6. Dans le présent paragraphe, on entend par nouveau centre de soins résidentiels : un centre de soins résidentiels, tel que visé à l'article 1er, 38°, de l'arrêté du 30 novembre 2018, aux fins du calcul de l'intervention de base pour les soins.

Afin de calculer la composante intervention de base pour les soins visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, 1°, et alinéa 2, ou la composante prix à la journée, visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, 2°, les éléments des formules visées aux paragraphes 2 et 3 sont définis comme suit :

1° intervention de base pour les soins : l'intervention de base pour les soins le premier jour du trimestre en question ;

2° prix à la journée : le prix à la journée moyen pondéré au 1er mai 2020 qui est communiqué dans le cadre de l'évaluation des prix à la journée de 2020. Si le prix à la journée moyen pondéré est supérieur au prix à la journée moyen sectoriel de 60,06 euros, un plafond de 72,07 euros est appliqué. En l'absence d'information, le prix à la journée est fixé au prix à la journée moyen sectoriel de 60,06 euros ;

3° occupation de référence :

a) la moyenne des valeurs suivantes :

1) le taux moyen d'occupation individuel au cours de la période de référence du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018 ;

2) le taux moyen d'occupation individuel au cours de la période de référence du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019 ;

3) le taux moyen d'occupation individuel au cours de la période de référence du 1er juillet 2019 au 31 décembre 2019 ;

b) si un nouveau centre de soins résidentiels a été agréé pour la première fois au cours de la période de référence du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018, l'occupation de référence est égale à la moyenne des valeurs visées au point a), 2) et 3) ;

c) si un nouveau centre de soins résidentiels a été agréé pour la première fois au cours de la période de référence du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, l'occupation de référence est égale à la moyenne de la valeur visée au point 3) et du taux moyen d'occupation sectoriel de 0,9419 ;

d) si un nouveau centre de soins résidentiels a été agréé pour la première fois à partir du 1er juillet 2019, l'occupation de référence est égale au taux moyen d'occupation pour les nouvelles structures de 0,7587 ;

e) l'occupation de référence s'élève à 1 maximum.

§ 7. Le taux moyen d'occupation individuel au cours de la période de référence du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018 visée au paragraphe 6, alinéa 2, 3°, a), 1), est calculé à l'aide de la formule suivante : le nombre de journées d'entretien facturées de bénéficiaires et de non-bénéficiaires durant la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018, tel qu'indiqué dans le questionnaire électronique visé à l'article 452 de l'arrêté du 30 novembre 2018, pour calculer l'intervention de base pour les soins, divisé par le nombre moyen pondéré de logements agréés durant la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018, multiplié par 365.

Le taux moyen d'occupation individuel au cours de la période de référence du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019 visée au paragraphe 6, alinéa 2, 3°, a), 2), est calculé à l'aide de la formule suivante : le nombre de journées d'entretien facturées de bénéficiaires et de non-bénéficiaires durant la période du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, tel qu'indiqué dans le questionnaire électronique visé à l'article 452 de l'arrêté du 30 novembre 2018, pour calculer l'intervention de base pour les soins, divisé par le nombre moyen pondéré de logements agréés durant la période du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, multiplié par 365.

Le taux moyen d'occupation individuel au cours de la période de référence du 1er juillet 2019 au 31 décembre 2019 visée au paragraphe 6, alinéa 2, 3°, a), 3), est calculé à l'aide de la formule suivante : le nombre de journées d'entretien facturées de bénéficiaires et de non-bénéficiaires durant la période du 1er juillet 2019 au 31 décembre 2019, tel qu'indiqué dans le questionnaire électronique visé à l'article 452 de l'arrêté du 30 novembre 2018, pour calculer l'intervention de base pour les soins, divisé par le nombre moyen pondéré de logements agréés durant la période du 1er juillet 2019 au 31 décembre 2019, multiplié par 184.

Art. 5. § 1er. La garantie de continuité visée à l'article 2 se compose à 80 % de droit et à 20% d'avance.

§ 2. L'agence paie la garantie de continuité de la façon suivante :

1° la garantie de continuité pour les mois du deuxième trimestre de 2021 : le 30 septembre 2021 au plus tard ;

2° la garantie de continuité pour les mois du troisième trimestre de 2021 : le 30 novembre 2021 au plus tard ;

3° la garantie de continuité pour les mois du quatrième trimestre de 2021 : le 28 février 2022 au plus tard ;

Lors du paiement, l'agence applique les règles suivantes :

1° l'agence paie les 80 % de droit et les 20 % d'avance en une seule tranche à condition qu'aucun chômage temporaire n'ait été accordé aux collaborateurs du centre de soins résidentiels durant le mois en question, à l'exception des cas suivants :

a) chômage temporaire en raison d'un certificat de quarantaine ;

b) chômage temporaire pour cause de force majeure consécutive à la fermeture d'une crèche, d'une école ou d'un centre d'accueil pour handicapés ;

c) la structure a dû accorder le chômage temporaire pour des raisons démontrables indépendantes de sa volonté. La structure peut alors demander une exception à l'agence au plus tard le vingt du mois suivant le mois en question. L'agence peut accorder l'exception ou la refuser de façon motivée ;

2° le centre de soins résidentiels perd définitivement le droit à la garantie de continuité complète pour le mois en question si le chômage temporaire a été accordé aux collaborateurs du centre de soins résidentiels au cours du mois en question, hormis les motifs d'exception visés au point 1°.